



Notificación de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puedes obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Entendiendo su información de salud

Cada vez que usted visita nuestra oficina, hacemos un registro de su visita y la atención que recibes. Entendemos que la información médica que se registra sobre usted y su salud es personal. La confidencialidad y privacidad de su información de salud también está protegida bajo las leyes estatales y federales. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo esta oficina puede usar y divulgar su información y los derechos que usted tiene con respecto a su información de salud.

Cómo usaremos o revelaremos su información de salud

Tratamiento: Usaremos su información de salud para el tratamiento. Por ejemplo, la información obtenida por el ortodontista y otros miembros de su equipo médico se registrará en su registro y se utiliza para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su ortodontista documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo médico. Los miembros su equipo médico registrarán las acciones que observan, para que el médico sabrá cómo estás respondiendo al tratamiento. También le proporcionaremos a su médico unas copias de varios reportes que deberían ayudarlo a tratarlo.

Pago: Usaremos su información de la salud para el pago. Por ejemplo, una cuenta se puede ser enviada a usted o a su plan de salud. La información sobre el tratamiento puede estar incluido en información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Operaciones de atención médica: Utilizaremos su información de salud para nuestras operaciones regulares de atención de la salud. Por ejemplo, podemos usar información en su salud registro para evaluar el cuidado y el resultado en su caso y otros como él. Esta información se utilizará en un esfuerzo continuo para mejorar la calidad y eficacia de los servicios que ofrecemos.

Asociados de Negocios: Podemos entrar contratos con personas o entidades conocidas como socios comerciales que prestan servicios o realizan funciones en nuestro nombre. Ejemplos incluyen nuestros contadores, consultores y abogados. Podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les pedimos hacer, una vez que han acordado por escrito para salvaguardar su información.

Notificación: Podemos usar o revelar información para ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación y estado general. Si no podemos llegar a su familiar o representante personal, podemos dejar un mensaje para ellos en el número de teléfono que nos han proporcionado, por ejemplo, en un contestador automático.

Comunicación con la familia: Podemos divulgar a un miembro de la familia, a otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información de la salud relevante para la participación de esa persona en su atención o pago relacionado con su atención.

Recordatorios de Citas / Beneficios de Salud: Podemos comunicarnos con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento o otros beneficios de salud que pueden ser de interés para usted.

Directores de Funeral y Coroners: Podemos divulgar su información de salud a los directores de funerarias, ya los forenses o examinadores médicos, para llevar a cabo su de conformidad con la legislación aplicable.

Organizaciones de Adquisición de Órganos: De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su información de salud a organizaciones de entidades que se dedican a la obtención, banca o trasplante de órganos con fines de donación y trasplante de tejidos.

Investigación: Podemos divulgar su información de salud a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información de salud. También podemos divulgar su información de salud a personas preparándose para conducir un proyecto de investigación, siempre y cuando la información de salud no se elimine de nosotros. También podemos usar y divulgar su información de salud para contacto con usted sobre la posibilidad de inscribirse en un estudio de investigación.

Recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos; sin embargo, puede optar por no recibir tales comunicaciones.

La Administración de Medicamentos y Comida (FDA): Podemos revelar a la FDA información de salud relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos, y los defectos del producto, o la información de la supervisión de la comercialización del poste para permitir los retiros, las reparaciones, o el reemplazo del producto.

Compensación a los Trabajadores: Podemos revelar información de salud en la medida autorizada y en la medida necesaria, para cumplir con las leyes relacionadas con compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Actividades de Salud: Según lo requerido por la ley, podemos divulgar su información de salud a la salud pública, o autoridades legales, encargadas de prevenir o control de enfermedades, lesiones o discapacidades.

Actividades de Supervisión de Salud: Podemos divulgar su información de salud a agencias de supervisión de salud para propósitos de supervisión de salud legalmente autorizada tales como las auditorías e investigaciones necesarias para la supervisión del sistema de atención de la salud y los programas de beneficios gubernamentales.

Institución Correccional: Si usted es un preso de una institución correccional, podemos revelar a la institución, o agentes de la misma, información de salud necesarios para su salud y la salud y seguridad de otras personas.

Procedimientos Judiciales y Administrativos: Podemos divulgar su información de salud en un proceso judicial o administrativo si la solicitud de la Información es a través de una orden de un tribunal o tribunal administrativo. Tal información también puede ser revelada en respuesta a una citación u otro proceso si se proporcionan ciertas garantías con respecto a la notificación al individuo o a una orden de protección.

Fines de Aplicación de la Ley / Grave Amenaza para la Salud o la Seguridad: Podemos revelar su información de salud a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para el cumplimiento de la ley en determinadas circunstancias y sujeto a ciertas condiciones. También podemos divulgar su información de salud para prevenir o disminuir una amenaza inminente a una persona o al público (cuando la revelación se hace a alguien que creemos puede prevenir o disminuir la amenaza) o para identificar o aprehender una amenaza fugitivo o criminal violento.

