

## Nota de HIPPA de Practicas de Privacidad

Oscar A. Luna D.D.S.

Pediatric Dentist

410 Pine St. SE Suite 100, Vienna VA 22180

(703)938-1415

**ESTA NOTA DESCRIBE COMO INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y PUEDE SER REVELADA. TAMBIEN COMO USTED PUEDE OBTENER EL ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO DETENIDAMENTE.**

Esta nota de Practicas de Privacidad explica como podemos usar y poder revelar su informacion protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado de la salud (TPO) y para otros propositos que se permiten o son requeridos por la ley. Describe tambien suss derechos de conseguir acceso y para controlar su informacion protegida de la salud. "informacion protegida de salud," es informacion acerca de usted, incluyendo informacion demografica, como identificarlo inclusive relacionarlo a su condicion, pasado, presente o (salud/condicion), future, condicion fisica o mental y los servicios relacionados con el cuidado de la salud.

### **1. Los usos y las Revelaciones de Informacion Protegida de Salud**

Su informacion protegida de salud se puede usar y ser revelada por su medico, nuestro personal de la oficina y de otros al exterior de nuestra oficina que estan involucrados en su cuidado y tratamiento para el proposito de proporcionar los servicios del cuidado de la salud a usted, para pagar sus cuentas, para sostener la operacion de la practica de medico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**El Tratamiento:** usaremos y revelaremos su informacion protegida de salud, para proporcionar, cordinar, o para manejar cuidado de su salud y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la cordinacion o la administracion del cuidado de su salud con terceros. Por ejemplo, nosotros revelariamos su informacion necesariamentea una agencia de salud que le proporsionara el cuidado a usted. su informacion podria ser proporcionada a un medico a quien usted ha sido referido para asegurar que el medico tenga la informacion necesaria para diagnosticar o tratarlo.

**El Pago:** Su informacion protegida de salud se usara cuando sea necesario, como por ejemplo obtener el pago para sus serviciosdel cuidado de salud. Por ejemplo, para obtener la aprobacion para permanecer en un hospital, requiere que su informacion de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobacion y la admission al hospital.

**Las Operaciones de la Asistencia Sanitaria:** podemos usar o podemos revelar su informacion protegida de salud para sostener las actividades de la practica de su medico. Estas actividades incluyen pero no son limitadas a, las actividades de la evaluacion de la calidad, las actividades del empleado, entrenamiento de estudiantes medicos, y la conduccion y arreglo de otras actividades del negocio. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su informacion protegida de salud a estudiantes medicos que ven a pascientes en nuestra oficina. Ademas podremos usar una hoja de registro de matricula donde se le pedira firmar, poner su nombre e indicar a su medico. Nosotros tambien lo podemos llamar por su nombre en la habitacion de espera cuando su medico este listo para verlo. Podemos usar o podemos revelar su informacion protegida de salud, cuando sea necesario, como para recordarle su cita.

Nosotros podemos revelar su informacion en las siguientes situaciones sin ninguna autorizacion. Estas situaciones incluyen: informacion requerida por ley, problemas de salud publica por ley, enfermedades contagiosas, abuso o descuido, requerido por la administracion de comida y drogas.

Procesos Legales: enforzamiento de la ley, directores funeral y o donacion de organos. Actividad Criminal: actividad military y seguridad nacional. Compensacion del trabajador, y presos. Usos requeridos y revelaciones: bajo la ley nosotros debemos revelar a usted y si es necesario al Departamento de Secretaria de salud y recursos humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Seccion 164.500.

Otros usos y las revelaciones permitidos y requeridos se haran solo con su consentimiento, autorizacion, o oportunidad de oponerse al menos que sea requerido por la ley.

Usted puede revocar esta authorization de manera escrita en cualquier momento, exepcto cuando su medico o la practica medica haya tomado accion in relacion al uso o revelacion indicada en la autorizacion.

**Sus Derechos:** los derechos respecto a su informacion de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su informacion protegida de salud:** bajo la ley federal, sin embargo usted no puede inspeccionar ni puede copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, informacion copilada con una razonable anticipacion, o el uso en caso civil, criminal, o administrative, y cualquier otra informacion que la ley prohíba acceso.

**Usted tiene derecho de solicitar una restriccion a su informacion protegida de salud:** esto significa que usted nos puede decir que no usemos o revelemos cualquier parte de su informacion protegida para el proposito de: tratamiento, pago, o operaciones de salud. Usted puede solicitar tambien que su informacion no sea revelada a miembros d la familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado, ni para propositos de notificar como descrito en esta nota de Practicas de Privacidad. Su pedido debe expresar la restriccion especifica solicitada a quien uusted quiere que applique.

Su medico no esta requerido a que este de acuerdo con la restriccion que usted pide. Si su medico cree que es para su major interes el permitir el uso y revelacion de du informacion protegida de salud, su informacion no sera restringida. Usted entnces tiene el derecho de usar a otro professional de salud.

**Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicacion alternative. Usted tiene el derecho de obteber una copia de esta forma.**

**Usted tiene el derecho de que su medico enmiende su informacion protegida de salud:** si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaracion de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutacion a su declaracion y le proporcionaremos con una copia de tal refutacion.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertas revelaciones que hemos hecho si es que habria alguna.

Reservamos el derecho de cambiar los terminus de esta nota y lo informaremos por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirarse como proporcionado en esta nota.

Su firma indica que ha recibido y entendido las notas de nuetra nota de privacidad de la practica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_