Aviso de prácticas de privacidad

Este Aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted o su hijo y cómo usted puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

I. Práctica odontológica contemplada en este Aviso

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Children's Dental Surgery ("Práctica odontológica"). "Nosotros" y "nuestro/a" hace referencia a la Práctica odontológica. "Usted" y "su" significa nuestro paciente.

II. Cómo ponerse en contacto con nosotros/nuestro responsable de privacidad

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este Aviso, puede ponerse en contacto con el responsable de privacidad de Chord Specialty Dental Partners:

Privacy Officer
1801 West End Ave., Suite 410
Nashville, TN 37203
(484) 787-2943
compliance@chordsdp.com

III. Nuestra promesa a usted y nuestras obligaciones legales

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y nos comprometemos a protegerla. Este Aviso describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y para otros fines que están permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. La información sanitaria protegida es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarle y que está relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, así como con los servicios sanitarios relacionados. La ley nos obliga a:

- Mantener la privacidad de su información médica protegida
- Entregarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a esa información, y
- Cumplir con los términos del Aviso que esté actualmente en vigor.

u Fecha de la última revisión

Este Aviso se revisó por última vez el 1 de Febrero de 2025.

u Cómo podemos utilizar o divulgar su información médica

Los siguientes ejemplos describen diferentes formas en las que podemos utilizar o divulgar su información médica. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos. La ley nos permite utilizar y divulgar su información médica para los siguientes fines:

i. Usos y divulgaciones comunes

a. Tratamiento: Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios dentales, como la limpieza o el examen de sus dientes o la

realización de procedimientos dentales. Podemos revelar información sanitaria sobre usted a especialistas dentales, médicos u otros profesionales de la salud que participen en su atención.

b. Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago de los planes de salud y las aseguradoras por la atención que le proporcionamos.
c. Operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su información médica en relación con las operaciones de atención médica necesarias para el funcionamiento de nuestra práctica, lo que incluye la revisión de nuestros tratamientos y servicios, la capacitación, la evaluación del rendimiento de nuestro personal y de los profesionales de la salud, la garantía de calidad, las auditorías financieras o de facturación, los asuntos legales y la planificación y el desarrollo comercial.
d. Recordatorios de citas: Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando nos pongamos en contacto con usted para recordarle una cita con el dentista. Podemos ponernos en contacto con usted mediante una tarjeta postal, una carta, una llamada telefónica, un mensaje de voz, un mensaje de texto o un correo electrónico.
e. Divulgación a familiares y amigos: Podemos revelar su información médica a un familiar o amigo que participe en su cuidado o en el pago de su atención si usted no se opone o, en el caso de que no esté presente, si creemos que hacerlo es lo mejor para usted.
f. Divulgación a socios comerciales: Podemos divulgar su información médica protegida a nuestros proveedores de servicios externos (denominados "socios comerciales") que realizan funciones en nuestro nombre o nos prestan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar un socio comercial para que nos ayude a mantener nuestro software de gestión de la práctica. Todos nuestros socios comerciales están obligados, en virtud de un contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no están autorizados a utilizar ni divulgar ninguna información que no esté especificada en nuestro contrato.

ii. Usos y divulgaciones menos comunes

a. Divulgaciones exigidas por la ley: Podemos utilizar o divulgar la información sanitaria de los pacientes en la medida en que la ley nos lo exija. Por ejemplo, estamos obligados a revelar la información sanitaria del paciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para que pueda investigar las quejas o determinar nuestro cumplimiento de la HIPAA.
b. Actividades de salud pública: Podemos revelar información sanitaria de los pacientes para actividades y fines de salud pública, que pueden incluir: la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades, la notificación de nacimientos o fallecimientos, la notificación de abusos o negligencias infantiles, la notificación de reacciones adversas a medicamentos o alimentos, la notificación de defectos de productos, la posibilidad de retirar productos del mercado y la