Víctimas de Abuso, Negligencia y Violencia Doméstica: En ciertas circunstancias, podemos revelar su información de salud al gobierno apropiado autoridades si hay denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Funciones esenciales del gobierno: Podemos divulgar su información de salud para ciertas funciones esenciales del gobierno (por ejemplo, actividad militar y para seguridad). Los siguientes usos y divulgaciones se harán solamente con su autorización: (i) con limitadas excepciones, usos y divulgaciones de su salud información con fines de comercialización, incluidas las comunicaciones de tratamiento subvencionado; (ii) revelaciones que constituyen una venta de su información de salud; Y (iii) otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que hemos tomado medidas en confianza sobre el uso o revelación indicado en la autorización.

Sus Derechos de Información Sobre la Salud

Aunque su registro de salud es la propiedad física de esta oficina, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud.

- Usted puede solicitar que no utilicemos o divulguemos su información de salud por una razón en particular relacionada con el tratamiento, el pago, nuestras operaciones generales de atención médica, y / o con un miembro de la familia en particular, otros parientes o amigos cercanos. Pedimos que dichas solicitudes se hagan por escrito en un formulario proporcionado por nosotros. Aunque consideraremos su solicitud, tenga en cuenta que no tenemos la obligación de aceptarlo o de cumplirlo, excepto lo que se indica a continuación.
- Si ha pagado los servicios de su bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no revelemos información relacionada únicamente con esos servicios a su plan de salud. Pedimos que dichas solicitudes se hagan por escrito en un formulario proporcionado por nosotros. Estamos obligados a cumplir con tal solicitud, excepto cuando seamos requeridos por ley para hacer una revelación. No estamos obligados a informar a otros proveedores de tal solicitud, por lo que debe notificar a otros proveedores con respecto a solicitud.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tal solicitud debe ser hecho por escrito, y presentado al Oficial de Privacidad. Intentaremos acomodar todas las solicitudes razonables.
- Usted puede solicitar para inspeccionar y / o obtener copias de información de salud sobre usted, que se le proporcionará en los plazos establecidos por la ley. Si mantenemos su información de salud electrónicamente en un conjunto de registros designado, puede obtener una copia electrónica de la información. Si tu solicite una copia (en papel o electrónica), le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo.
- Si usted cree que cualquier información de salud en su registro es incorrecta, o si cree que falta información importante, puede solicitar que nosotros corregimos la información existente o agregar la información que falta. Tales solicitudes deben hacerse por escrito y deben proporcionar una razón para enmienda. Le pedimos que utilice el formulario proporcionado por nosotros para realizar dichas solicitudes. Para obtener un formulario de solicitud, póngase en contacto con el oficial de privacidad.
- Usted puede solicitar que le proporcionemos una contabilidad escrita de todas las revelaciones realizadas por nosotros durante el período de tiempo para el cual usted solicita (no exceder de seis años), como lo exige la ley. Pedimos que dichas solicitudes se hagan por escrito en un formulario proporcionado por nosotros. Tenga en cuenta que la contabilidad no incluya todas las revelaciones, por ejemplo, las revelaciones para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y las revelaciones hechas a usted o a su representante legal o en virtud de una autorización. No se le cobrará por su primera solicitud de contabilidad en ningún período de 12 meses. Sin embargo, para cualquier solicitud que haga después, se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo.
- Usted tiene el derecho de ser notificado después de una violación de su información de salud protegida.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

Para obtener más información o para informarse sobre un problema

Usted tiene el derecho de quejarse a nosotros y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para más información o para presentar una queja con nosotros, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad por teléfono o correo. Para presentar una queja ante el Secretario del HHS, envíe sus quejas a nuestro Oficial de Privacidad.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Reconocido por: _____ Fecha: _____
Firma del paciente o personal

Effective 01/01/2014



CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Sección A: Consentimiento del Paciente

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Número de paciente: _____ Número de seguridad social: _____

Sección B: Al Paciente

Lea atentamente las siguientes declaraciones.

Propósito del consentimiento: Al firmar de este formulario, usted consiente en el uso y divulgación de su información médica protegida para realizar el tratamiento, el pago de actividades y de operaciones de atención médica.

Notificación de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos usar su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le recomendamos que lo lea atentamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un aviso de Prácticas de Privacidad, que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión de nuestro Aviso, en cualquier momento poniéndose en contacto con:

Smile Academy Pediatric Dentistry
Teléfono: (307) 462-3752
Dirección: 5040 East 2nd Street, Suite 2
Casper, WY 82609

Derecho a Revocar: Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos un aviso por escrito de su revocación presentado a nuestra oficina. Por favor entender que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en dependencia de este consentimiento antes de que recibamos su revocación y que podamos declinar tratarle o continuar tratándole si revoca este consentimiento.

Firma

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento que usen y la divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este consentimiento es firmado por un representante personal en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con el paciente: _____

Siéntase libre de pedir una copia de este consentimiento después de firmarlo ya que tiene derecho a uno. Incluya el formulario de consentimiento completo en la tabla del paciente.