

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES Y DEBERES LEGALES

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita en este aviso, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para más información véase: <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html>

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

1. Tratamiento

Podemos usar o divulgar su información médica para brindar, coordinar o gestionar su atención dental. Por ejemplo: compartir información con especialistas, laboratorios u otros profesionales de la salud que participan en su atención.

2. Pago

Podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios prestados. Ejemplo: presentar reclamaciones a su plan de seguro dental o médico.

3. Operaciones de Atención Médica

Podemos usar o divulgar su información médica para operaciones de práctica, incluida la evaluación de calidad, la capacitación del personal, las licencias y las actividades administrativas.

REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUD) – PROTECCIONES ESPECIALES DE PRIVACIDAD

Es posible que cierta información de salud relacionada con el diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por consumo de sustancias (SUD) esté protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2) y reciba protecciones de confidencialidad adicionales.

Información importante sobre los registros SUD:

- **No podemos usar ni divulgar registros de SUD para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su consentimiento por escrito, excepto según lo permita la ley.**
- Estos registros no se utilizarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra usted sin su consentimiento por escrito o una orden judicial.

AVISO DE REDIVULGACIÓN

Si su información de salud se divulga según lo permite la ley, el destinatario puede volver a divulgar la información y es posible que ya no esté protegida por HIPPA.

COMUNICACIONES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS (Si corresponde)

No utilizaremos información protegida bajo la Parte 2 del Título 42 del CFR para recaudar fondos sin darle la oportunidad de optar por no recibir dichas comunicaciones.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una Copia Electrónica o Impresa de su Historial Medico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los treinta (30) días siguientes a su solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que Corrijamos su Historial Medico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los sesenta (60) días.

Solicitar Comunicaciones Confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, casa, oficina o teléfono celular) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que Limitemos lo que Usamos o Compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud, y podríamos negarnos, por ejemplo, si pudiera afectar su atención médica. Si accedemos a su solicitud, podremos compartir esta información en caso de que necesite tratamiento de emergencia.

-
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o para nuestras operaciones. Diremos que sí, a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.

Obtenga una Lista de Aquellos con Cuienes Hemos Compartido Información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis (6) años anteriores a la fecha de la solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos toda la información, excepto la relativa al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones (como las que nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en la cuna si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtenga Una Copia de Este Aviso de Privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elija a Alguien que Actúe Por Usted

- Si alguien está autorizado a actuar como su representante personal, como por ejemplo si alguien tiene su poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda representarlo antes de tomar cualquier medida.

Presente una Queja si Considera que se Violan Sus Derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros mediante la información de la página 6. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201 o llamando al (877) 696-6775, o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

TUS OPCIONES

Para cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, contáctenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Comparta su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación de socorro ante desastres
- Incluya su información en un directorio del hospital.

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podremos compartirla cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En Estos Cosos, Nunca Compartimos su Información a Menos que Nos dé Permiso Por Escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su Información
- La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

In the Case of Fundraising:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para realizar actividades de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.
- Si tenemos sus registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, sujetos a la Parte 2 del Título 42 del CFR, le daremos un aviso claro y obvio por adelantado y le daremos la opción de recibir comunicaciones de recaudación de fondos que utilicen su información de la Parte 2.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo Normalmente Utilizamos o Compartimos su Información de Salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratarte

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo atienden.

Por ejemplo: un médico que lo atiende por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

Dirigir Nuestra Organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.

Factura por Tus Servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué Otra Manera Podemos Utilizar o Compartir su Información de Salud?

- Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien común, como la investigación en salud pública. Debemos cumplir con numerosas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

-
- En todos los casos, incluidos los que se enumeran a continuación, si tenemos registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias sobre usted, sujeto a la Parte 2 del Título 42 del CFR, no podemos usar ni compartir información en esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

Ayuda con Cuestiones de Salud y Seguridad Pública

Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigar

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con Ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a Las Solicitudes de Donación de Órganos y Tejidos

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Trabaje con un Médico Forense o un Director de Funeraria

- Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar Solicitudes de Compensación Laboral, de Cumplimiento de la Ley y Otras Solicitudes Gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a Demandas y Acciones Legales

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita en este aviso, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos lo indica, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si ha cambiado de opinión.

Para más información véase: <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumer/noticeapp.html>

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante:

CarePoint Dental Anesthesia Group of Michigan, PLLC

100 Crahen Ave NE, Suite 100
Grand Rapids, Michigan 49525-3450
Tel: (616) 226-1370
Fax: (616) 327-6370
Website: <https://cpmi.com>

O con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

Office of Civil Rights
200 Independence Avenue SW
Washington, D.C. 20201
Tel: (800) 368-1019
Website: <https://hhs.gov/ocr>

ACUSE DE RECIBO

Yo, el abajo firmante, reconozco que he recibido una copia de este Aviso de prácticas de privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____
Padre/Tutor legal

Nombre del Paciente: _____ Relación: _____
Al Paciente