notificación a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

c. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos revelar información médica a la autoridad gubernamental correspondiente sobre un paciente que creamos que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
d. Actividades de supervisión sanitaria: Podemos revelar la información sanitaria del paciente a una agencia de supervisión sanitaria para las actividades necesarias a fin de que el Gobierno proporcione una supervisión adecuada del sistema de atención sanitaria, de ciertos programas de beneficios gubernamentales y del cumplimiento de ciertas leyes de derechos civiles.
e. Demandas y acciones legales: Podemos revelar la información sanitaria del paciente en respuesta a (i) una orden judicial o administrativa o (ii) una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal que no sea ordenado por un tribunal, si se han hecho esfuerzos para notificar al paciente o para obtener una orden que proteja la información solicitada.
f. Propósitos de seguridad: Podemos revelar su información médica a un agente policial para un propósito relacionado con el cumplimiento de la ley, como identificar o localizar a un sospechoso, un testigo material o una persona desaparecida, o alertar a los cuerpos de seguridad sobre un delito.
g. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos revelar su información médica a un médico forense, examinador médico o director de funeraria para permitirle llevar a cabo sus funciones.
h. Donación de órganos, ojos y tejidos: Podemos utilizar o divulgar su información médica a organizaciones de obtención de órganos u otras que obtengan, almacenen o trasplanten órganos, ojos o tejidos cadavéricos para su donación y trasplante.
i. Fines de investigación: Podemos utilizar o divulgar su información con fines de investigación de acuerdo con la aprobación de la exención de la autorización del paciente por parte de una Junta de Revisión Institucional o de la Junta de Privacidad.
j. Amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos utilizar o divulgar su información médica si creemos que es necesario hacerlo para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
k. Funciones gubernamentales especializadas: Podemos revelar su información médica a las fuerzas armadas (nacionales o extranjeras) sobre sus miembros o veteranos, para la seguridad nacional y los servicios de protección del presidente u otros jefes de estado, al Gobierno para las revisiones de autorización de seguridad y a una cárcel o prisión sobre sus reclusos.

l. Compensación a los trabajadores: Podemos divulgar su información médica para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

VI. Su autorización por escrito para cualquier otro uso o divulgación de su información médica

Los usos y divulgaciones de su información médica protegida que impliquen la divulgación de notas de psicoterapia (si las hay), la comercialización, la venta de su información médica protegida u otros usos o divulgaciones no descritos en este aviso se harán solo con su autorización escrita, a menos que la ley permita o exija lo contrario. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que esta oficina haya tomado una acción en función del uso o la divulgación indicados en la autorización. En el caso de que un uso o divulgación de la información médica protegida descrita anteriormente en este Aviso esté prohibido o limitado materialmente por otras leyes que se apliquen al uso, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

VII. Sus derechos con respecto a su información sanitaria

Posee los siguientes derechos con respecto a cierta información sanitaria que tenemos sobre usted (información en un conjunto de registros designados según la definición de la HIPAA). Para ejercer cualquiera de estos derechos, debe presentar una solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad, el cual figura en la primera página de este Aviso.

i. Derecho de acceso y revisión: Puede solicitar el acceso y la revisión de una copia de su información sanitaria. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias. Recibirá una notificación por escrito de la denegación y podrá apelarla. Le proporcionaremos una copia de su información sanitaria en el formato que solicite si es fácilmente producible. Si no es así, se la proporcionaremos en un formato impreso o en otro formato que se acuerde mutuamente. Si su información sanitaria está incluida en un registro sanitario electrónico, tiene derecho a obtener una copia de la misma en formato electrónico. Podemos cobrar una tarifa razonable para cubrir el costo de proporcionarle copias de su información de salud.

ii. Derecho a modificar: Si cree que su información sanitaria es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que la modifiquemos. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias. Recibirá una notificación por escrito de la denegación y podrá presentar una declaración de desacuerdo que se incluirá con la información sobre su salud que considere incorrecta o incompleta.

iii. Derecho a restringir el uso y la divulgación: Puede solicitar que restrinjamos el uso de su información médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica o a su familiar o amigo implicado en su atención del pago de su atención. Podemos (y no estamos obligados a) aceptar sus restricciones solicitadas, con una excepción; si paga de su bolsillo la totalidad de un servicio que recibe de nosotros y solicita que no presentemos el reclamo de este servicio a su aseguradora o plan de salud para su reembolso, debemos cumplir con esa solicitud.

