

**HIPAA Omnibus  
Aviso de Prácticas de Privacidad**

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros Asociados Comerciales y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI) para proceder con su Tratamiento, Pago u Operaciones de Cuidado de su Salud (TPO) y para otros fines que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su Información Médica Protegida. Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer efectivo el aviso revisado o modificado en el futuro. Una copia de nuestra notificación actual siempre se encontrará publicada en nuestra sala de espera. Usted también puede obtener su propia copia accediendo a nuestro sitio web [Blackstonedental.com](http://Blackstonedental.com) o llamando al Oficial de Conformidad al (401)722-4086

Algunos ejemplos de **Información Médica Protegida** incluyen: información acerca de su condición de salud física o mental pasada, presente o futura; información genética o información sobre sus beneficios de salud bajo un plan de seguro, cuando cada uno de ellos se utilice en combinación con su información de identificación personal, como su nombre, dirección, número de seguro social o número de teléfono.

**USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA**

Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de utilizar o compartir su Información Médica Protegida con otros, incluyendo:

**Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida para proporcionar, coordinar o manejar su cuidado médico y los servicios relacionados con el mismo. Por ejemplo, su Información Médica Protegida puede ser proporcionada a un médico a quien se le ha referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle.

**Pago:** Su Información Médica Protegida puede utilizarse, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de atención médica después de que lo hayamos tratado. En algunos casos, podemos

compartir información sobre usted con su compañía aseguradora para determinar si cubrirá el tratamiento.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su Información Médica Protegida con el fin de apoyar las actividades de nuestra práctica, por ejemplo: evaluar la calidad, revisión de empleados, formación de los estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y conducir u organizar otras actividades empresariales.

**Recordatorios de Citas y Servicios y Beneficios relacionados con la Salud:** Podemos utilizar o divulgar su Información Médica Protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle de sus citas o informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con los servicios de salud que puedan ser de interés para usted. Si utilizamos o revelamos su Información Médica Protegida para las actividades de **recaudación de fondos**, le ofreceremos la opción de negarse a participar en estas actividades. También puede decidir seguir participando en ellas.

**Amigos y Familia Involucrados en Su Cuidado:** Si usted no ha manifestado lo contrario, podemos compartir su información médica con un miembro de la familia, pariente o amigo cercano que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención, incluso después de su muerte.

**Socios Comerciales:** Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros "socios comerciales" que necesitan la información con el fin de ayudarnos a obtener pagos o llevar a cabo nuestras operaciones de negocios. Por ejemplo: una empresa de facturación, una firma de contadores o una firma de abogados que nos brinde asesoría profesional. Por ley, los Socios Comerciales deben acatar las regulaciones de HIPAA.

**Prueba de Inmunización:** Podemos divulgar pruebas de inmunización (vacunas) a una escuela sobre un estudiante o futuro alumno, como es requerido por la ley Estatal u otra ley. La autorización (que puede ser oral) puede ser obtenida de un padre, tutor u otra persona que actúe en lugar de los padres, o por el menor emancipado o adulto.

**Divulgaciones Incidentales (casuales):** A pesar de que tomaremos las medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información médica, pueden ocurrir divulgaciones de la misma durante o como un resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones autorizadas de su información médica. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento

pueden ver o escuchar la discusión sobre su información médica.

**Emergencias o Necesidad Pública:**

Podemos utilizar o divulgar su información médica si usted necesita tratamiento de emergencia o si se nos requiere, por ley, que se le trate.

Podemos utilizar o divulgar su Información Médica Protegida sin su autorización en las situaciones siguientes: como sea requerido por la ley, por cuestiones de salud pública, enfermedades transmisibles, abuso, negligencia o violencia doméstica, supervisión de la salud, demandas y disputas, si es requerido por la policía, para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad, para actividades de inteligencia y seguridad nacionales o los servicios de protección, militares y veteranos, reclusos y las instituciones correccionales, compensación de trabajadores, médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, donación de órganos y tejidos y otros usos y divulgaciones requeridas.

Podemos divulgar alguna información médica sobre usted a su empleador si su empleador nos contrata para proporcionarle un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o una enfermedad relacionada con el trabajo de la cual su empleador debe tener conocimiento para cumplir con las leyes de empleo. Bajo la ley, nosotros también debemos revelar su Información Médica Protegida cuando sea requerido por la Secretaría del Departamento de Salud y Recursos Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos establecidos en la sección 164.500.

**REQUERIMIENTO DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Hay ciertas situaciones en las cuales debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla, incluyendo:

**La Mayor parte de los Usos de las Notas de Psicoterapia,** cuando sea apropiado.

**Mercadotecnia:** No podemos divulgar ninguna información sobre su salud para fines de mercadeo si nuestra práctica recibe un pago financiero directo o indirecto por la misma y que no esté relacionado (razonablemente) con el costo de los gastos de comunicación de nuestra práctica.

