



### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Doy mi consentimiento para que Sachdev Family Orthodontics PC utilice o divulgue mi información médica protegida (IMP) con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. \* He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo que tengo el derecho de revisar los antes de firmar este documento.

Entiendo:

- El servicio a mi persona puede estar condicionado a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.
- Tengo derecho a solicitar una restricción en como mi IMP se usa o divulga para llevar el tratamiento, el pago, o las operaciones de atención médica de la práctica. No es requerido que Sachdev Family Orthodontics PC acepte las restricciones que yo podría solicitar.
- Sin embargo, si Sachdev Family Orthodontics PC está de acuerdo con una restricción que solicito, la restricción es obligatoria para Sachdev Family Orthodontics PC.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Sachdev Family Orthodontics PC haya tomado medidas con respecto a este consentimiento.
- Mi IMP significa información médica protegida, incluida mi información demográfica, recopilada de mi parte y creada o recibida por mi médico, otro proveedor de atención médica, un plan de salud, y un centro de intercambio de información de atención médica. Esta IMP se relaciona con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura, y me identifica; o, hay una base razonable para creer que la información puede identificarme.

#### EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRIBAS:

- Los tipos de usos y divulgaciones de mi IMP que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis facturas, o en el desempeño de las operaciones de atención médica realizadas por Sachdev Family Orthodontics PC.
- Mis derechos y los deberes de Sachdev Family Orthodontics PC con respecto a mi IMP.

Sachdev Family Orthodontics PC se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad. Para obtener información sobre avisos actuales o revisados, llame a nuestra oficina.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente / padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Tratamiento incluye actividades realizadas por un dentista, asistente dental, personal de oficina, y otros tipos de profesionales médica que le brindan atención, coordinan o administran su atención con terceros, y consultas entre otros proveedores de atención médica. El pago incluye actividades relacionadas con el pago de su tratamiento, facturación, seguro, etc. Las opciones de atención médica incluyen las funciones administrativas y comerciales necesarias de nuestra oficina.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.**

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida (información de identificación individual, por ejemplo, nombres, fechas, números de teléfono/fax, direcciones de correo electrónico, direcciones de domicilio, números de seguridad social y datos demográficos) en uno o más de los siguientes aspectos:

- A otros proveedores de atención médica (su dentista general, cirujano oral, etc.) en relación con nuestro tratamiento de ortodoncia para usted (para determinar los resultados de limpiezas, cirugía, etc.);
- A terceros pagadores o cónyuges (compañías de seguros, empleadores con reembolso directo, administradores de cuentas de gastos flexibles, etc.) para obtener el pago de su cuenta (para determinar los beneficios, las fechas de pago, etc.);
- A las organizaciones de certificación, concesión de licencias y acreditación (por ejemplo, la Junta Americana de Ortodoncia, juntas dentales estatales, etc.) en relación con la obtención de la certificación, la concesión de licencias o la acreditación;
- Internamente, a todos los miembros del personal que tienen algún papel en su tratamiento;
- A otros pacientes y terceros que puedan ver o escuchar revelaciones incidentales sobre su tratamiento, programación, etc.;
- A su familia y amigos cercanos involucrados en su tratamiento; y / o,
- Podemos comunicarnos con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre citas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.
- Requerido por la ley: podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley nos lo exija.
- Abuso o negligencia: podemos divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información médica si es necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.
- Seguridad nacional: bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del Personal de las Fuerzas Armadas. Podemos divulgar a los funcionarios federales autorizados la información médica necesaria para inteligencia legal, contra espionaje, y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar información a una institución correccional o a un funcionario del orden público que tenga custodia legal de la información médica protegida del recluso o paciente en ciertas circunstancias.

Cualquier otro uso o divulgación de su información de salud protegida se hará solo después de obtener su autorización por escrito, que usted tiene el derecho de revocar.

**Bajo las nuevas reglas de privacidad, usted tiene el derecho de:**

- Solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida;
- Solicitar comunicación confidencial de su información médica protegida;
- Inspeccionar y obtener copias de su información de salud protegida a través de su solicitud;
- Enmendar o modificar su información médica protegida en ciertas circunstancias;
- Recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información de salud protegida; y,
- Usted puede, sin riesgo de represalias, presentar una queja en relación con cualquier violación por nuestra parte de sus derechos de privacidad con nosotros (enviando consultas a nuestra Persona de contacto de Privacidad en la dirección de nuestra oficina) o al Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (que debe presentarse dentro de los 180 días de la violación).

**Tenemos los siguientes deberes bajo las reglas de privacidad:**

- Por ley, para mantener la privacidad de la información médica protegida y para proporcionarle este aviso que establece nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información;
- Para cumplir con los términos de nuestro Aviso de Privacidad actualmente vigente;
- Para informarle sobre el derecho de cambiar los términos de este aviso de privacidad y hacer que las nuevas disposiciones de los avisos entren en vigencia para toda la información médica protegida que mantenemos, y que, si lo hacemos, le proporcionaremos una copia del aviso de privacidad revisada.

**Tenga en cuenta que no estamos obligados a:**

- Respetar cualquier solicitud suya de restringir el uso o divulgación de su información médica protegida;
- Modificar su información médica protegida si, por ejemplo, es precisa y completa; o,
- Proporcionar un ambiente que esté totalmente libre de la posibilidad de que otros pacientes y terceros escuchen accidentalmente su información de salud protegida.

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**\*\* Puede negarse a firmar esta declaración de recibo \*\***

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Nombre:

---

Nombre                      Inicial Del Segundo Nombre                      Apellido

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

---