iv. Derecho a comunicaciones confidenciales, medios y lugares alternativos: Puede solicitar recibir comunicaciones de información sanitaria por medios alternativos o en un lugar alternativo. Accederemos a una solicitud si es razonable e indica que la comunicación por los medios habituales podría ponerle en peligro. Cuando presente una solicitud por escrito al responsable de privacidad que figura en la primera página de este Aviso, deberá

proporcionar un medio de contacto alternativo o una dirección alternativa e indicar cómo se gestionará el pago de los servicios.

v. Derecho a un recuento de las divulgaciones: Tiene derecho a recibir un recuento de las divulgaciones de su información médica durante los seis (6) años anteriores a la fecha en que se solicite el recuento, excepto en el caso de las divulgaciones para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones de atención médica (y algunas otras excepciones previstas por la HIPAA). La primera rendición de cuentas que proporcionemos en cualquier periodo de 12 meses. Notificaremos las solicitudes posteriores de rendición de cuentas dentro del mismo periodo de 12 meses. Le notificaremos esta tarifa por adelantado, y usted podrá optar por modificar o retirar su solicitud en ese momento.

vi. Derecho a una copia en papel de este aviso: Tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia en papel del Aviso en cualquier momento (incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente). Para obtener una copia en papel, solicítela al responsable de privacidad.

vii. Derecho a recibir una notificación de una violación de la seguridad: La ley nos obliga a notificarle si se ha violado la privacidad o la seguridad de su información médica. La notificación se realizará por correo de primera categoría dentro de los sesenta (60) días posteriores al suceso. Se produce una infracción cuando ha habido un uso o una divulgación no autorizada según la HIPAA que compromete la privacidad o la seguridad de su información sanitaria. La notificación de la violación contendrá la siguiente información: (1) una breve descripción de lo sucedido, incluida la fecha de la violación y la fecha del descubrimiento de la misma; (2) las medidas que debe tomar para protegerse de los posibles daños resultantes de la violación; y (3) una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar la violación, mitigar las pérdidas y protegernos contra nuevas violaciones.

viii. Protecciones especiales para la información sobre el VIH, el alcohol y el abuso de sustancias, la salud mental y la información genética: Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir protecciones especiales de la privacidad que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información sanitaria, incluida la información relacionada con el VIH, el alcohol y el abuso de sustancias, la información sobre la salud mental y la información genética. Por ejemplo, un plan de salud no está autorizado a utilizar o divulgar información genética con fines de suscripción. Algunas partes de este Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA pueden no aplicarse a este tipo de información. Si su tratamiento implica esta información, puede ponerse en contacto con nuestra oficina para obtener más información sobre estas protecciones.

ix. Nuestro derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y este aviso: Nos reservamos el derecho a cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la información sanitaria que tengamos sobre usted o que creemos o recibamos en el futuro. Revisaremos rápidamente el Aviso cuando se produzca un cambio sustancial en los usos o divulgaciones, en los derechos de la persona, en nuestros deberes legales o en otras prácticas de privacidad comentadas en este Aviso.

Publicaremos el Aviso revisado en nuestro sitio web (si procede) y en nuestra oficina y le proporcionaremos una copia del mismo si lo solicita.

VIII. Cómo presentar quejas sobre la privacidad

Si tiene alguna queja sobre sus derechos de privacidad o sobre la forma en que se ha utilizado o divulgado su información médica, puede presentar una queja ante nosotros poniéndose en contacto con nuestro responsable de privacidad, el cual figura en la primera página de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ningún tipo de represalia contra usted si decide presentar una queja.

