

# CLÍNICA DENTAL CARING HANDS

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

---

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

### **SU DEBER JURÍDICO**

Las leyes federales y estatales de aplicación nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a notificarle nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigor el 1 de diciembre de 2006.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad y los términos del Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestra práctica de privacidad, cambiaremos este Aviso y pondremos a disposición el nuevo Aviso a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso.

### **USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

---

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

**Operaciones de atención médica:** podemos usar y divulgar su información de salud en relación con sus operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los médicos y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificaciones, licencias o actividades de acreditación.

**Su autorización:** además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización por escrito, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso.

**A su familia y amigos:** Debemos divulgarle su información de salud, como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si acepta que podemos hacerlo.

Persona involucrada en la atención: podemos usar o divulgar información de salud para notificar o asistir en la notificación de (incluida la identificación o ubicación) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si está presente, antes del uso o la divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el caso de que nuestro criterio profesional divulgue solo información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

**Mercadeo de servicios relacionados con la salud:** No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

**Requerido por la Ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley.

**Abuso o negligencia:** podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otros.

**Seguridad Nacional:** Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar para autorizar a los funcionarios federales la información de salud necesaria para la inteligencia legal, la contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a la institución correccional o a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tengan la custodia legal de la información de salud protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

---

## **DERECHOS DEL PACIENTE**

**Acceso:** Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo en la práctica. (Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud). Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo por gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra al final de este Aviso. Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa por el tiempo del personal. Para un formato alternativo, podemos cobrar una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud, puede haber una tarifa por esto. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

**Contabilidad de divulgación:** tiene derecho a recibir una lista de instancias en las que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información de salud para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas durante los últimos 6 años, pero no antes del 1 de diciembre, 2006.

**Restricción:** Tiene derecho a solicitar que establezcamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

**Comunicaciones alternativas:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o lugares alternativos. (Usted debe hacer su solicitud por escrito). Su solicitud debe especificar el medio alternativo o la ubicación.

**Modificación:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

---

## **Preguntas y quejas**

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud o para tener nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentarnos una queja utilizando la información de contacto que figura al final de este Aviso.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si lo solicita.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

**Oficial de contacto:** Al Olsen, Coordinador de la Clínica

**Teléfono:** 320-815-5711

**Correo electrónico:** [al@caringhandsdc.org](mailto:al@caringhandsdc.org)

**Dirección:** 2209 Jefferson Street #101A, Alejandría, MN 56308



El Aviso de prácticas de privacidad le informa cómo Caring Hands Dental Clinic puede usar o divulgar información sobre usted. No se describirán todas las situaciones. La Clínica Dental Caring Hands le proporcionará una copia de nuestras Prácticas de Privacidad para que las conserve si las solicita o puede examinar las páginas enmarcadas ubicadas en nuestra sala de espera. La Clínica Dental Caring Hands debe compartir esta información con usted con respect a nuestras practices de privacidad y la información que recopilamos y conservamos sobre usted. Por favor revíselo cuidadosamente.

### ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*\*Puede negarse a firmar este reconocimiento\**

Yo, (nombre del paciente o de la persona que toma las decisiones), \_\_\_\_\_, he revisado o he recibido una copia del Aviso de practices de privacidad de Caring Hands Dental Clinic. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se puede usar mi ingormación.

Le solicitamos que usted, el paciente o su padre, tutor o suplente en la toma de decisions firme este formulario. No tienes que firmar. Utilizamos este formulario, que es requerido por el Gobierno, para demostrar que ha recibido el Aviso de la Práctica de Privacidad. La información de este formulario se aplica a todos los contactos actuales y futuros mientras esté aquí o después de que se vaya. Se aplica a los contactos que son en persona, por teléfono, por fax, correo electrónico o por correo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Caring Hands Dental Clinic intent obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de practices de privacidad, pero no se pudo obtener la firma porque:

\_\_\_\_\_ El paciente o el tomador de decisions se negó a firmar

\_\_\_\_\_ Paciente o tomador de decisions incapaz de firmar

Firma del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta información se necesita en una forma diferente, por favor solicítenos ayuda.