

## Aviso de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA A SU SALUD SERÁ UTILIZADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN, POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.**

La información sobre su salud (información individualizada e identificable, como nombre, fecha de nacimiento, números de teléfono/fax, correo electrónico, dirección residencial, número de seguro social y datos demográficos), puede ser utilizada por nosotros para uno de los siguientes propósitos:

- Para otro proveedor de salud (su dentista general, cirujano maxilofacial, etc.), en relación a nuestros servicios prestados a usted (para determinar los resultados de limpiezas, cirugías, etc.)
- A terceras partes o personas proveedoras de pago de los cónyuges (compañías de seguro, empleadores con reembolso directo, administradores de cuentas de ahorro, etc.) con el propósito de obtener el pago de su cuenta (para determinar beneficios, días de pago, etc.)
- A entidades certificadoras, acreditadoras y que otorguen licencias (como la Junta Americana de Ortodoncia, Juntas Dentales Estatales, etc.) en relación a obtener certificaciones, licenciaturas o acreditaciones.
- De manera interna, para todo el personal de la oficina que tenga algún relación con su tratamiento.
- A otros pacientes o terceras personas que puedan ver u oír divulgaciones accidentales u ocasionales de su tratamiento, citas, etc.
- A sus familiares o amigos cercanos que estén envueltos en su tratamiento, y/o,
- Podríamos contactarlo para proveerle recordatoria de sus citas o información acerca de tratamientos alternativos, u otros beneficios relacionados a su salud y servicios que podrían ser de su interés. Cualquier otro uso o divulgación de su información confidencial se hará solo después de obtener su autorización escrita, la cual tiene el derecho de denegar.

Bajo las nuevas reglas de privacidad, usted tiene el derecho a:

- Solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud confidencial.
- Inspeccionar y obtener copias de su información de salud confidencial a través de nuestra oficina.
- Enmendar y modificar su información de salud confidencial en ciertas circunstancias.
- Recibir comunicación de divulgaciones hechas por nosotros de su información de salud confidencial; y
- Usted puede, sin el riesgo de represalias, presentar una queja sobre alguna violación de nuestra parte a su derecho a la privacidad (mediante la petición de una consulta a nuestra persona encargada de la privacidad de nuestros clientes a la dirección de nuestra oficina) de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (que se debe someter dentro de 180 días de la violación).

Tenemos los siguientes derechos bajo las reglas de privacidad:

- Por ley, mantener la privacidad de la información de salud confidencial y proveerle a usted este aviso para establecer nuestros derechos legales y prácticas de privacidad referente a dicha información.
- Respetar los términos de nuestro Aviso de Privacidad que está actualmente en efecto.
- De aconsejarlo en su derecho a cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y hacer efectivas las provisiones revisadas para el Aviso de Privacidad.

Por favor tenga en cuenta que no estamos obligados a:

- Honrar ninguna solicitud de su parte de restringir el uso o divulgación de su información de salud confidencial,
- Enmendar su información de salud confidencial si, por ejemplo, la misma no es correcta o está incompleta; o,
- Proveer una atmósfera que esté totalmente libre de la posibilidad que su información de salud confidencial pueda ser escuchada por otros pacientes o terceras personas.

Este Aviso de Privacidad es efectivo desde el día de su firma. Gracias.

## Reconocimiento y Acuerdo del paciente

Por la presente reconozco que recibí, leí y revise una copia de este Aviso de Privacidad.

---

Paciente/ Tutor Legal o Guardián

---

Fecha