



## **ACTA PARA PRACTICAS PRIVADAS**

Este documento describe como su información puede ser utilizada o compartida; y como usted puede tener acceso a ella. Por favor lea detenidamente.

### **Como su INFORMACION DE SALUD puede ser utilizada:**

#### **Para Proveer Tratamiento**

Nosotros utilizaremos su INFORMACION DE SALUD para proveerle el mejor cuidado dental posible. Esto puede incluir procedimientos administrativos y clínicos en la oficina, designados para optimizar cada cita y la coordinación del cuidado entre la higienista, el asistente dental, el dentista y el personal de la oficina. También, podríamos compartir su información de salud con otros doctores, dentistas por referir, laboratorios clínicos y dentales, farmacias u otro personal de salud siempre que le proveyeran tratamiento.

#### **Para Obtener Pago**

Nosotros podemos utilizar y compartir su información de salud para obtener un pago por los servicios recibidos en nuestra oficina. También podemos realizar lo mismo con las formas de seguro llenadas por usted las que podrían ser enviadas por mail o electrónicamente.

#### **Para Llevar A Cabo Procedimientos De Atención De La Salud**

Nosotros podemos utilizar y dar a conocer su información de salud con nuestro sistema de operaciones de asistencia de la salud que incluye evaluaciones de control de cárida y actividades para la mejora, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación de los doctores, así como de su desempeño como proveedor, conduciendo programas de entrenamiento, acreditando certificaciones, licencias o actividades de credencialización.

#### **En Recordatorio Para Pacientes**

Nosotros vamos a recordarle su cita programada o que ya es momento para que usted nos contacte y programe la misma. Además, podemos contactarlo para hacerle un seguimiento en su cuidado e informarle sus opciones de tratamiento o servicios que puedan ser de interés para usted y/o su familia. Esto puede incluir postales, tarjetas, cartas, recordatorios telefónicos o recordatorios electrónicos como emails (a menos que usted nos comunique que no desea recibirlos).

#### **Abuso O Negligencia**

Nosotros podemos compartir su información de salud a las autoridades pertinentes si creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o una posible víctima de otros crímenes. Podríamos compartir su información de salud y extenderla necesariamente para evitar una amenaza seria hacia su salud o seguridad o seguridad de otros.

#### **Salud Publica Y Seguridad Nacional**

Oficiales Federales o autoridades militares podrían requerir que revelemos o compartamos su información de salud necesaria para completar una investigación relacionada a la salud pública o la seguridad Nacional. Información de Salud puede ser importante cuando el gobierno crea que la seguridad publica puede beneficiarse cuando la información puede llevar al control o a la prevención de una epidemia o a el entendimiento de nuevos efectos colaterales de tratamientos de medicinas o drogas o dispositivos médicos.

#### **Requerido Por Ley**

Nosotros podemos compartir su información de salud cuando la ley lo requiera.

#### **Personas Involucradas En Su Cuidado**

Nosotros podemos utilizar o compartir su información de Salud para notificar, o asistir en la notificación de (incluye identificación o localización) a un miembro de su familia, un representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, de su localización, su condición general, o su muerte. En el caso que usted esté presente, entonces antes de utilizar o

compartir su información de salud, nosotros vamos a darle la oportunidad de oponerse a compartir su información. En el evento que usted este discapacitado o en situaciones de emergencia, nosotros vamos a compartir o revelar su información de salud basado en el criterio de nuestros profesionales, los cuales compartirán solo la información de salud que sea directamente relevante a la(s) personas envueltas en su cuidado de salud, nosotros también vamos a utilizar nuestro criterio profesional y experiencia con prácticas comunes para hacer inferencias razonables a favor de su mejor interés en permitir a una persona recoger las prescripciones, material médicos, radiografías, u otros similares de su información en salud.

#### **Estudios De Marketing Relacionados A La Salud**

Nosotros no utilizaremos su información de salud para campañas de marketing sin su consentimiento firmado.

#### **Para Su Familia Y Amigos**

Nosotros vamos a compartir su información de salud a usted, como esta descrito en la sección de Derechos de Pacientes de esta Acta. Nosotros podremos compartir su información de salud a un miembro de su familia, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su cuidado de salud o con el pago de su cuidado de salud., solo si usted está de acuerdo en que nosotros procedamos de esa forma.

#### **Su Autorización**

Además de usar su información de salud para tratamientos, pago u operaciones de atención de salud, usted puede darnos su autorización escrita para usar su información de salud, o para compartirla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos otorga esta autorización, usted puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no va afectar ningún uso o divulgación permitida mientras estaba efecto. A menos que usted nos dé una autorización escrita, nosotros no compartiremos su información de salud, por ninguna razón excepto aquellos que se describe en esta Acta.

#### **Derechos De Pacientes**

Esta nueva Ley es cuidadosa en describir que usted tiene los siguientes derechos relacionados a su información de salud.

#### **Restricciones**

Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros implementemos restricciones adicionales en nuestro uso o métodos para compartir su información de salud. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con estas restricciones adicionales, pero si lo estamos, cumpliremos con nuestro acuerdo. (Excepto en casos de emergencia).

