

AVISO DE PRIVACIDAD BRACES BY GARCIA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Su información de salud protegida (es decir, información de identificación individual, como nombres, fechas, números de teléfono / fax, correo electrónico y domicilios, número de seguro social y fecha demográfica) puede ser usada o divulgada por nosotros en uno o más de los siguientes aspectos:

- A otros proveedores de atención médica (es decir, su dentista general, cirujano oral, etc.) en relación con nuestro tratamiento de ortodoncia (es decir, para determinar los resultados de limpiezas, cirugía, etc.)
- A terceros pagadores o cónyuges (es decir, compañías de seguros, empleadores con administradores de reembolso directo de cuentas de gastos flexibles, etc.) para obtener el pago de su cuenta (es decir, para determinar los beneficios, las fechas de pago, etc.)
- Para certificar organismos de licencias y acreditación (es decir, la Junta Americana de Ortodoncia, juntas dentales estatales, etc.) en relación con la obtención de la certificación, licencia o acreditación o uso en estudios, investigaciones y presentaciones educativas.
- Internamente, a todos los miembros del personal que tienen algún rol en su tratamiento y para mostrar nombres de pacientes o fotografías en tableros de anuncios, monitores y nuestro sitio web, y en cualquier plataforma adicional de mercadotecnia tradicional o digital.
- A otros pacientes y terceros que puedan ver o escuchar divulgaciones incidentales sobre su tratamiento, programación, etc.
- A su familia y amigos cercanos involucrados en su tratamiento.
- Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud protegida se realizará solo después de obtener su autorización por escrito, la cual tiene derecho a revocar.

De acuerdo con las nuevas reglas de privacidad, tiene derecho a:

- Solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida
- Solicitar comunicación confidencial de su información de salud protegida
- Inspeccionar y obtener copias de su información de salud protegida haciéndonos la petición
- Enmendar o modificar su información de salud protegida en ciertas circunstancias
- Recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros sobre su información de salud protegida
- Puede, sin riesgo de represalias, quejarse sobre cualquier violación por nuestra parte de sus derechos de privacidad con nosotros (al presentar consultas a nuestra Persona Encargada de Asuntos de Privacidad en nuestra dirección) o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (lo cual debe ser presentado dentro de los 180 días de la violación)

Tenemos las siguientes obligaciones bajo las reglas de privacidad:

- Por ley, a mantener la privacidad de la información de salud protegida y proporcionarle este aviso que establece nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso de Privacidad que actualmente está en vigencia
- Informarle sobre nuestro derecho a cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos y que si lo hacemos, le proporcionaremos una copia del Aviso revisado

Tenga presente que no estamos obligados a:

- Honrar cualquier solicitud suya de restringir el uso o divulgación de su información de salud protegida
- Proporcionar un ambiente totalmente libre de la posibilidad de que otros pacientes y terceros puedan escuchar su información de salud protegida.
- Modificar su información de salud protegida si, por ejemplo, es precisa y completa

Este aviso de privacidad es efectivo a partir de la fecha de su firma, reconociendo que ha recibido y revisado este aviso.

Paciente

Firma de Padre/Madre o Guardián

Fecha