

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SYNERGY DENTAL PLLC

Efectivo: 09/23/2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con nuestra oficina al 972.633.2377.

QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad de información seguidos por los empleados, funcionarios y demás personal.

SU INFORMACIÓN MÉDICA

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos de usted, su salud, estado de salud, y los servicios que usted recibe de Synergy Dental, PLLC. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por Synergy Dental, PLLC, puede estar en la forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre su historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, la actividad relacionada con la facturación y similares tipo de información relacionada con la salud. Estamos obligados por ley a darle este aviso. Se le informará acerca de las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos usar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos:

- **Para tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, personal u otro personal que esté involucrado en el cuidado de usted y su salud. Por ejemplo, su médico puede ser el tratamiento por una enfermedad del corazón y puede necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historia médica para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El médico también puede decirle a otro médico sobre su condición para que éste pueda ayudar a determinar el tratamiento más apropiado para usted. Diferente personal de nuestra organización pueden compartir información acerca de usted y divulgar información a las personas que no trabajan para Synergy Dental, PLLC, para coordinar su cuidado, como recetas por teléfono a su farmacia, programar el trabajo de laboratorio y ordenar radiografías. Miembros de la familia y otros servicios de salud. Los proveedores pueden ser parte de su atención médica fuera de esta oficina y pueden requerir información sobre usted que tenemos. Le solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o amigos a menos que no puede dar permiso a dicha comunicación, debido a su estado de salud.
- **Para el pago.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en Synergy Dental, PLLC puedan ser facturados y el pago puede ser obtenido de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud acerca de un servicio que usted recibió aquí, así que su estado de salud plan nos pague o le reembolse a usted por el servicio. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar información sobre su salud con el fin de ejecutar Synergy Dental, PLLC y asegúrese de que usted y los demás pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos utilizar la información de salud de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes, o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos revelar su información de salud a los planes de salud que ofrecen cobertura de seguros y otros proveedores de atención de la salud que lo atienden. Nuestras revelaciones de su información de salud a los planes y otros proveedores pueden ser con el propósito de ayudar a estos planes y proveedores de proporcionar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y gestionar la salud y los servicios, capacitar al personal y cumplir con la ley.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o divulgar información sobre su salud para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos legales aplicable.

• Para evitar una amenaza seria para la salud o la seguridad

Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

• Requerido por la ley

Vamos a revelar información sobre su salud cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

• Investigación

Podemos usar y revelar su información de salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su autorización si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si participará en su atención en el consultorio.

• Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos o un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplantes.

• Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia

Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de la comunidad de inteligencia de la seguridad nacional, podemos ser requeridos por los mandos militares u otras autoridades gubernamentales para divulgar información sobre su salud.

• Compensación de los trabajadores

Podemos revelar información médica acerca de usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

- **Riesgos para la salud pública**

Podemos revelar información médica acerca de usted por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o denunciar nacimientos, defunciones, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

- **Las actividades de supervisión de la salud**

Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias o propósitos. Estas revelaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para vigilar el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

- **Demandas y disputas**

Si está envuelto en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a los de una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación.

- **Aplicación de la ley**

Podemos revelar información médica si lo pide un oficial de la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicable.

- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias**

Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

- **La información no identificable personalmente**

Podemos revelar información médica acerca de usted en una forma que no le identifique personalmente o que revele quién es usted.

- **Su Familia y sus Amigos**

Podemos revelar información sobre su salud a miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a tal revelación y no una objeción. También podemos revelar información de salud a su familia o amigos si podemos deducir de las circunstancias, en base a nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted está de acuerdo con la divulgación de su información personal de salud a su cónyuge cuando lleva a su cónyuge con usted en la sala de tratamiento o el tratamiento, mientras que se discute. En situaciones en las que usted no es capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), es posible, usando nuestro juicio profesional, determina que la divulgación de su familia o amigo está en su mejor interés. En esa situación, divulgaremos información de salud sólo es relevante para la participación de la persona en su cuidado. Por ejemplo, podemos informar a la persona que le acompaña de cambios en su nombramiento o los progresos procedimiento. También podemos utilizar nuestro criterio y experiencia profesional para hacer inferencias razonables de que es en su mejor interés para que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas, médico suministros o radiografías.

OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

No vamos a utilizar de revelar su información médica para finalidades distintas de las identificadas en los apartados anteriores sin su autorización expresa y por escrito. Los ejemplos de las divulgaciones que requieren su autorización incluyen la divulgación de su pareja, su cónyuge, sus hijos y su asesor legal. Si usted nos da autorización para usar o revelar información médica sobre usted, usted puede revocar dicha autorización, **por escrito**. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar o divulgar información acerca de usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito, pero no podemos revertir los usos o divulgaciones ya hechas con su permiso. En algunos casos, es posible que necesitemos la autorización específica por escrito de usted fin de divulgar cierta información especialmente protegida por el VIH, abuso de sustancias, salud mental, y la información de las pruebas genéticas para los propósitos tales como operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN QUE NOSOTROS LES DEMOS LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR

A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted es incapaz de aceptar u objetar tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional. Podemos revelar su información de salud protegida a organizaciones de socorro que buscan su información médica protegida para coordinar su atención, o notificar a los amigos y la familia de su ubicación o estado en un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u oponerse a tal divulgación siempre que prácticamente podemos hacerlo.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, tales como registros médicos y de facturación, que mantenemos y usamos para tomar decisiones sobre su atención. Usted debe presentar una solicitud por escrito a nuestra oficina con el fin de inspeccionar y / o registros de copias de su información médica. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle un cargo por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos. A petición modificada puede incluir solicitar un resumen de su historia clínica. Si solicita ver una copia de su información de salud, no vamos a cobrar por inspección de su información de salud. Si desea revisar su información de salud, por favor, envíe su solicitud por escrito a nuestra oficina. Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su información médica en formato electrónico si almacenamos su información de salud electrónica. Podemos negar su solicitud para inspeccionar y / o copiar su expediente o parte de su expediente en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega copias o acceso a la información médica que mantenemos sobre usted, puede solicitar una revisión de nuestra negación. Si la ley le da el derecho a que se revise nuestra negativa, vamos a seleccionar un médico con licencia profesional para revisar su solicitud y nuestra negativa. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

• **Derecho a enmendar.** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por Synergy Dental, PLLC. Para solicitar una enmienda, complete y envíe un formulario de registro de modificación / corrección médica a nuestra oficina. Podemos negar su solicitud de enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos rechazar o denegar parcialmente su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- No creamos
- No es parte de la información de salud que mantenemos
- No se le permitiría inspeccionar y copiar
- Es correcta y completa

Si negamos o rechazamos parcialmente su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una refutación y solicitar que la refutación forme parte de su expediente médico. Su refutación debe ser de 2 páginas de longitud o menos y tenemos el derecho de presentar una refutación de responder a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de pedir que todos los documentos relacionados con la solicitud de modificación (incluyendo refutación) sean transmitidos a terceros en cualquier momento que esa parte de la información médica, sea revelada.

• **Derecho a una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones." Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, cuando sea autorizado específicamente por usted y un limitado número de especiales circunstancias relacionadas con la seguridad nacional, instituciones correccionales y la policía. Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud por escrito a nuestra oficina. Se debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

• **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o si estamos obligados por ley a usar o divulgar la información. **Estamos obligados a aceptar su petición** si usted paga por tratamientos, servicios, suministros y recetas "de su bolsillo" y usted solicita la información no se comunique a su plan de salud para operaciones de cuidado de salud o pago. Puede haber casos donde estamos obligados a divulgar esta información si es requerido por la ley. Para solicitar restricciones, puede completar y enviar la Solicitud de Restricción en el uso / divulgación de la información médica a nuestra oficina.

• **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y presentar la solicitud de restricción sobre el uso / divulgación de información médica y / o la comunicación confidencial de nuestra oficina. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

• **Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir por medios electrónicos, usted todavía tiene derecho a una copia impresa. También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web. Para obtener dicha copia, póngase en contacto con nuestra oficina.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer el aviso revisado o cambiado para información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos el aviso actual en nuestras oficinas con su fecha de vigencia en la esquina superior derecha mano. Usted tiene derecho a una copia del aviso vigente. Le informaremos de cualquier cambio significativo en este aviso. Esto puede ser a través de nuestro boletín de noticias, una señal de un lugar prominente en nuestra oficina, un aviso publicado en nuestro sitio web, o cualquier otro medio de comunicación.

INCUMPLIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Le informaremos si hay un incumplimiento de su información de salud sin garantía.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en:

Office for Civil Rights Region VI - Dallas
Jorge Lozano, Regional Manager
Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
Teléfono (800) 368-1019
FAX (214) 767-0432
TDD (800) 537-7697

Para presentar una queja con Synergy Dental, PLLC, póngase en contacto con nuestro gerente Malee Wong al 972.633.2377.

Usted no será penalizado por presentar una queja.