#### **Enmienda**

Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser en escrito, y debe explicar el por qué la información debe ser modificada). Nosotros podremos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

#### **Comunicaciones Confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud, por medios alternativos o en una locación alternativa. (Usted debe hacer su solicitud escrita). Usted deberá especificar los medios alternativos o locación alternativa, y proveer una explicación satisfactoria de como los pagos van hacer realizados bajo los medios alternativos o locación que usted requiera.

#### **Documentación de Información de Salud**

Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en donde nosotros o nuestros negocios asociados compartirán su información de salud para fines distintos a su tratamiento, pagos, operaciones de atención médica y otras actividades, por los últimos 6 años, pero no antes de abril 14, 2003. Si usted solicita esta cuenta más de una vez en un periodo de 12 meses, nosotros podríamos requerir un pago razonable, una tarifa basada en costos para responder sus solicitudes adicionales.

#### **Acceso**



Usted tiene el derecho de revisar u obtener copias de su información de salud, con algunas excepciones. Usted puede solicitar que se le provea copias en formato diferente a las fotocopias. Nosotros podremos proveer el formato que usted solicite a menos que nosotros no podamos proveerlo.

(Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener una solicitud de acceso utilizando la información de contacto listado al final de esta Acta. Nosotros podremos cobrarle por tiempo que nuestro personal utilizara en localizar y copiar su información de salud, y el costo del franqueo del correo si es que usted desea que le enviemos copias por correo. Si usted solicita un formato alternativo, nosotros vamos a cobrarle una tarifa basada en el costo de producción de su información de salud en ese formato específico. Si usted prefiere, nosotros podemos prepararle un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa extra. Contáctenos utilizando la información al final de esta acta para una explicación detallada de nuestras tarifas).

### Requerimiento De Una Copia En Papel De Esta Acta

Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta Acta de Practicas Privadas directamente en nuestra oficina en cualquier momento. Acérquese o comuníquese por teléfono y nosotros se lo enviaremos vía correo.

La Ley requiere que nosotros mantengamos la privacidad de su información de salud y de proveerle esta Acta de Practicas Privadas a usted y a su representante. Nosotros estamos obligados a practicar las pólizas y procedimientos descritos en esta Acta, pero nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestra Acta. Si nosotros cambiamos nuestra practicas privadas, nos aseguraremos de enviarle una copia a todos nuestros pacientes de esta Acta revisada.

Usted tiene el derecho de expresar cualquier queja hacia nosotros o la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, si usted cree que sus derechos privados han sido comprometidos. Nosotros le pedimos que nos exprese cualquier cuestionamiento que usted pueda tener sobre la privacidad de su información. Por favor háganos saber cualquier pregunta o queja por escrito.

## CONOCIMIENTO DEL PACIENTE

### Propósito De Este Consentimiento

Firmando esta Acta, usted está dando su consentimiento para que nosotros utilicemos y compartamos su información de Salud protegida para la realización de su tratamiento, formas de pago y operaciones de atención médica.

### Acta De Practicas Privadas

Usted tiene el derecho de leer nuestra Acta de Practicas Privadas antes de que decida firmar este consentimiento. Nuestra acta provee una descripción de nuestro tratamiento, formas de pago, y operaciones de atención médica, del uso y divulgación que podríamos realizar de su información protegida de salud y de otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestra Acta acompaña este consentimiento. Le pedimos que lea detenidamente y completamente este consentimiento

antes de firmarlo. Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar nuestras Practicas Privadas como se describe en nuestra Acta de Practicas Privadas. Si nosotros cambiamos nuestras Practicas Privadas, nosotros imprimiremos un Acta de Practicas Privadas revisada, la cual va a contener los cambios. Estos cambios podrían aplicarse a cualquier información de salud protegida que mantenemos.

Usted podrá obtener una copia de nuestra Acta de Practicas Privada, incluyendo cualquier revisión de esta Acta, en cualquier momento contactando al: Gerente de la oficina.

## SMILE CONCEPT

### Derecho De Revocatoria

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento solo con entregarnos una solicitud de revocatoria por escrito enviada a la persona de contacto mencionada previamente. Entiéndase que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que nosotros tomemos en este consentimiento antes de recibir su solicitud de revocación, y también nosotros podemos declinar o negarnos a ofrecerle tratamiento si usted revoca este consentimiento.

Yo he tenido toda la oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento y del Acta de Practicas Privadas. Yo entiendo que, firmando este consentimiento, estoy otorgando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para recibir tratamiento, formas de pago y operaciones de atención médica.

---

Nombre Impreso

---

Firma

---

Fecha

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

---

Nombre del personal o Representante

---

Relación con el Paciente

Lo siguiente es *OPCIONAL*: Consentimiento para un individuo, como su esposa o cualquier miembro de la familia.

## PERMISO PARA CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_ otorgo a \_\_\_\_\_  
(SU NOMBRE) (NOMBRE O NOMBRES DE INDIVIDUOS)

permiso para discutir mi cuenta dental la cual incluye tratamiento, balances, citas, etc. con la oficina mencionada en este consentimiento y sus empleados, a menos que yo notifique lo contrario.

---

Nombre Impreso

---

Firma

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



*\*COPIA ESCANEADA SIRVE COMO LA ORIGINAL*