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Acuse de recibo de prácticas de privacidad de la HIPAA

Por favor, lea con cuidado la siguiente declaración:

Propósito del consentimiento: Al firmar el presente formulario, usted otorga su consentimiento para que utilicemos y divulguemos su información de salud protegida (o la de su hijo(a)) con el fin de llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. También reconoce que se le dio acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la compañía.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir firmar o no el presente consentimiento. Este aviso ofrece una descripción de cómo se utiliza su información (o la de su hijo(a)) con el fin de garantizar el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica, y describe los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y otros asuntos importantes en relación con su información de salud protegida y sus derechos como paciente de acuerdo con la HIPAA. Le recomendamos que lo lea cuidadosamente y en su totalidad antes de firmar este consentimiento.

Puede obtener en cualquier momento una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (incluyendo cualquier revisión de nuestro aviso) en el consultorio dental, en nuestro sitio web o si se pone en contacto con el Funcionario de Privacidad:

Título: Privacy Officer
Dirección: 1801 West End Ave., Suite 410, Nashville, TN 37203

Cambios a las prácticas de privacidad: Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad según se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado, el cual contendrá dichos cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier parte de la información de salud protegida suya (o de su hijo(a)) que conservemos.

Derecho a revocar: Usted tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante un aviso por escrito de su revocación, el cual deberá enviarse a la persona de contacto indicada a continuación. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos emprendido con base en este consentimiento antes de recibir su revocación y que podemos negarnos a atenderlo a usted (o a su hijo(a)) si revoca este consentimiento.

Reconocimiento

He tenido la oportunidad plena de leer y evaluar el contenido de este formulario de consentimiento y su Aviso de Prácticas de Privacidad. Comprendo que, al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida (y la de mi hijo(a)) para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica, según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____

Nombre del firmante: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para uso exclusivo del consultorio

Intentamos obtener un reconocimiento por escrito de la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad; sin embargo, no fue posible obtenerlo por el siguiente motivo:

- ☐ La persona se negó a firmar
- ☐ Las barreras en la comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- ☐ Una situación de emergencia impidió que obtuviéramos el reconocimiento
- ☐ Otro (por favor, especifique): _____

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Autorización HIPAA para compartir información médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Uso del formulario: Este formulario se utiliza para autorizar a compartir Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a ciertas personas y/o instituciones. Al enviar este formulario, reconozco que entiendo y acepto que:

- Esta autorizaci· n es voluntaria y caducar§ un (1) a¶o despu® de la fecha de la ¼tima visita del paciente. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito presentado a la clínica, y la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido compartida.
- La información sobre mi salud puede contener datos generados por otras personas o instituciones, incluidos los proveedores de atención médica, y puede contener información médica, farmacéutica, odontológica, oftalmológica, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades transmisibles y de programas de atención médica.
- No se podrá negarme el tratamiento si no firmo este formulario, excepto (1) si mi tratamiento está relacionado con la investigación, o (2) si me prestan servicios médicos con el único fin de crear PHI para ser compartida a terceros.
- Mi información médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y si el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.

Quién puede recibir y comunicar sus datos: Autorizo a compartir mi información médica identificable individualmente a la(s) siguiente(s) persona(s) y/u organización(es).

Nombre	Código de área + Teléfono	Relación con el paciente	Tipo de información	Observaciones
			☐ Toda la información de salud ☐ Otros: Ver comentarios	
			☐ Toda la información de salud ☐ Otros: Ver comentarios	
			☐ Toda la información de salud ☐ Otros: Ver comentarios	
			☐ Toda la información de salud ☐ Otros: Ver comentarios	

El/los tipo(s) de información identificado(s) anteriormente puede(n) ser compartido(s) a la(s) persona(s) y/u organización(es) identificada(s) a continuación:

☐ A petición mía o de la persona u organización

☐ Solo para los siguientes fines: _____
(No es necesario indicar la finalidad si la solicitud la realiza el paciente y el paciente no desea indicar la misma.)

