

OFFERING ELITE FAMILY DENTISTRY

949.216.9090

30486 Avenida de las Banderas, Suite A,
Rancho Santa Margarita, CA 92688

BLOSSOMING
SMILES 

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODREMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PODRÁ ACCEDER USTED A DICHA INFORMACIÓN.

EL PRESENTE AVISO DESCRIBE CÓMO PODREMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PODRÁ ACCEDER USTED A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

Nosotros en Blossoming Smiles estamos obligados por ley a resguardar la privacidad de la información médica que pueda revelar su identidad y a proporcionarle nuestro aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información médica. El presente aviso describe las prácticas de privacidad relativas a la información médica implementadas por Upstate, por los integrantes de nuestro personal de atención médica que prestan servicios médicos en el University Hospital, y por otros profesionales de la salud que participan de su atención y realizan actividades de pagos y/u operaciones comerciales para o con nuestra oficina dental. El presente aviso también describe cómo podremos usar y divulgar su información médica, así como si desea realizar alguna consulta sobre cualquier parte de este aviso o le interesa discutir nuestras prácticas de privacidad, por favor póngase en contacto con: Blossoming Smiles, 30486 Avenida De Las Banderas, A, Rancho Santa Margarita, CA 92688

TÉRMINOS IMPORTANTES UTILIZADOS EN ESTE FOLLETO

Usted Hará referencia al paciente. Si usted es el padre de un menor o el tutor legal de un menor o de un adulto, "usted" hará referencia a la información sobre el menor o el adulto.

Divulgar: Compartir información con personas ajenas a Blossoming Smiles.

Usar: Compartir información con personas que forman parte de Blossoming Smiles. **Información médica:** Toda información recibida o creada por nosotros que pudiera utilizarse para identificarlo a usted, a su estado de salud, a los servicios para el cuidado de la salud que usted reciba, o los pagos en concepto de servicios para el cuidado de la salud que usted reciba, ya sea en el pasado, en el presente o en el futuro.

RESGUARDAMOS LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica que se incluye en el registro médico acerca de usted y de su salud es personal. Nos comprometemos a resguardar la privacidad de la información médica que reunimos mientras le brindamos servicios de cuidados de la salud. Estamos

obligados por ley a entregarle el presente aviso, en el cual se describen nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad y a cumplir con las obligaciones legales y las prácticas de privacidad que se encuentren en vigencia actualmente.

¿DÓNDE GUARDAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?

La información médica que reunimos acerca de usted se guarda en un registro médico. El registro médico puede estar parcialmente en papel y parcialmente en computadoras. El registro es propiedad de Blossoming Smiles pero la información médica es suya. Más adelante en este folleto se detalla el derecho que usted tiene a acceder a dicha información. Antes, queremos comunicarle la forma en que podremos usar su información médica.

CÓMO PODREMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

En algunos casos, la ley nos permite usar y divulgar su información médica con otras personas sin su autorización. A continuación se describe el modo en que podemos usar o compartir su información médica con terceros. Si bien no se enumeran todas las divulgaciones o usos específicos, el modo en que podemos usar o compartir su información médica quedará comprendido dentro de una de las siguientes categorías: Tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud Upstate y su personal médico podrán usar y compartir la información médica referida a usted a fin de proporcionarle el tratamiento que su condición médica requiera, para obtener el pago por el servicio prestado y para llevar a cabo nuestras operaciones. También podremos compartir su información médica con otros hospitales y proveedores de atención médica a fin de realizar en forma conjunta determinadas actividades de pago y operaciones comerciales. Se le solicitará que firme un consentimiento general en su primera visita al University Hospital mediante el cual nos autorice a usar y divulgar su información médica con los fines descritos anteriormente.

