

## Notificacion De Practicas Privadas

---

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACION. LEALO DETENIDAMENTE.

---

### Nuestro Deber Legal

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos referentes a su información de salud. Debemos respetar las practicas de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia (03/19/2004), y continuara vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando dicha ley aplicable permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer algún cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, pónganse en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

---

### Usos y Divulgaciones De La Informacion De Salud

Usamos y divulgamos infomacion de salud sobre usted para su tratamiento, pagos, y operaciones de salud. Por Ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos utilizar su información de salud para tratamiento o divulgarla a un dentista, medico u otro especialista médico que le de tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted.

**Operaciones De atencion Medica:** Podemos usar y divulgar su información de salud para sus operaciones de atención medica. Las operaciones de atención médica incluyen evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud.

**Acerca de su Autorización:** Puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgar a cualquier persona para algún fin. Si no entrega una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso no divulgación que permita su autorización mientras esté vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

**Para su familia y amigos:** Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en medida necesaria para ayudar con su atención médica y con el pago de su atención médica, pero solamente si usted acepta que lo hagamos así.

**Personas involucradas en su cuidado médico:** Podemos usar y divulgar información para notificar, o asistir en la notificación de (incluye identificar o localizar) a un miembro de familia, su representante personal o otra persona responsable de su cuidado médico de su ubicación, sus condiciones generales, o fallecimiento.

**Comercialización de servicios relacionados con salud médica:** Nosotros no usaremos ninguna información de salud para comercialización comunicativa sin alguna autorización por escrito. Sin embargo, AvA Orthodontics se reserva el derecho de poder usar o publicar Fotos no relacionadas con la salud médica del paciente, en el formato original o modificado en dibujando, editando o usando un compuesto de forma de arte, para propósitos educativos y promocionales (incluyendo pero no limitado en medios sociales tal como Facebook, Twitter, Instagram, propaganda, publicidad, comercial o demostración de uso).

**Requerido por la ley:** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud cuando seamos requerido hacerlo por ley.

**Abuso o negligencia:** Podemos revelar su información de salud médica a autoridades apropiadas. Si razonablemente Creemos que usted posiblemente sea víctima de abuso, de negligencia, o de violencia doméstica, o víctima de otros crímenes. Podemos revelar Información sobre su salud médica a la extensión necesaria para evitar una seria amenaza a su salud, y seguridad, o la seguridad y salud de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a autoridades militares la información de salud a personales de las fuerzas aéreas en ciertas circunstancias. Podemos revelar para autorizar oficiales generales información sobre su salud requerida por la inteligencia legal, contraespionaje, y otras actividades sobre seguridad nacional. Podemos revelar a instituciones correccionales, o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley obteniendo la custodia legal de información protegida hacia el paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos revelar o utilizar su información de salud para poder proveerle a usted con recordatorios de citas ( por ejemplo, mensajes de correo de voz, tarjetas postales, o cartas).

## **Derechos de privacidad como nuestro paciente**

**Acceso:** Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede pedirnos que le entregemos copias en otros formatos, no solamente en fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo en forma práctica. Puede pedir por escrito obtener acceso a su información de salud. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Le cobraremos un costo razonable que puede incluir mano de obra, costos de copias, y franqueo. Si usted solicita una copia, le cobraremos \$0.25 por página, \$15.00 por cada hora que nuestros empleados tardan en localizar y copiar su información de salud, y por la estampa si usted desea que le mandemos las copias por correo. Si usted solicita un formato alternativo, le cobraremos un costo basado por proveerle su información de salud en ese formato específico. Si usted prefiere, podemos prepararle un resumen o una explicación de su información de salud por una cuota. Contactenos usando la información listada al final de este aviso para una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

**Divulgaciones efectuadas:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de las veces que nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud por propósitos otros que el tratamiento, pagos, operaciones de atención médica, y otras ciertas actividades en los últimos 6 años, pero no antes de Marzo 20, 2014. Si usted solicita estos datos más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle un costo razonable, por responder a estas solicitudes adicionales.

**Retricción:** Usted tiene el derecho de pedir que le coloquemos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No se nos exige aceptar estas restricciones, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (salvo en caso de emergencia).

**Comunicaciones Alternativas:** Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por otros medios o a otros lugares. **{Debe hacer su petición por escrito.}** Debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a como pagara por estos otros medios o la otra ubicación que pide.

**Enmienda:** Tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. (Su petición debe ser por escrito, y debe explicar porque debemos enmendar la información.) Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

**Notificación Electronica:** Si usted recibe esta notificación en nuestra página web o por correo electrónico, usted está intitulado a recibir esta notificación en forma escrita.

---

### Preguntas y Quejas

Si usted está preocupado de que tal vez nosotros amos violado sus derechos de privacidad, o si usted no está de acuerdo con alguna decisión que nosotros hicimos sobre acceder su información de salud o en respuesta a una solicitud, amienda, o alguna restricción de uso, o alguna divulgación de su información de salud o para nosotros comunicarnos con usted sobre medios alternativos o ubicaciones alternativas, usted puede quejarse con nosotros usando la información al final de este aviso. También usted puede someter una queja por escrita por pedido a U.S

Department of Health and Human Services. Nosotros apoyamos sus derechos de privacidad de su informacion de salud. Nosotros no vamos a tomar represalias de ninguna manera si usted decide en presentar una queja con nosotros o con U.S Department of Health and Human Services.

## **RECONOCIMIENTO DE COMPROBANTE DE NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS.**

### **Notificacion para el paciente:**

Estamos requeridos a proveer una copia de nuestra notificacion de practicas privadas, que notifica como nosotros podemos usar o divulgar su informacion de salud. Porfavor de firmar esta forma como reconocimiento de comprobante de esta notificacion. Si usted desea puede negarce a firmar este reconocimiento.

Yo reconosco que a recibido una copia de esta notificacion de privacidad de practicas privadas en esta oficina y a leido el contenido de ella. Yo entiendo que estoy dando mi consentimiento para usar y divulgar mi informacion de salud para llevar acabo el tratamiento, educacion, actividades de pago y operaciones de salud.