

AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION ACERCA DE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nosotros utilizamos y revelamos su informacion general sobre su tratamiento, pagos, aseguransa. Operaciones de cuidado de salud, Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o revelar su informacion de salud a un medico o otro proveedor de servicios de salud que le este brindando tratamiento a usted.

Pagos: Podemos usar o revelar su informacion de salud para obtener pagos por los servicios que nosotros le proveemos a usted.

Aseguransa: Podemos revelar informacion general sobre usted para obtener informacion de aseguransa y reclamos.

Operaciones de cuidado de salud: Podemos usar y revelar su informacion de salud en conexcion con nuestras operaciones de cuidado de salud. Operaciones de cuidado de salud incluye calidad, revaluacion sobre calificasion de profesionales de duiado de salud, evaluacion de proveedor, conduciendo programas de entrenamiento, certificado, y actividades de licenciatura.

Su Autorizacion: Usted nos puede dar autorizacion escrita para usar su informacion de salud o para revelar la a alguien por cualquier proposito. Si usted nos da la autorizacion, usted puede revocarla en escrito en cualquier momento.

Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos usar o revelar la informacion de salud para notificar, o ayudar en la notificacion de (incluyendo en la identificacion o localizacion) un familiar, su representante personal o otra persona responsable por su cuidado acerca de su localizacion, su condicion general, o su muerte. En el caso de que se encuentre incapacitado o en circunstancias de emergencia, revelaremos su informacion de salud basandonos en una determinacion usando nuestro juicio profecional y revelando solamente aquella informacion de salud que sea directamente revelante en la participacion de la persona en sus cuiados de salud.

Requirido por ley: Podemos usar o revelar su informacion de salud cuando sea requerido por ley.

Recordatorios de las citas: Podemos usar o revelar su informacion de salud para proveerle recordatorios de las citas (tales como mensajes en el buzón de voz, postales, o cartas.)

Su familia y sus amigos: Debemos revelarle su informacion de salud a usted o algun familiar, amigo o otra persona hasta el grado necesario para ayudar con sus cuidados de salud o con el pago por los cuidados de salud, pero solo si usted esta de acuerdo con el agamos. Esto puede ser autorizado verbalmente o por escrito entre el paciente y la oficina. Para asegurar la privacidad de otros, le pedimos que firme este acuerdo diciendo que usted entiende esta forma y que va a cumplir con las polisas de la oficina. Su firma es una autorizacion escrita que permite a South Suburban Dental and Sleep Center de revelar informacion personal y de salud a otras oficina de cuidado de salud, persona(s) y organizaciones relevada a su tratamiento cuando sea necesario.

Firma del Paciente

Fecha

(solo si el paciente es menor de edad)

Firma de Guardian

Por favor a note a una o mas personas que usted autorizara para que un empleado de South Suburban Dental and Sleep Center pueda revelarle su informacion. Y ponga la relacion con el paciente. (mano escrita)

1) _____ Relacion: _____

2) _____ Relacion: _____

3) _____ Relacion: _____