

AVISO SOBRE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPONE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON ATENCIÓN.

COMPRENSIÓN DE SU INFORMACIÓN SANITARIA

Cada vez que visita nuestra oficina, tomamos registro de su visita para gestionar los cuidados que recibe. Entendemos que la información médica que queda registrada sobre usted y su salud es personal. La confidencialidad y privacidad de su información sanitaria queda también bajo la protección de leyes tanto Estatales como Federales.

Este Aviso sobre Políticas de Privacidad describe cómo esta oficina podría usar y divulgar su información, y los derechos que usted tiene con respecto a su información sanitaria.

Cómo Usaremos o Divulgaremos su Información Sanitaria

Tratamiento: Usaremos su información sanitaria para el tratamiento. Por ejemplo, la información obtenida por el ortodoncista u otros miembros de su equipo sanitario quedará registrada en su expediente y será empleada para determinar el curso del tratamiento que mejor se ajustaría a usted. Su ortodoncista documentará en su expediente sus expectativas para con los miembros de su equipo sanitario. Los miembros de su equipo sanitario procederán entonces a registrar las acciones que emprendan y sus observaciones, de forma que el médico conocerá cómo está usted respondiendo al tratamiento. También proporcionaremos a su médico, o al correspondiente proveedor sanitario, copias de los varios informes que le habrían de asistir a la hora de tratarle a usted.

Pago: Usaremos su información sanitaria para el pago. Por ejemplo, una factura podría serle enviada a usted o a su plan de seguro médico. La información en o acompañando a la factura podría incluir información que le identifique a usted, así como su diagnóstico, procedimiento y materiales empleados.

Operaciones de Asistencia Médica: Usaremos su información sanitaria para nuestras operaciones habituales de asistencia médica. Por ejemplo, podríamos usar información en su expediente médico para determinar los cuidados y resultados en su caso y otros similares. Esta información será entonces usada en un esfuerzo continuo de mejorar la calidad y eficacia de los servicios que proporcionamos.

Socios Comerciales: Podríamos establecer contacto con personas o entidades denominadas socios comerciales que proporcionen servicios o realicen funciones en nuestro lugar. Algunos ejemplos serían nuestros contables, consejeros y abogados. Podríamos divulgar su información sanitaria a nuestros socios comerciales para que así pudiesen desempeñar su tarea asignada una vez hubiesen aceptado por escrito el salvaguardar su información.

Notificación: Podríamos usar o divulgar información para asistir en la notificación de un familiar, representante u otra persona responsable de sus cuidados, de su localización y condición general. Si no fuésemos capaces de contactar a un miembro de su familia o representante personal, entonces podríamos dejarles un mensaje al número de teléfono que nos hubiesen indicado, por ejemplo, en un contestador automático.

Comunicación con Familiares: Podríamos divulgar a un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que nos indique, información sanitaria pertinente a la implicación de esa persona en el tratamiento o pago de su atención.

Recordatorio de citas / Beneficios para la salud: Podríamos contactarle para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios para la salud que pudiesen ser de interés para usted.

Servicios Funerarios y Forenses: Podríamos divulgar su información sanitaria a agentes funerarios y a forenses o investigadores médicos, para que puedan llevar a cabo sus funciones de forma consistente con la ley aplicable.

Organizaciones de Obtención de Órganos: De forma consistente con la ley aplicable, podríamos divulgar su información sanitaria a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de la donación de tejidos y trasplantes.

Investigación: Podríamos divulgar su información sanitaria a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado el proyecto de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información sanitaria. Podríamos también divulgar su información sanitaria a personas preparándose para llevar a cabo un proyecto de investigación en tanto que la información sanitaria permanezca en nuestro poder. Podríamos también usar y divulgar su información sanitaria para contactarle sobre la posibilidad de formar parte de un estudio de investigación.

Recaudación de fondos: Podríamos contactarle como parte de nuestros esfuerzos para recaudar fondos; no obstante usted puede negarse a recibir tal información.

Food and Drug Administration (FDA): Podríamos divulgar información a la FDA relativa a posibles efectos adversos con la comida, suplementos, productos así como defectos en los productos o información de vigilancia post-marketing, para permitir el reemplazo, reparación o retirada de productos.

Compensación Laboral: Podríamos divulgar información sanitaria hasta el límite autorizado y hasta el límite necesario para cumplir las leyes relativas a las compensaciones laborales u otros programas similares establecidos por ley.

Actividades de Salud Pública: Tal y como exige la ley, podríamos divulgar su información sanitaria a las autoridades legales o de salud pública, con el fin de prevenir o controlar enfermedad, lesiones o discapacidad.

Actividades de Supervisión de la Salud: Podríamos divulgar su información sanitaria a agencias de supervisión de la salud bajo el propósito de llevar a cabo actividades de supervisión legalmente autorizadas, como investigaciones necesarias para la vigilancia del sistema sanitario y programas de ayudas del gobierno.

Institución Correccional: Si usted fuese interno de una institución correccional, podríamos divulgar a la institución o sus agentes la información sanitaria necesaria para su salud y la de otros individuos.

Procesos Judiciales y Administrativos : Podríamos divulgar su información sanitaria en un procedimiento judicial o administrativo si la petición de información es llevada a cabo a través de una orden judicial o un tribunal administrativo. Dicha información podría ser también divulgada en respuesta a una citación u otro proceso legal si se proporcionan suficientes garantías para el individuo o una orden de protección.

