

ADVANTAGE DENTAL CLINICS, LLC Y ADVANTAGE DENTAL GROUP, PC
AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y EL INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD
(HIE por sus siglas en Ingles)

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED, COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION Y PARA AVISARLE QUE PARTICIPAMOS EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD (HIE por sus siglas en ingles).
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE**

LA PRIVACIDADE DE LA INFORMACION DE SU SALUD ES IMPORATANTE PARA NOSOTROS

NUESTRO DEBER LEGAL

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud. Dichas leyes también nos exigen darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos referentes a la información de su salud. Debemos respetar las práctica de privacidad que describimos en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia el 1º de octubre de 2002, y continuara vigente hasta que lo cambiemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Siempre y cuando dicha ley permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso vigente con respecto a toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de la salud que creamos y recibimos antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio considerable en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y el nuevo aviso estará disponible a pedido.

Usted puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para recibir copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACION DE SALUD.

Utilizamos y divulgamos la información de su salud para su tratamiento, pagos y operación de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: podremos usar o revelar su información de salud a un médico u otra asistencia medica que le administre tratamiento.

Pagos: podremos usar o divulgar su información de salud para obtener pago por servicios prestados a usted.

Operación de atención médica: podremos usar y divulgar la información de su salud relacionada con nuestras operaciones de atención médica. La operación de atención médica incluye evaluación de calidad y actividades de mejoría, evaluación de la competencia o las calificaciones de los profesionales de salud, evaluación de practicantes, y desempeño de proveedores, conducir programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades para obtener credenciales.

Su autorización: En adición a nuestro uso de la información del tratamiento de su salud, pagos u operaciones de atención médica, puede darnos autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgarla a cualquiera para cualquier propósito. Si nos da una autorización, podrá anularla por escrito en cualquier momento. Su anulación no afectara ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras este en efecto. A menos que nos dé una autorización escrita, no podemos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo salvo los descritos en este aviso.

Su familia y amigos: Le debemos divulgar a usted la información de su salud, como se describe en los derechos del paciente en la sección de este aviso. Podemos divulgar su información de salud a miembros de su familia, 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 usted está de acuerdo que lo hagamos.

Personas involucradas en su cuidado: podremos usar o divulgar la información de su salud para avisar o ayudar en la notificación de (incluyendo identificación o ubicación) un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, ubicación, condición general o muerte. Si usted está presente, la prioridad del uso o divulgación de la información de su salud, le daremos la oportunidad de objetar lo usos o divulgaciones. En caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos la información de su salud basado en una determinación usando nuestro juicio profesional divulgando solo información que es directamente relevante a las personas involucradas en su atención médica. Usaremos también nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con práctica común para hacer deducciones razonables de su mejor interés permitiendo 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 la información de su salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

Requerido por ley: podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido por la ley.

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

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

Recordatorios de Citas: podremos usar o revelar la información de su salud para proveerle los recordatorios de las citas (tales como mensajes de voz, postales o cartas).

Notificación de Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en inglés): HIE es un método computarizado seguro que envía su información de salud a otros profesionales médicos que le proveen cuidado. HIE coordina su cuidado entre sus proveedores de atención médica porque tienen la misma información, reduce las pruebas repetidas y costos, mejora la calidad y seguridad de su cuidado de salud al proveer información completa y rápida a su médico y protege la privacidad de sus registros de cuidado de salud por medio de registros cifrados/codificados, autenticación, mecanismos de controles de acceso y mecanismos de seguridad. Solo aquellos que estén autorizados podrán ver sus registros, este le permite obtener una copia de su información de salud más fácilmente.

Exclusión de HIE: Su información de salud será automáticamente incluida en HIE a menos que usted elija no participar al completar un formulario de exclusión (disponible a petición). Si usted elige ser excluido, su información no será divulgada por HIE, ni en caso de emergencia, pero continuara siendo divulgada por métodos tradicionales tal y como fax, teléfono, y correo, al menos que su médico este de acuerdo, a su petición, de no divulgar su información. Sin embargo, cierta información por ley del estado de Oregón es requerida que se comparta con el condado, estado y/o agencias federales de salud pública y esta información puede ser transmitida por HIE aun si usted elige ser excluido. Cierta información de salud está sujeta a protección especial de privacidad bajo ley estatal y federal. Aunque usted no elija ser excluido de HIE, continuaremos a obtener autorización de usted para divulgar información que está sujeta a protección especial.

Cambio de opinión y preguntas acerca de HIE: Puede cambiar su decisión de participar o de no participar en HIE en cualquier momento, solo tiene que pedirnos y completar el formulario correspondiente. Si tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su información de salud divulgada por HIE, se puede comunicar con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Usted tiene derecho a ver o a obtener copias de la información de su salud, con excepciones limitadas. Usted puede pedirnos que le entreguemos copias en otros formatos, no solamente fotocopias. Usaremos el formato que pida a menos que no podamos hacerlo de forma práctica. Puede pedir por escrito el acceso a la información de su salud. Puede obtener un formato para solicitar acceso usando la información de contacto mencionado al final del aviso. Puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Le cobraremos un costo razonable por gastos, tales como: mano de obra y copias. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$0.10 por página, y \$5.00 por el tiempo del personal para localizar y copiar la información, y el franqueo si quiere que se le envíen las copias por medio del correo. Si pide un formato alternativo, le cobraremos un costo por darle información de salud en este formato. Si lo prefiere, podemos preparar un resumen o una explicación de la información de su salud por un costo. Póngase en contacto con nosotros usando la información indicada al final de este aviso para recibir más información sobre los cobros.

Divulgaciones de informe: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en el cual nosotros o nuestros empleados han divulgado su información de salud para otros propósitos, a excepción de tratamientos, pagos, operación de atención médica y ciertamente otras actividades, en los últimos 6 años pero no antes del 14 de Abril de 2003. Si usted solicita este informe más de una vez en un periodo de 12 meses, le podremos cobrar una tarifa razonable, para responder sus requisiciones adicionales.

Restricciones: Tiene el derecho a solicitar que agreguemos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgaciones de la información de su salud. No se nos exige aceptar estas restricciones adicionales, pero si las aceptamos, respetaremos nuestro acuerdo (exceptuando en caso de emergencia).

Otros tipos de comunicaciones: Tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre la información de su salud por otros medios u otros lugares. **(Debe hacer su petición por escrito)** debe especificar en su petición los medios o la ubicación y dar una explicación satisfactoria en cuanto a cómo se manejarán los pagos por los medios o lugares alternativos que requiere.

Enmienda: Tiene derecho a pedir que enmendemos la información de su salud. (Su petición debe ser por escrito y debe explicar por qué debemos enmendar la información). Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

Avisos Electrónicos: si usted recibe este aviso en nuestra página Web o por correo electrónico, usted está autorizado a recibir este aviso en forma escrita.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si necesita más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contáctenos.

Si usted está preocupado que hemos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con alguna decisión que hicimos acerca del acceso de la información de su salud o en respuesta a una requisición que hizo de enmendar o restringir el uso o la divulgación de la información de su salud o comunicarnos con usted por medios o direcciones alternativas podrá quejarse con nosotros usando el contacto de información mencionado al final de este aviso. También podrá someter una queja escrita al Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos. Le daremos la dirección para que presente su queja al Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos si la solicita.

Apoyamos su derecho de privacidad de la información de su salud. No tomaremos de ninguna manera represalias si quiere poner una queja con nosotros o con el Departamento de Salud de los Estados Unidos y el Servicio Humano