Reconocimiento: Entiendo que:

- Es posible que no se exija a la empresa mencionada que acepte la(s) restricción(es) solicitada(s). Incluso si se deniega la restricción, los pacientes y sus representantes autorizados tendrán generalmente la oportunidad de aceptarla o rechazarla antes de que se comparta a las personas implicadas en la atención al paciente. Si la empresa mencionada acepta una restricción solicitada, será vinculante salvo en caso de tratamiento de urgencia. Si la información restringida se comparte para un tratamiento de emergencia, la empresa mencionada solicitará al proveedor que no siga usando y/o compartiendo dicha información.
- Puedo solicitar comunicaciones confidenciales de mi información médica por medios alternativos o a un lugar alternativo. No obstante, entiendo que dicha solicitud solo es aplicable a la información en poder de la empresa mencionada y que la divulgación por medios alternativos puede no estar protegida y ponerme en peligro. Entiendo que las solicitudes de comunicaciones electrónicas (como por fax y correo electrónico) pueden ser interceptadas por terceros y que la empresa mencionada no es responsable si se producen dichas interceptaciones.

_____ _____
Firma del paciente o de su representante Fecha

_____ _____
Nombre en letra de imprenta del paciente o de su representante Relación con el paciente (si corresponde)

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO

Children's Dental Surgery

PARA USO ADMINISTRATIVO

Nº del paciente: _____

Solicitud de registros: autorización para la divulgación de registros de pacientes

Información del paciente

Nombre: _____ Dirección: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Ciudad: _____

Nº de teléfono: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Divulgación y entrega de registros

Deseo recibir mis registros en el siguiente formato de entrega (*marque todo lo que corresponda*):

- ☐ Entrega a domicilio (*si la dirección es la misma que la anterior*)
- ☐ Correo electrónico* _____
- ☐ Recogida en persona
- ☐ Enviar a otro destinatario
- ☐ Fax del destinatario*: _____
- ☐ Correo electrónico del destinatario*: _____

Nombre del destinatario: _____

_____ Dirección postal: _____

_____ Ciudad: _____

_____ Estado: _____

Código postal: _____

Registros que deben publicarse

☐ Todas las fechas de servicio ☐ Las siguientes fechas de servicio: _/____/_____a _____/_____/_____

☐ Todos los registros clínicos/dentales ☐ Todas las radiografías (rayos X)

☐ Notas de la visita clínica/dental ☐ Otro: _____

Motivo de la publicación

☐ Traslado a dentista general ☐ Derivación o especialista ☐ Segunda opinión ☐ Mudanza/traslado

☐ Otro: _____

Autorización

Al firmar este formulario, autorizo a la empresa mencionada a divulgar la información médica protegida (PHI) y otros registros del paciente que figura en este formulario. Además, reconozco que por ley la empresa tiene hasta 30 días para responder a esta solicitud de registros. Entiendo que puede aplicarse una tarifa razonable basada en los costos por una copia de los registros que tendré la oportunidad de aceptar u objetar. Se pueden añadir gastos de envío para las solicitudes por correo.

Mi autorización caducará automáticamente ciento ochenta (180) días después de la fecha de la firma. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito, y la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada. La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales pertinentes. Mi negativa a firmar esta autorización no afectará a mi capacidad para recibir tratamiento. Al firmar este formulario, entiendo que autorizo a la empresa a divulgar la información descrita anteriormente.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Puede enviar este formulario en persona o por fax al centro mencionado en este comunicado o puede enviar este formulario por correo electrónico a recordsrequest@chordsdp.com

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Queja en relación con la privacidad del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____

Descripción de la violación de los derechos a la privacidad

Describa brevemente lo que ocurrió. ¿Cómo y por qué considera que fueron violados sus derechos (o los de alguien más) a la privacidad de la información de salud o la regla de privacidad? Por favor, sea lo más específico posible. (Adjunte páginas adicionales según sea necesario)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Cuándo considera que ocurrió la violación a los derechos a la privacidad de la información de salud? Mencione la(s) fecha(s):

_____ ☐ Desconocida(s)

¿Ya ha compartido esta información con algún empleado de la compañía? ☐ Sí ☐ No

Si contestó afirmativamente, proporcione el nombre del(de los) empleado(s) notificado(s):

_____

¿Está llenando esta queja en nombre de alguien más? ☐ Sí ☐ No

Si contestó afirmativamente, proporcione su información de contacto:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Fax: _____

Puede enviar este formulario por correo postal, correo electrónico en persona al centro o al responsable de privacidad.