**Venta de Información Médica Protegida:** No venderemos su Información Médica Protegida a terceros.

**Usted puede revocar la autorización por escrito,** en cualquier momento, excepto cuando ya la

hayamos utilizado. Para revocar una autorización por escrito, por favor escriba al Oficial de Conformidad (Privacy Officer) a nuestra oficina. Usted también puede iniciar la transferencia de sus archivos a otra persona completando un formulario de autorización por escrito.

#### **DERECHOS DE LOS PACIENTES**

**Derecho a Revisar y Copiar los Records.** Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica, incluyendo sus records médicos y de facturación. Para revisar u obtener una copia de su información médica, por favor envíe su solicitud por escrito a las oficinas de nuestra práctica. Podemos cobrarle una cuota por los costos de copiado, envío u otros materiales. Si desea una copia electrónica de su información médica, le proporcionaremos una siempre y cuando podamos producir dicha información en la forma en la que usted nos lo solicita. En algunas circunstancias, podemos negarle la solicitud. Bajo ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada y con anticipación razonable de, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información médica protegida restringida por la ley, información relacionada con una investigación médica en la que usted haya accedido a participar, información cuya divulgación pueda ocasionar daño o lesión a usted o a otra persona, o información que fuese obtenida bajo la promesa de confidencialidad.

**Derecho a Modificar los Registros.** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, usted puede solicitar una enmienda de la misma por escrito. Si denegamos su solicitud, nosotros le proporcionaremos una notificación por escrito explicando las razones. Usted tendrá el derecho a tener cierta información relacionada a su solicitud incluida en sus registros.

**Derecho a un Record de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones" cada 12 meses, exceptuando aquellas divulgaciones hechas con la autorización (por escrito) del paciente o de sus representantes; para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico cuando sea requerido por la ley, o (6) seis años antes de la fecha de la solicitud. Para obtener un formulario de solicitud para un record de divulgaciones, por favor diríjase al Oficial de Conformidad (Privacy Officer).

**Derecho a Recibir Notificación de Violación.** Usted tiene el derecho de ser notificado dentro de los sesenta (60) días después de que se haya descubierto una violación a su información médica desprotegida si hay más que una mínima probabilidad de que dicha información haya sido comprometida.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos aún más la forma en que usamos y compartimos su información médica para tratar su condición, cobrar el pago para ese tratamiento, ejecutar nuestras operaciones normales de negocio o revelar su información a familiares o amigos involucrados en su cuidado. Su petición debe indicar las restricciones específicas solicitadas y a quién quiere que se le aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud, excepto si usted solicita que el médico no divulgue Información Médica Protegida a su aseguradora cuando usted haya pagado el total de éstos gastos de su bolsillo.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros le contactaremos para tratar sus asuntos médicos de una manera más confidencial, como por ejemplo llamando a su trabajo en lugar de a su casa. Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición, y trataremos de complacer todas las solicitudes siempre y cuando sean razonables.

**Derecho a que Alguien Actúe en su Nombre.** Usted tiene el derecho a nombrar a un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Los padres y tutores tendrán, generalmente, el derecho de controlar la privacidad de la información médica de los menores de edad, a menos que los menores estén permitidos por la ley para actuar en su propio nombre.

**Derecho a Obtener una Copia de los Avisos.** Si usted está recibiendo este Aviso por vía electrónica, tiene el derecho a tener una copia impresa de éste Aviso.

**Derecho a Presentar una Queja.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros, usted puede presentar una queja llamando al Oficial de Conformidad al (401) 722-4086 o a la Secretaría del Departamento de Salud y Recursos Humanos. No dejaremos de atenderle ni tomaremos represalias en caso de que presente una queja.

**Uso y Divulgación Donde Pueden Aplicar Protecciones Especiales.** Algunos tipos de información, tal como la relacionada al tratamiento del abuso de alcohol y otras sustancias, el VIH, la salud mental, psicoterapia e información genética, se consideran tan sensibles que las leyes estatales o federales proporcionan protecciones especiales para ellas. Por lo tanto, algunas partes de este Aviso de Prácticas de Privacidad pueden no aplicarse a estos tipos de información. Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de las formas en las que estos

tipos de información pueden ser usados o divulgados, por favor hable con su proveedor de cuidado médico.

---

## **Blackstone Dental**

**1044 Broad St.  
Central Falls**

**RI 02863**

**Teléfono: (401) 722-4086**

**Fax: (401) 475-1811**

## **Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, 1996)**

### **HIPAA OMNIBUS AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Efectivo Abril 14, 2003**

**Revisado: Marzo 25, 2013**

**Al firmar el Acuse de Recibo, usted solo está confirmando que recibió o que le han ofrecido la oportunidad de recibir, una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**