
Give Kids a Smile®

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER POR LEY

La ley federal y estatal puede requerir que dentistas participando en el programa "Give Kids a Smile®" mantenga la privacidad de su información de salud. La privacidad del paciente es importante para los participantes de "Give Kids a Smile®." Este Aviso resume las prácticas de privacidad que seguirán los participantes de "Give Kids a Smile®" y sus derechos acerca de su información de salud. Este Aviso se referirá a información de salud investigada en relación con el programa "Give Kids a Smile" y entrará en vigor a partir del __/__/__ y estará vigente hasta que lo reemplacemos.

Ud. puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, sírvase comunicarse con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

USOS Y FORMAS DE REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD

Utilizamos y revelamos información de salud acerca de usted para el tratamiento. Por ejemplo, podemos utilizar o le podemos revelar su información de salud a otro dentista, médico u otro proveedor de asistencia médica que proporcionan el tratamiento a usted.

Su Autorización: Si Ud. nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida mientras la autorización estuvo vigente. A menos que nos dé su autorización por escrito, no podemos ni usar ni revelar su información de salud por ninguna razón excepto aquellas descritas en este Aviso.

Su Familia y sus Amigos: Debemos revelarle su información de salud a usted, como está descrito en la sección de los Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información de salud a algún familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con sus cuidados de salud.

Personas Involucradas en su Cuidado: Usaremos también nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las prácticas usuales para hacer inferencias razonables acerca de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, equipos médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

Requerido por Ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o es víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud hasta el grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contraespionaje, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos revelar a los funcionarios de una institución penitenciaria o a un oficial de la policía que tenga la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Acceso: Usted tiene derecho a mirar o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Si requiere asistencia comunicándose con el dentista o centro que detiene su información de salud, puede comunicarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso.

Auditoría de las Revelaciones: Puede tener derecho a recibir una lista de los casos en que su información de salud ha sido revelada para otros propósitos que no fueron para el tratamiento, el pago, las operaciones de los cuidados de salud y ciertas otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003.

Restricciones: Puede tener derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información de salud. No se nos requiere que aceptemos estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Puede tener derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por métodos alternativos o a lugares alternativos. Puede que estemos de acuerdo con solicitudes razonables.

Enmiendas: Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nosotros por favor.

Si piensa que hemos violado sus derechos a la privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a su solicitud para enmendar o restringir el uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por métodos o a lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información al final de este Aviso. Puede someter una queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. Le proveeremos la dirección para someter su queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. si lo solicita.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

Funcionario de Contacto: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Dirección: _____

© 2005 American Dental Association
Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association.

(Este Formulario no constituye asesoramiento legal y cubre solamente la ley federal.)

CONFIRMACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD “GIVE KIDS A SMILE®”

Usted Puede Rehusarse a Firmar Esta Confirmación

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

Si esta confirmación es firmada por un representante personal de parte del paciente, llene lo siguiente:

Nombre del Representante Personal _____

Relación al Paciente _____

Para uso del consultorio solamente

Intentamos obtener confirmación por escrito del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener la confirmación porque::

- El individuo rehusó firmar
 - Barreras en la comunicación prohibieron obtener la confirmación
 - Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación
 - Otras (Especifique por favor)
-
-
-

© 2005 American Dental Association
Todos los Derechos Reservados

La reproducción y el uso de este formulario por los dentistas y su personal están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra entidad o persona requiere la previa aprobación por escrito de la American Dental Association.

(Este Formulario es exclusivamente educativo, no constituye asesoramiento legal, y cubre solamente la ley federal.)