



GOsmiles@orthoguzman.com ■ (813) 887-5555 ■ www.orthoguzman.com

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUDIESE 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 / impuestos, direcciones de correo electrónico, domicilios, números de seguro social e información demográfica) pueden ser utilizados o divulgados 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 su tratamiento de ortodoncia.
- A terceras entidades (es decir, compañías de seguros, empleadores, administradores de cuentas de gastos flexibles, etc.) para obtener pago de su cuenta (es decir, para determinar beneficios, fechas de pago, presentación electrónica del seguro).
- A organizaciones o entidades proveyendo certificación, licencia y/o acreditación (es decir, la Asociación Americana de Ortodoncia, asociaciones dentales estatales, etc.) con motivos de obtención de certificación, licencia o acreditación.
- Internamente, a todos los miembros del personal que tienen algún rol en su tratamiento.
- A otros pacientes y terceros que pudiesen sin intención ver o escuchar divulgaciones incidentales sobre su tratamiento.
- A su familia y amigos cercanos involucrados en su tratamiento.
- Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre el tratamiento, alternativas u otros beneficios y servicios relacionados con su 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, que tiene usted el derecho a revocar.

Según las nuevas reglas de privacidad, Usted 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.

- Enmendar o modificar su información de salud protegida en ciertas circunstancias.
- Recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros de su información de salud protegida.
- Puede, sin riesgo a represalias, presentar una queja sobre cualquier violación de nuestra parte de su derecho de privacidad (contacte el empleado encargado de privacidad en nuestra oficina) o el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (esto debe realizarse entre los 180 días de la violación).

Tenemos las siguientes obligaciones bajo las reglas de privacidad:

- Por ley, Debemos de mantener la privacidad de la información de salud protegida y debemos también 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 está actualmente vigente.
- Informarle sobre nuestro derecho a cambiar los términos de este Aviso de Privacidad y hacer el nuevo aviso disponible y vigente para toda la información de salud protegida y a la misma vez, proporcionarles con una copia del aviso de privacidad revisado.

Tenga en cuenta que no estamos obligados a:

- Respetar cualquier solicitud suya para restringir el uso de divulgación de información de su salud protegida.
- Modificar su información de salud protegida para ver, por ejemplo, si es precisa y completa
- Proporcionar un ambiente totalmente libre de la posibilidad de que su información de salud protegida pudiese ser escuchada por otros pacientes y/o otras personas.

Este Aviso de Privacidad es efectivo a partir de la fecha de su firma. Si tiene alguna pregunta sobre la información en este Aviso, solicítela a la persona encargada de los contactos de privacidad o dirija sus preguntas a esta persona a la dirección de nuestra oficina. Gracias