

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo tal como lo autoriza el Florida Board of Dentistry, pero no condicionaremos la entrega de la copia de su información médica al pago del cargo mencionado.

Solicitar que corriamos su historial médico

- Puede solicitar que corriamos la información médica que usted piensa que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones. Podemos decir “no”, si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y divulgaciones determinadas (como las que usted haya solicitado). Le daremos un informe gratis por año pero tendrá un cargo razonable si usted solicita otro dentro del siguiente año.

SUNSHINE DENTAL CENTER

1711 Hammondville Rd, Pompano Beach, FL 33069

Tel: 954-972-6066 / Fax: 954-935-3138 / E-Mail: acostadentalteam@hotmail.com

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información al final de esta notificación.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, nosotros le proveeremos la dirección.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué podemos compartir.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas abajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que compartamos su información:

- Con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- En una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- En un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se compartan notas de psicoterapia, VIH, y abuso de sustancias.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

SUNSHINE DENTAL CENTER

1711 Hammondville Rd, Pompano Beach, FL 33069

Tel: 954-972-6066 / Fax: 954-935-3138 / E-Mail: acostadentalteam@hotmail.com

- **Tratamiento**
Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le consulta a otro sobre su estado de salud general.
- **Dirigir nuestra organización**
Podemos utilizar y divulgar su información para las operaciones de nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.
- **Facturar por sus servicios**
Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud.
Ejemplo: Entregamos su información a su seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos.

- **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**
Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - ❖ Prevención de enfermedades.
 - ❖ Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - ❖ Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - ❖ Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - ❖ Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
- **Realizar investigaciones médicas**
Podemos utilizar o compartir su información para una investigación de salud.
- **Cumplir con la ley**
Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
- **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**
Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- **Trabajar con un médico forense o director funerario**
Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
- **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**
Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - ❖ En reclamos de compensación de trabajadores.
 - ❖ Para fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - ❖ Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - ❖ Para solicitudes gubernamentales especiales, como servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

SUNSHINE DENTAL CENTER

1711 Hammondville Rd, Pompano Beach, FL 33069

Tel: 954-972-6066 / Fax: 954-935-3138 / E-Mail: acostadentalteam@hotmail.com

- **Responder a demandas y acciones legales**
Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.
- **Nuestras responsabilidades**
 - ❖ Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
 - ❖ Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
 - ❖ Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
 - ❖ No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.
- **Cambios a los términos de esta notificación**
Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.
- **Información adicional**
 - ❖ Nosotros no creamos ni tenemos información sobre psicoterapia y/o abuso de sustancias.
 - ❖ Nosotros no recibimos remuneración por productos o servicios de mercadeo en esta oficina.
 - ❖ Nosotros no vendemos información de los pacientes.
 - ❖ Podemos preguntar si es portador de VIH porque es pertinente para su tratamiento dental, pero no divulgaremos esta información sin su autorización por escrito o como lo requiera la ley.
 - ❖ No compartimos ninguna información sobre psicoterapia, VIH o abuso de sustancias sin su autorización por escrito. Una autorización regular para la divulgación de información médica no es suficiente para compartir este tipo de información. Le pediremos que firme una autorización adicional que especifique este tipo de información antes de que sea compartida.
 - ❖ Bajo las leyes de Florida, no podemos cobrar por sus servicios a los planes de seguro sin su autorización firmada. No condicionaremos su tratamiento a la firma de la autorización, pero a menos que usted pague completamente por cuenta propia, podemos vernos forzados a no recibirlo como uno de nuestros pacientes y proceder a inactivarlo.
 - ❖ Para mayor información, visite:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html
 - ❖ La fecha efectiva de esta notificación es Sept. 23, 2013.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si usted desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o tiene alguna pregunta acerca de su información personal, por favor contáctenos:

Our Privacy Official: Dr. Rodolfo Acosta-Ortiz, DDS
 Telephone: 954-972-6066
 Fax: 954-935-3138
 Address: 1711 Hammondville Rd, Pompano Beach, Fl 33069
 Email: Acostadentalteam@hotmail.com

SUNSHINE DENTAL CENTER

1711 Hammondville Rd, Pompano Beach, Fl 33069

Tel: 954-972-6066 / Fax: 954-935-3138 / E-Mail: acostadentalteam@hotmail.com