

Comfort Care Dental Aviso de Prácticas de Privacidad

Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

Sus Derechos: Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle:

- **Obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico**
 - Usted puede pedir para ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Proveeremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- **Pídanos que corregir su historial médico**
 - Puede pedirnos que corriamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos como hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales**
 - Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o enviar un correo a un Dirección diferente. Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.
- **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**
 - Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención.
 - Si paga por un servicio o un artículo de atención médica de bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no lo compartamos. Información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Nosotros diremos "sí" A menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
- **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.** Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos Compartió su información de salud durante seis años antes de la fecha que usted pidió, con quién la compartimos y por qué.
 - Incluiremos todas las revelaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y cuidado de la salud Operaciones y otras revelaciones (como las que usted nos pidió hacer).
 - Proporcionaremos una contabilidad por año gratis, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si usted solicita Otro dentro de 12 meses.
- **Obtenga una copia de este aviso de privacidad.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si tiene Acordó recibir la notificación electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.
- **Elija a alguien que actúe por usted.** Si le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Lo haremos Asegúrese de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar por usted antes de tomar cualquier acción.
- **Presente una queja si cree que sus derechos han sido violados.**
 - Puede quejarse poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información anterior. No vamos a tomar represalias en su contra.
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando un Carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Sus opciones: En determinadas situaciones, puede elegir qué información de salud compartimos.

- **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:**
 - Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado; Compartir información en una situación de emergencia; Incluya su información en un directorio de hospital
 - *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo - usted está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.*
- **En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé un permiso por escrito:**
 - Propósitos de marketing, venta de su información, la mayoría de compartir notas de psicoterapia
- **En el caso de la recaudación de fondos,** podemos comunicarnos con usted, pero usted puede decirnos que no volveremos a ponernos en contacto con usted.

Nuestros usos y divulgaciones: ¿Cómo usamos o compartimos su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

- **Tratamiento:** podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.
- **Pago:** podemos usar y compartir su información de salud para facturar el pago de planes de salud u otras entidades.
- **Operaciones de atención médica:** podemos utilizar y compartir su información para administrar nuestra consulta, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.
- **Atención al paciente:** usamos su correo electrónico o teléfono, cuando se proporciona, para 1) enviarle recordatorios de citas, y 2) para enviarle un boletín que brinda información valiosa sobre el cuidado del paciente y nuestras ofertas actuales para ayudarlo a pagar los servicios. Puede pedirnos que detengamos estos dos tipos de comunicación en cualquier momento.

Estamos autorizados o obligados a compartir su información de otras maneras:

- **Por lo general, de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación.** Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.
- **Ayudar con temas de salud pública y seguridad para ciertas situaciones** tales como prevenir enfermedades, ayudar con los retiros de productos, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de alguien.
- **Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud.**
- **Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren,** incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- **Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos.**
- **Podemos compartir información con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere un individuo.**
- **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos usar o compartir información sobre su salud:
 - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
 - Para fines policiales o con un oficial de la ley
 - Con las agencias de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
- **Podemos compartir información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o responder a una citación judicial.**

Nuestras Responsabilidades:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Informarle con prontitud de un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos o compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar su mente en cualquier momento por dejarnos saber por escrito. Es posible que no sea posible revertir acciones anteriores tomadas bajo su autorización original, pero honraremos sus peticiones en el futuro.
- Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Fecha de vigencia de este aviso: July 30, 2018

Oficial de Privacidad: Kim Jensen

Dirección: 3550 Washington Pkwy, Idaho Falls, ID 83404

Ph: 208-524-2300

Organizations this notice applies to: Comfort Care Dental of Idaho Falls, PLLC, 3550 Washington Pkwy, Idaho Falls, ID 83404

Comfort Care Dental of Rexburg, PLLC, 242 E Main, Rexburg, ID 83440, Comfort Care Dental of Pocatello, PLLC, 485 E Alameda,

Pocatello, ID 83201, Comfort Care Dental of Twin Falls, PLLC, 788 Eastland Dr, A, Twin Falls, ID 83301

Choice Management Services, LLC, 3548 Washington Pkwy, Idaho Falls, ID 83404