3634 Rio Rancho Blvd NE, Suite #102 • Rio Rancho, NM 87144

Phone 505-404-0002

http://myriodental.com/

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y COMPARTIDA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE.

Rio Rancho se compromete a proteger su privacidad y hemos adoptado prácticas de privacidad para proteger la información que recopilamos de usted. Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger las informaciones médicas sobre usted. El Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") describe las prácticas de privacidad de Rio Rancho y le dirá acerca de las maneras en que podemos usar y compartir información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta Información. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al compartir y el uso de información médica con respecto a su "Información de Salud Protegida" (según lo definido por la ley de Health Insurance Portability and Accountability de 1996 y su reglamento, modificado de vez en cuando).

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:
• ^Tratamiento.^ Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le están tratando. Un ejemplo de esto sería que un médico que le esté tratando por una lesión le pregunte a otro médico acerca de su condición general de salud.
• ^Factura por tus servicios.^ Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades. Un ejemplo de esto sería enviar una factura para su visita a su compañía de seguros para el pago.
• ^Nuestra oficina.^ Podemos usar y compartir su información de salud para rnuestra práctica, mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario. Un ejemplo sería una revisión interna de la evaluación de la calidad.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Estamos permitidos o obligados a compartir su información de otras maneras: usualmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/HIPAA/Understanding/Consumers/index.html.
• ^Ayuda con problemas de salud pública y seguridad.^ Podemos compartir información de salud para ciertas situaciones, tales como: prevención de enfermedades, sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, previniendo/reduciendo una seria amenaza a la salud o seguridad de cualquier persona.
• ^Cumplir con la ley.^ Podemos compartir información sobre usted si la ley estatal o federal lo requiere, incluyendo el Department of Health and Human Services.
• ^Investigar.^ Podemos usar y compartir información para la investigación de su salud.
• ^Familia y Amigos:^ Podemos compartir su información médica a un familiar o a una amistad que esté involucrado en su atención médica o a alguien que ayude a pagar su atención. También es posible que usar o compartir su información médica para notificar (o asistir en la notificación) a un miembro de la familia, representante legalmente autorizado u otra persona responsable de su cuidado de su ubicación, condición general o muerte. Si usted es menor de edad, podemos liberar su información de salud a sus padres o tutores legales cuando estamos permitidos o obligados a hacerlo bajo la ley estatal federal aplicable.
• ^Solicitudes de donación de órganos y tejidos.^ Podemos compartir información sobre usted a organizaciones de contratación de órganos
• ^Examinador médico o director funerario.^ Podemos compartir información con un forense, examinador médico o director funerario cuando un individual muera.
• ^Compensación de trabajadores, solicitudes de cumplimiento de la ley y otras solicitudes de gobierno.^ Podemos compartir información de salud para reclamos de compensación de trabajadores, propósitos de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de salud para actividades permitidas por la ley, y otras funciones gubernamentales especializadas (por ejemplo, seguridad militar y nacional)
• ^Demandas y acciones legales.^ Podemos compartir información de salud en respuesta a la orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos, normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:
• ^Obtener una copia electrónica o impresa de su información médica.^ Usted tiene el derecho de inspeccionar y/u obtener una copia de su información médica mantenida en un conjunto de registros designado. Si mantenemos su información médica electrónicamente puede obtener una copia electrónica de la información o pedirnos que la enviemos a una persona u organización que usted identifique. Para solicitar inspeccionar y/u obtener una copia de su información médica, debe enviar una solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad. Si usted solicita una copia (impresa o electrónica) de su información médica, podemos cobrarle una tarifa razonable y basada en costos.
• ^Corregir su expediente médico.^ YUsted puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted, que usted piense que es incompleta o incorrecta. Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

• Comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos contacten de una manera específica (por ejemplo, teléfono de la casa o de la oficina) o para enviar correo a una dirección diferente para artículos como recordatorios de citas. Diremos que sí a todas las peticiones razonables.
• Límites de lo que usamos y compartimos. Puede pedirnos que no compartamos cierta información de salud para el tratamiento, pagos u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y si afecta su atención, podemos decir que no.
• Contabilidad de información. Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores. Vamos a incluir toda la información, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones. Proporcionaremos una contabilidad de forma gratuita, pero se puede cobrar una tarifa razonable, basada en costos si usted pide otro dentro de los 12 meses.
• Aviso de Privacidad. Puede preguntar y recibir una copia de este aviso en cualquier momento.
• Queja. Usted puede presentar una queja si usted siente que hemos violado sus derechos, con la oficina en la dirección abajo, o usted con el Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Ave, SW, room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando: www.hhs.gov/OCR/privacidad/HIPAA/quejas/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

En estos casos nunca compartiremos su información a menos que se le dé permiso por escrito: propósitos de márketing, recaudación de fondos y venta de información.

También podemos crear y distribuir información médica identificada eliminando todas las referencias a la información de identificación individual.

Podemos, sin el consentimiento previo, usar o compartir información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica en las siguientes circunstancias:
• Si la ley nos exige tratarlo, e intentamos obtener dicho consentimiento, pero no podemos contener dicho consentimiento; o
• Si intentamos obtener su consentimiento, pero no podemos hacerlo debido a barreras sustanciales para comunicarnos con usted, y determinamos que, en nuestro juicio profesional, su consentimiento para recibir tratamiento es claramente inferidos de las circunstancias.

Ley Estatal

No utilizaremos ni compartiremos su información si la ley estatal lo prohíbe. Algunos Estados tienen leyes que son más estrictas que las regulaciones federales de privacidad, tales como leyes que protegen la información del VIH/SIDA o la información de salud mental. Si una ley estatal se aplica a nosotros y es más estricta o pone los límites de las formas en que podemos usar o compartir su información de salud, seguiremos la ley estatal. Si desea saber más acerca de las leyes estatales aplicables, por favor pregunte a nuestro oficial de privacidad.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad y la seguridad de su información. Este aviso es efectivo a partir del 2003 y estamos obligados a cumplir con los términos del aviso de prácticas de privacidad. No compartiremos su información aparte de lo descrito aquí a menos que recibamos autorización por escrito. Podemos cambiar los términos de aviso, y cualquier aviso nuevo será disponle a petición, en nuestra oficina, y en nuestro Web site.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este aviso o cómo ejercer sus derechos de información de salud, puede ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad, Thomas Southam por correo en: 3634 Rio Rancho Blvd NE, Suite 102 o teléfono en 505-404-0002 Usted tiene el derecho de ejercer cualquiera de las acciones en el documento anterior, y el oficial de privacidad le guiará a través del proceso.

☐ NO autorizo ninguna información para ser discutida con familiares o amigos.
☐ Autorizo la información sobre el tratamiento o las citas que se discutirán con la siguiente persona (s):

_____

_____

He leído y entiendo la información anterior.

_____ _____
Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

_____ _____
Firma del paciente (o representante autorizado) Fecha

Sólo para uso de oficina (For office use only)

The following patient/authorized representative _____

☐ Refused to sign the Notice of Privacy Practices because _____

☐ Was unable to sign the Notice of Privacy Practices because _____