

Canyon Falls Dental PLLC

HIPAA- Consentimiento del paciente de la información

Canyon Falls Dental PLLC, para cumplir con la Regulación de privacidad HIPAA, requiere una autorización del paciente antes de que se dejen mensajes detallados para el paciente. Esta sistema es para proteger la privacidad del paciente y para proteger a los médicos y al personal de Canyon Falls Dental de violar la confidencialidad del paciente. Si no hay un consentimiento firmado en el expediente, los médicos y el personal solo dejarán su nombre y número de teléfono en un contestador automático, correo de voz o con una persona en vivo que conteste el teléfono y solicite al paciente que devuelva la llamada.

Al completar el consentimiento a continuación, usted está permitiendo que los médicos de Canyon Falls Dental PLLC y su personal dejen un mensaje en un contestador automático, correo de voz o con un individuo específico. Puede especificar qué información queda y con quién al anotar la información en la parte inferior de este formulario. Al firmar, también está dando su consentimiento para el envío por correo o por fax de los resultados, solicitados por usted, a su médico de atención primaria u otro médico involucrado en su atención.

Doy mi consentimiento para que los médicos y el personal de Canyon Falls Dental PLLC envíen un mensaje con respecto a la programación, tratamiento, cirugía, resultados de laboratorio o radiología, u otra información según sea necesario (marque todo lo que corresponda):

a través de un mensaje de texto
 en un contestador automático o correo de voz en casa o teléfono celular
 en un contestador automático o correo de voz en el trabajo
 con _____ relación _____
 con _____ relación _____

No doy mi consentimiento para que los mensajes se dejen en casa, en el trabajo o con cualquier otra persona. Yo deseo ser contactado directamente

Nombre del paciente (Imprimir)

Fecha de nacimiento

Firma del Paciente/ Tutor o Representante Personal

Fecha

Testigo

Fecha

HIPPA-Aviso de reconocimiento de práctica de privacidad

Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Canyon Falls Dental.

He rechazado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Canyon Falls Dental.

Firma del Paciente/ Tutor o Representante Personal

Fecha

Canyon Falls Dental PLLC

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. **Por favor revísalo cuidadosamente**

Tu información.

Tus derechos.

Nuestras responsabilidades

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corregir su registro médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido tu información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Tienes algunas opciones en la forma en que usamos y Compartimos información como nosotros:

- Contarle a su familia y amigos sobre su condición
- Proporcionar alivio de desastres
- Incluirte en el directorio de un hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercialice nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Reciba tratamiento
- Ejecutar nuestra organización
- Facturar por sus servicios
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o un director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley, y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a juicios y acciones legales

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo

Obtenga un servicio electrónico copia en papel de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corriamos su registro médico

- Puede pedirnos que corriamos su información médica que usted considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina)

Obtenga una lista de aquellos con a quien hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunta, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya solicitado hacer)
- Proporcionaremos un informe anual gratis, pero se cobrará un costo razonable, tarifa basada si solicita otra en 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de privacidad electrónicamente. Le proporcionaremos un copia en papel con prontitud

Elegir a alguien para actuar en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su abogado legal guardián, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda publicarla antes de que Tomemos accion

Presente una queja si siente que sus derechos son violado

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros usando información en la página 1.
- Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Oficina de Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja

Para cierta información de salud, puede decirnos sus elecciones sobre

qué compartimos. Si tiene una gran preferencia por la forma en que compartimos su información en situaciones que se describen a continuación, háganos. Cuéntenos qué quiere que hagamos, y lo haremos siguiendo sus instrucciones.

En estos casos, tienes tanto el derecho como la elección para decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
 - Compartir información en una situación de alivio de desastres
 - Incluya su información en el directorio de un hospital
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud y la seguridad*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de comercialización
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo hagamos.

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Tratándolo/a como paciente

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. **Ejemplo:** un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Ejecutar nuestra organización

Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario **Ejemplo:** Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

Fracturar sus servicios

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. **Ejemplo:** Brindamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague sus servicios.

¿**De qué otro modo podemos usar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con la salud pública y problemas de seguridad

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones tales como:
- Previendo enfermedades
- Ayudando con retiradas de algun producto
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica • Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

Investigue

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responde a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones que obtienen órganos

Trabajar con un médico examinador o funeral director

- Podemos compartir información de salud con un juez de instrucción, médico forense o un funeral director cuando un individuo muere.

Dirijase a la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir su información de salud:
- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales tales como seguridad militar, nacional y servicios de protección presidencial.

Responder a pleitos y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a un tribunal o orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaallunderstanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Vigente: 19 de abril de 2016

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones

Este aviso se aplica a ** Canyon Falls Dental PLLC **