

NOTA DE HIPPA DE PRACTICAS DE INTIMIDAD

FAMILY DENTISTRY OF OKEECHOBEE

202 NE 3RD STREET

OKEECHOBEE, FL 34972-2996

(863) 763-2765

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

Esta Nota de Practicas de Intimidad describe como podemos usar y poder revelar que su informacion (PI) esta protegida de salud para llevarse a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones (TPO) del cuidado de su salud y para otros propositos que se permiten o son requeridos por la ley. Describe tambien sus derechos de conseguir acceso y para controlar su informacion protegida de salud. "Informacion protegida de salud" es informacion acerca de usted, inclusive informacion demografica, eso lo puede identificar y relacionar a su pasado, presente o la condiciones futura fisica o mental y los servicios relacionados con el cuidado de su salud.

LOS USOS Y LAS REVELACIONES DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

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

EL TRATAMIENTO

Usaremos y revelaremos su informacion protegida de salud para proporcionar, coordinar, o para manejar su cuidado de salud y algun servicio relacionado. Esto incluye la coordinacion o la administracion de su cuidado de salud con terceros. Por ejemplo, nosotros, revelariamos su informacion protegida de salud, cuando sea necesario, a una agencia buscadora de la salud que proporciona cuidado a usted. Por ejemplo, su informacion protegida de salud puede 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 se necesite para obtener el pago de los servicios del cuidado de la salud. Por ejemplo, la aprobacion que obtiene para un hospital permanente puede requerir que su informacion protegida pertinente a su salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobacion para la admision al hospital.

LAS OPERACIONES DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Podemos usar o podemos revelar, cuando sea necesario, su informacion protegida de salud para sostener las actividades economicas de su medico. Estas actividades incluyen, pero no son limitadas las actividades de la evaluacion de la calidad, las actividades de la revision de empleado, instruccion de estudiantes medicos, de licenciar, y de conducir o arreglar otras actividades economicas. Por ejemplo, nosotros podemos revelar su informacion protegida de salud a estudiantes medicos de escuela que ven a pacientes en nuestra oficina. Ademas, podemos usar una hoja en el escritorio donde se le pedira que firme su nombre e indicar a su medico. Nosotros tambien lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su medico esta listo para verlo. Podemos usar o revelar su informacion protegida de salud, como sea necesario, para avisarle o recordarle de su cita.

Podemos usar o podemos revelar su informacion protegida de salud en las situaciones siguientes sin su autorizacion. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Publica como requerido por ley, Enfermedades Comunicable: Descuido publico de salud:, Abuso o Descuido: Alimento y requisitos Administracion de Droga, Procedimiento Legal o Aplicacion de la Ley, Perseguidores, Directores de Funeral, y Donacion de Organos, Investigacion, Actividad Criminal: Actividad Militar y Seguridad Nacional: Compensacion de trabajadores, Presos, usos para Funeral y el Humano Atiende a investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Seccion 164.500.

**OTROS USOS Y REVELACIONES SE PUEDEN HACER SOLO CON SU CONCENTIMIENTO
AUTORIZACION O OPORTUNIDAD DE NEGAR SI LA LEY NO LO REQUIERE**

USTE PUEDE ANULAR ESTA AUTORIZACION EN CUALQUIER MOMENTO, POR ESCRITO ,EXCEPTO QUE SU MEDICO O MEDICOS DE LA PRACTICA IN RELACION CON EL USO O REVEACION INDICADA EN LA AUTORIZACION

SUS DERECHOS

A continuacion es una declaracion de sus derechos con respect 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 o copiar los registros siguientes; notas de psicoterapia; informacion compilada el la anticipacion razonable , ni del uso en, en una accion civil,criminal ni administrativos, o en informacion protegida de salud que es la ley con sujecion que se prohíbe el acceso a la informacion protegida de la salud.

USTED TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR QUE UNA RESTRICCIÓN DE SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Esto significa que usted nos puede preguntar no tu usar ni revelar en cualquier parte de su informacion protegida de salud para los propósitos del tratamiento, las operaciones del pago ni la asistencia sanitaria. Usted puede solicitar tambien que en cualquier parte de su informacion protegida de salud no sea revelada a miembros de su familia ni amigos que pueden ser implicados en su cuidado ni para propósitos de notificacion como descrito en esta Nota de Practicas de Intimidad. Su pedido debe expresar la restriccion especifica solicitada y a quien usted quiere que la restriccion aplique.

Su medico no es requerido a concordar a una restriccion que usted puede solicitar. Su medico cree en su mejor interes de permitir el uso y la revelacion de su informacion protegida de la salud, su informacion de salud no sera restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro Profesional de Asistencia medica.

USTED PUEDE TENER EL DERECHO DE RECIBIR INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD CONFIDENCIALMENTE

_Sobre el pedido, aunque usted haya concordado en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electronicamente.

USTED PUEDE TENER EL DERECHO DE TENER A SU MEDICO SU INFORMACION PROTEGIDA DE LA SALUD

Si negamos su pedido para la enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaracion del desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutacion a su declaracion y lo proporcionara con una copia de cualquiera tal refutacion.

USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR UN REPORTE DE CIERTAS REVALCIONES QUE HEMOS HECHO DE CUALQUIERA DE SU INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

Reservamos el derecho de cambiar los terminus de esta nota y lo informara por correo de cualquiera cambia. Usted entonces tiene entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

LAS QUEJAS

Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Servicios de Salud y Humano si usted cree que sus derechos de la intimidad han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de la intimidad han sido violados por nosotros. **Nosotros no vengaremos contra usted por presentar una queja.**

Somos requeridos por la ley a mantener la intimidad de, y proporcionar a los individuos esta nota de nuestras practicas legales, de deberes e intimidad con respect a su informacion protegida de salud. Si usted tiene cualquier objeccion a esta forma, pida por favor hablar con nuestro oficial de la conformidad de HIPPA en persona o por telefono en nuestro numero principal de telefono.

La firma debajo es solo reconocimiento que usted ha recibido esta nota de nuestra practica de la Intimidad:

Nombre: _____ Signature _____ Date _____