Attn: Privacy Officer
1801 West End Ave., Suite 410, Nashville, TN 37203
compliance@chordsdp.com

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Solicitud de contabilidad de divulgaciones

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

_____

Solicito la contabilidad de la divulgación de ☐ Registros clínicos/dentales ☐ Registros de facturación

En el rango de fechas: _____ a _____

☐ Todas las fechas dentro de los seis (6) años anteriores a la fecha de la firma de este comunicado

La contabilidad debe entregarse a:

Nombre: _____

Dirección: _____

_____

_____

Fax: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Método de entrega:

☐ Recolección en persona en instalaciones (papel)

☐ Correo postal de EE. UU. (papel)

☐ Fax

☐ Correo electrónico

Al solicitar que se envíen los registros vía fax o correo electrónico, usted reconoce el riesgo inherente que implica enviar registros de forma electrónica, y la compañía no se hace responsable de la confidencialidad e integridad de los datos que se envían a destinatarios de fax o correo electrónico no seguros.

Reconocimientos

Al firmar este formulario, reconozco que esta contabilidad de divulgación incluirá todas las divulgaciones, **excepto**:

- para llevar a cabo mi tratamiento, procesar pagos para mi atención médica o realizar las operaciones comerciales de atención médica del consultorio
- para el paciente, su(s) tutor(es) legal(es) o representante(s) autorizado(s)
- las que son divulgaciones accidentales hechas en conexión con el uso o divulgación permitidos o requeridos por la HIPAA
- para las personas involucradas en el cuidado del paciente o como parte de un directorio de pacientes internos
- las que se realicen en virtud de una autorización de divulgación de información firmada por el paciente, su(s) tutor(es) legal(es) o su(s) representante(s) autorizado(s)
- con fines de seguridad nacional o inteligencia, para instituciones penitenciarias o para autoridades de seguridad pública bajo ciertas circunstancias
- para instituciones penitenciarias o para autoridades de seguridad pública bajo ciertas circunstancias
- como parte de un conjunto limitado de datos, cuando el receptor haya firmado un acuerdo de uso de datos, cuando se divulguen con fines de investigación, salud pública o para determinadas operaciones de atención médica

Entiendo que puedo recibir la primera contabilidad de las divulgaciones en un periodo de 12 meses sin cargo alguno. Entiendo que si solicito una segunda contabilidad o una contabilidad subsecuente en un periodo de 12 meses se me cobrará una cuota fija por ella. Esta cuota se destina a cubrir el costo de suministros, trabajo y estampillas postales asociadas con el copiado. También entiendo que, si no pido que procedan con mi solicitud, puedo modificarla para reducir la tarifa o retirar mi solicitud y no pagar cuota alguna.

Entiendo que la compañía debe proporcionar la contabilidad de las divulgaciones en un plazo de 60 días a partir de mi solicitud o notificarme que es necesaria una prórroga única de 30 días adicionales (o menos) para preparar una contabilidad de las mismas.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Puede enviar este formulario por correo postal, correo electrónico o en persona al centro o al responsable de privacidad.

Attn: Privacy Officer
1801 West End Ave., Suite 410, Nashville, TN 37203
compliance@chordsdp.com

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Solicitud para corregir registro

Nombre del paciente: _____ FDN (DD/MM/AA): _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

_____

Solicito la corrección de ☐ Registros clínicos/dentales ☐ Registros de facturación

Fecha de la entrada a ser corregida _____

Descripción de la información a ser corregida

Por favor, proporcione una explicación de por qué la entrada es incorrecta o está incompleta.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Notificación a otras partes

Autorizo a la compañía a realizar esfuerzos razonables para notificar a otras partes (proveedores, instalaciones, compañía de seguros, etcétera) que la compañía sabe que recibieron en el pasado la información arriba mencionada y que puedan haberse basado o sea probable que se basen en dicha información de una forma que pueda resultar perjudicial para mi atención médica. ☐ Sí ☐ No

Autorización

Entiendo que solo la información que sea imprecisa o esté incompleta puede corregirse y que la compañía está obligada a negar solicitudes que no cumplan con los requisitos establecidos por la ley HIPAA. Entiendo que la compañía tiene 60 días para considerar mi solicitud de corrección, y si se me niega, se me proporcionará una explicación por escrito de la negativa y las opciones para apelar la misma.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Puede enviar este formulario por correo postal, correo electrónico o en persona al centro o al responsable de privacidad.

