

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

WINE COUNTRY FAMILY DENTAL

Nuestra oficina está dedicada a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y el carácter confidencial de la información que se nos ha confiado. Es un requisito de esta práctica que cada trabajador reciba una formación adecuada y está dedicada al principio el concepto de que su información de salud nunca estará en peligro. Podemos, de vez en cuando, modificar nuestras políticas de privacidad y prácticas, pero siempre va a informarle de cualquier cambio que pueda afectar a nuestras obligaciones y sus derechos.

PROTEGIENDO SU INFORMACIÓN SANITARIA

Podemos utilizar y divulgar la información que recogemos de usted sólo según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos y el estado de Washington. Esto incluye cuestiones relacionadas con su tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Su información de salud personal nunca será lo contrario dada o revelada a nadie -ni siquiera los miembros de la familia -sin su consentimiento o autorización por escrito. Usted, por supuesto, podrá conceder la autorización escrita para nosotros revelaremos su información a la persona que usted elija, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicos estén protegidos de accesos no autorizados y nuestros empleados están entrenados para asegurarse de que la confidencialidad, la integridad y el acceso a sus registros siempre está protegido. Nuestra política y prácticas de privacidad se aplican a todos los antiguos, actuales y futuros pacientes, así que usted puede estar seguro de que su información de salud protegida nunca será revelada indebidamente o liberados.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUD). Si recibimos o mantenemos información sobre usted de un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que está cubierto por el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2 (un programa de la Parte 2 para usar y divulgar el registro del programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar su registro del programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe en este aviso. Si recibimos o mantenemos su registro del programa de la Parte 2 a través del consentimiento específico que nos proporcione a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos su registro del programa de la Parte 2 solo según lo permita expresamente en el consentimiento que brinde.

En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos su registro del programa de la Parte 2 o un testimonio que describa la información contenida en su registro del programa de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo de ninguna autoridad federal, Estatal o local, ensu contra, a menos que su consentimiento o la orden de un tribunal lo autorice después de que lo notifique la orden judicial.

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Sólo podremos solicitar información personal necesaria para proporcionar nuestro estándar de la atención de salud de calidad, implementar las actividades de pago, llevar a cabo operaciones normales de la práctica de la salud y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono(s), número de la Seguridad Social, los datos sobre el empleo, el historial médico, registros sanitarios, etc. mientras que la mayoría de la información se recopila de usted, podremos obtener la información estará siempre protegida con todo el rigor de la ley.

DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Como se ha señalado anteriormente, podemos divulgar su información según lo requerido por la ley. Estamos obligados a proporcionar información a la policía y a los funcionarios gubernamentales en determinadas circunstancias. No utilizaremos su información para su comercialización o fines de recaudación de fondos sin su consentimiento por escrito. Podremos usar o divulgar su información de salud para comunicar avisos acerca de sus citas incluyendo mensajes de correo de voz, contestador y postales directo a menos que usted nos indique lo contrario. Nunca vamos a usar, revelar, vender, o no permitir el acceso a sus datos personales, a cambio de información protegida o recibo de remuneración financiera.

SUS DERECHOS COMO PACIENTE DE NUESTRA

Usted tiene derecho a solicitar copias de su información de salud; para solicitar copias impresas en una gran variedad de formatos; y para solicitar una lista de casos en los que nosotros, o nuestros socios de negocios, han divulgado su información protegida para otros usos que los indicados anteriormente. Todas las solicitudes deben presentarse por escrito. Se puede cobrar por las copias en una cantidad permitida por la ley. Si usted cree que sus derechos han sido violados, le pedimos que nos lo comunique de forma inmediata. También puede notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Una expandida y copia completa de nuestra Declaración de Privacidad, está disponible para su revisión.

WINE COUNTRY FAMILY DENTAL

6225 BURDEN BLVD. PASCO, WASHINGTON 99301 (509) 547-3000

**POR FAVOR DEJE QUE EL RECEPCIONISTA DE LA OFICINA DELANTERO SABE SI
LE GUSTARÍA UNA COPIA IMPRESA PARA SUS REGISTROS**

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Wine Country Family Dental mantendrá un registro de los servicios dental que le proporcionamos. Usted puede pedir ver y copiar ese récord. Usted también puede pedir corregir ese récord. No revelaremos su expediente a los demás a menos que nos lo indique, o a menos que la ley autoriza o nos obliga a hacerlo. Usted puede ver su expediente o conseguir más información contactando a nuestro gerente de la oficina.

Nuestro aviso de prácticas de privacidad describe con más detalle cómo su información dental puede utilizarse y divulgarse y cómo puede acceder a su información.

Con mi firma abajo yo confirmo que yo a recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Paciente o firma legal del individual autorizado

Fecha

El nombre escrito si firmó en nombre del paciente

Relación (Padres, Tutor Legal, Etc.)

Por favor indique el individual(s) permitido llamar, discutir o confirmar sus citas y o su record:

Nombre(s)

Relación (Esposa(o), Padres, Hermano)

☐ **No quiero compartir alguna información con nadie, excepto yo mismo.**

Iniciales

☐ **Yo decido no tomar mi copia de la política de privacidad.**

Iniciales