Cuerpos de Seguridad / Amenazas serias para la Salud o Seguridad: Podríamos divulgar su información sanitaria a agentes de la ley bajo propósitos de seguridad bajo ciertas circunstancias y sujeta a ciertas condiciones. Podríamos también divulgar su información sanitaria para prevenir o reducir una amenaza seria e inminente a una persona o el público en general (cuando la divulgación sea hecha a alguien que creamos que puede prevenir o reducir la amenaza) o para identificar o atrapar a un preso fugado o criminal violento.

Victimas de Abuse, Abandono, and Violencia Doméstica: Bajo ciertas circunstancias, podríamos divulgar su información sanitaria a las autoridades gubernamentales correspondientes si hay alegaciones de abuso, abandono o violencia doméstica.

Fuciones esenciales del Gobierno: Podríamos divulgar su información sanitaria para ciertas funciones esenciales del gobierno (ej. actividades militares y para propósitos de seguridad nacional).

Los siguientes usos y divulgaciones serán solo llevados a cabos con su autorización: (i) con limitadas excepciones, el uso y divulgación de su información sanitaria para propósitos de marketing, incluyendo avisos de tratamiento subvencionados; (ii) divulgación que constituya una venta de su información sanitaria; y (iii) otro uso o divulgación que no esté descrito en este aviso. Puede usted revocar su autorización en cualquier momento, excepto que hayamos emprendido ya acciones basándonos en el uso o divulgación indicados en la autorización.

Sus Derechos sobre Información Sanitaria

Aunque su historia clínica sea propiedad física de esta oficina, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información sanitaria:

- Usted podría solicitar que no usemos o divulguemos su información sanitaria para un motivo concreto relacionado con el tratamiento, pago, nuestras actividades de atención sanitaria en general y/o a un familiar en particular, otros parientes o un amigo cercano. Pedimos que dichas peticiones se hagan en un formulario escrito proporcionado por nosotros. Aunque consideraremos su propuesta, por favor tenga en cuenta que no tenemos obligación de aceptarla o admitirla, excepto como se indica debajo.
- Si usted ha pagado por servicios completamente de su bolsillo, podría solicitar que no divulgásemos información relacionada exclusivamente con su seguro de salud. Pedimos que dichas peticiones se hagan en un formulario escrito proporcionado por nosotros. Estamos obligados a cumplir con dicha petición salvo que seamos exigidos por ley a proporcionarla. No tenemos que informar a otros proveedores de dicha petición, así que usted debería informar a cualquier otro proveedor de dicha petición.
- Tiene el derecho a recibir comunicaciones confidenciales nuestras por medios alternativos o en una localización alternativa. Dicha petición debe ser hecha por escrito y enviada al Agente de Privacidad. Intentaremos dar cabida a toda petición razonable.
- Usted podría solicitar inspeccionar y/o obtener copias de información sanitaria sobre usted, que le serán proporcionadas en los plazos definidos por ley. Si mantenemos su información sanitaria en soporte electrónico designado, podría obtener una copia electrónica de la información. Si usted pide una copia (en papel o electrónica), le cobraremos una tarifa razonable en función del coste.
- Si usted cree que cualquier información sanitaria en su historial es incorrecta, o si cree que falta información importante, podría usted solicitar que corriamos la información existente o que añadiésemos la que falta. Dichas peticiones deben ser hechas por escrito, y deben aportar una razón que las sostenga. Le pedimos que use el formulario proporcionado por nosotros para hacer tales peticiones. Para solicitar un formulario, por favor contacte con el Agente de Privacidad.
- Usted podría solicitar que le proporcionásemos por escrito todas las divulgaciones hechas por nosotros durante el periodo de tiempo que nos solicite (que no exceda seis años), tal y como indica la ley. Pedimos que dichas peticiones se hagan en un formulario escrito proporcionado por nosotros. Por favor tenga en cuenta que dicha recopilación no incluye todas las divulgaciones, por ejemplo, divulgaciones para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención sanitaria, y divulgaciones hechas a usted o a su representante legal, o en cumplimiento de una autorización. No se le cobrará por su primera petición en cualquier periodo de 12 meses. Sin embargo, para cualquier petición que realice después, se le aplicará una tarifa de coste razonable.
- Tiene usted derecho a ser notificado tras una brecha en su información sanitaria protegida no asegurada.
- Tiene usted derecho a obtener una copia en papel de nuestro Aviso sobre Políticas de Privacidad bajo solicitud.

Para más Información o para Informar de un Problema

Tiene usted derecho a reclamar ante nosotros y la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (HHS) si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra usted por presentar una reclamación.

Para más información, o para presentar una reclamación contra nosotros, contacte con nuestro Agente de Privacidad por teléfono o email como se indica: info@fl4braces.com o (855)272-2374. Para reclamar ante la Secretaría del HHS, envíe su reclamación a:

Office for Civil Rights, Attn: Regional Manager, U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70, 61 Forsyth Street, S.W., Atlanta, GA 30303-8909 or (800)368-1019

Si tiene alguna pregunta o quiere más información sobre este Aviso sobre Políticas de Privacidad, por favor contacte a nuestro Agente de Privacidad.

Reconocido por: _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o Representante