Attn: Privacy Officer
1801 West End Ave., Suite 410, Nashville, TN 37203
compliance@chordsdp.com

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Solicitud HIPAA para la comunicación
de información médica protegida de forma alternativa

Finalidad: este formulario se utiliza para solicitar que la empresa citada proporcione toda la Información médica protegida (PHI en inglés) mediante un medio o una manera alternativa. Usted puede presentar esta solicitud en cualquier momento notificándolo por escrito a la persona de contacto que figura en nuestro Aviso de prácticas de confidencialidad. Sólo puede solicitar una forma o un método confidencial o alternativo de comunicación de la PHI para usted o en caso de que sea el representante legal de un paciente.

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ N.º del expediente médico:_____

***Si lo solicita un representante legal (padre, tutor, apoderado)*

Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

2. SOLICITUD

Por la presente solicito recibir comunicaciones confidenciales o alternativas de la empresa citada en relación con mi estado de salud, atención, tratamiento, servicios o pagos de una manera alternativa (marque todo lo que corresponda):

☐ A un número de teléfono distinto del número principal que figura en mi expediente:_____

☐ En una dirección postal distinta a la de mi domicilio.

Dirección postal preferida: _____

_____

_____

☐ Otro. Especifique: _____

3. FIRMA

Entiendo que si la empresa indicada acepta proporcionarme información confidencial sobre mi atención médica a través de la forma y el método alternativos indicados anteriormente, la empresa indicada puede someter este acuerdo a las siguientes condiciones:

a. La recepción de información por mi parte sobre cómo se gestionará el pago de los servicios de la empresa mencionada.
b. La especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto.

Firma: _____ Fecha: _____

Children's Dental Surgery

PARA USO DEL CONSULTORIO

Patient ID#: _____

Revocación de la solicitud HIPAA para la comunicación de información médica protegida de forma alternativa

Finalidad: este formulario se utiliza para revocar o confirmar la revocación de una Solicitud de Comunicación Confidencial o por medios alternativos de la PHI. Usted puede presentar esta revocación en cualquier momento notificándolo por escrito a la persona de contacto que figura en nuestro Aviso de prácticas de confidencialidad. Sólo podrá revocar una Solicitud de comunicación confidencial o por medios alternativos de la PHI que haya realizado para usted o si actúa como representante legal del paciente. Esta revocación no afectará a ninguna medida que hayamos tomado sobre la base de una solicitud inicial de comunicación confidencial o por medios alternativos de la PHI antes de recibir este aviso de revocación.

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ N.º del expediente médico: _____

***Si lo solicita un representante legal (padre, tutor, apoderado)*

Nombre del representante: _____ Relación con el paciente: _____

2. DECLARACIÓN DE REVOCACIÓN

Revoco mi Solicitud de comunicación confidencial o por medios alternativos para el uso o divulgación de mi información médica protegida.

Entiendo que esta revocación no afectará a ninguna de las medidas que la empresa citada u otros hayan tomado basándose en mi anterior Solicitud de comunicación confidencial o por medios alternativos de la PHI y antes de recibir esta revocación por escrito.

Fecha de la solicitud de restricción (si se conoce): _____ / _____ / _____

Descripción específica de la solicitud de la restricción que se desea revocar (por ejemplo: enviar por fax todos los informes a mi número de fax personal xxx-xxx-xxxx):

_____

_____

3. FIRMA

Para ser válida, esta revocación de la solicitud de comunicación confidencial o por medios alternativos se debe firmar y fechar por la persona mencionada en la sección 1.

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta Revocación de la solicitud de comunicación confidencial o por medios alternativos.

Firma: _____ Fecha: _____