- **Tratamiento:** podemos usar su información médica para brindarle servicios médicos y para coordinar su tratamiento con otros profesionales de la salud que deban participar en su tratamiento. Podemos compartir su información médica con médicos, enfermeras, estudiantes, técnicos y demás integrantes del equipo de cuidados para la salud que participan en su atención médica. Por ejemplo, nuestros proveedores de atención médica pueden compartir su información médica a fin de coordinar las distintas partes de su tratamiento, tales como recetas, análisis de laboratorio y rayos x, para realizar derivaciones a otros médicos fuera de Blossoming Smiles, o para organizar una terapia permanente con proveedores de servicios médicos domiciliarios o centros de enfermería calificados una vez que usted haya sido dado de alta.
- **Pago:** podemos usar su información o compartirla con otros para facturar y cobrar por los servicios médicos prestados. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con su compañía aseguradora. En este caso, se usaría la información para determinar si su compañía aseguradora cubrirá el costo de su tratamiento o para solicitar la autorización previa de su compañía aseguradora antes de iniciar un tratamiento. Esto también se aplica a aquellos programas que brindan beneficios en el caso de lesiones relacionadas con el trabajo, tales como los programas de indemnización.
- **Operaciones para el cuidado de la salud:** podemos usar su información médica o compartirla con otros para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar nuestros tratamientos y servicios o para capacitar a nuestro personal a fin de mejorar la atención médica que le brindamos. Su información médica también podrá usarse para capacitar a estudiantes y proveedores de servicios médicos. También podemos compartir su información médica con otras compañías que prestan servicios para nosotros. En estos casos, se firmarán contratos por escrito con dichas compañías a fin de asegurar que se resguarde su información médica.
- **Comunicaciones:** podemos usar su información médica cuando nos pongamos en contacto con usted en relación con algún turno para recibir atención en Upstate. También podemos ponernos en contacto con usted para hacer un seguimiento de la atención que ha recibido, analizar los resultados de un examen o derivarlo a otros proveedores de atención médica.
- **Alternativas de tratamiento, beneficios y servicios:** podemos usar y divulgar su información médica a fin de recomendarle posibles tratamientos alternativos, beneficios relacionados con la salud o servicios que puedan ser de su interés.
- **Actividades de recaudación de fondos:** podemos usar y divulgar su información con el propósito de recaudar fondos para los distintos programas llevados a cabo en Upstate. La información que podemos usar y divulgar en este caso será su nombre, edad, sexo, fecha de servicio y seguro médico. En el caso de que usted no desee ser contactado como parte de nuestros esfuerzos de recaudación de fondos deberá presentar dicha solicitud por escrito al Administrador de Privacidad Institucional (*Institutional Privacy Administrator*) a la dirección que aparece en la primera página de este aviso. II. Divulgaciones a terceros *Podemos usar su información médica en el directorio de nuestro hospital, o compartirla con su representante personal, integrantes de su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención médica sin su autorización por escrito, salvo que usted se oponga. Cuando se le brinde atención médica como resultado de una emergencia médica, le daremos la oportunidad de oponerse a la divulgación de su información médica en cuanto usted se encuentre estable.*
- **Notificación y comunicación con otras personas:** podemos divulgar parte de su información médica a su representante personal, a algún integrante de su familia o amigo siempre que participe en su atención médica. También podemos usar su información médica a fin de notificar o colaborar en la notificación a un integrante de su familia, a su representante personal o a otra persona encargada de su atención médica sobre el lugar donde usted se encuentra, su estado general o su eventual fallecimiento.
- **Personas que participan en el pago de su atención médica:** podemos divulgar su información médica relativa a los tratamientos y servicios prestados por nosotros a la persona o plan de seguro médico que tenga a su cargo el pago o mantenimiento de su seguro médico.
- **Directorio del hospital:** podemos incluir su nombre, su ubicación en nuestro centro, su estado general y sus creencias religiosas en el directorio de nuestro hospital mientras usted esté internado en el hospital. Esta información podrá divulgarse a aquellas personas que pregunten por usted por su nombre. También podemos revelar esta información, junto con su creencia religiosa, a sacerdotes, ministros y otros líderes religiosos aunque no pregunten por usted por su nombre. III. Necesidad de orden público *Podemos divulgar su información médica a terceros a fin de cumplir con necesidades de orden público importantes o con otros requerimientos legales. En algunos casos la divulgación de tal información es exigida por ley. No estamos obligados a solicitar su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica en los casos descritos a continuación:*
- **Actividades de la salud pública:** podemos divulgar su información médica a los funcionarios y agencias de salud pública autorizados para realizar actividades de salud pública. Estas actividades podrán incluir el control o la prevención de enfermedades, lesiones o discapacidades, declaración de nacimientos y defunciones, denuncias de reacciones a distintos medicamentos, productos o dispositivos médicos, o denuncias de enfermedades contagiosas.
- **Maltrato o negligencia:** estamos obligados por ley a divulgar la información médica a las autoridades de salud pública autorizadas a recibir denuncias de presunto maltrato y/o negligencia de menores.
- **Actividades de supervisión en el sector de la salud:** podemos divulgar su información médica a las agencias autorizadas a llevar a cabo actividades de supervisiones en el sector de la salud. Estas actividades pueden comprender auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Dichas actividades son necesarias para llevar un control de la operación del sistema de salud, los programas de beneficios del gobierno tales como Medicaid y Medicare y el cumplimiento de las leyes de derechos Civiles.
- **Demandas, disputas y otras cuestiones legales:** podemos divulgar su información médica cuando así lo solicite algún tribunal a cargo de un juicio o de cualquier otra disputa judicial o cuando estemos obligados a hacerlo en respuesta a otras órdenes judiciales.
- **Aplicación de la ley:** podemos divulgar su información médica a los funcionarios encargados de la aplicación de la ley cuando así lo requiera la ley o en respuesta a alguna orden judicial. En algunos casos estamos obligados a divulgar su información médica a las autoridades encargadas de la aplicación de la ley.
- **Control, reparación y retiro preventivo de productos del mercado:** podemos divulgar su información médica a una agencia o individuo que se encuentre obligado por ley a denunciar problemas o reacciones a productos médicos. Esta información se utilizará para rastrear, retirar preventivamente, reparar o reemplazar un producto o dispositivo defectuoso o peligroso o para controlar el desempeño de un producto o dispositivo aprobado.

- **Actividades de inteligencia y seguridad nacional o servicios de protección:** podemos divulgar su información médica a autoridades federales autorizadas por cuestiones relativas a actividades de inteligencia o seguridad nacional, para llevar a cabo investigaciones especiales, o para brindar servicios de protección al Presidente o a otros funcionarios del gobierno.

- **Presidarios e instituciones correccionales:** podemos divulgar su información médica a las autoridades de instituciones correccionales y a las autoridades de aplicación de la ley cuando así se requiera para proporcionarle a usted atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros, para proteger la seguridad de la institución correccional o si determinamos que usted se ha escapado de la custodia legal.

- **Donación de órganos y tejidos:** estamos obligados por ley a divulgar su información médica a los grupos de donación de órganos o a otros grupos similares al momento de su muerte o muerte inminente.

- **Directores funerarios, autoridades forenses y examinadores médicos:** podemos divulgar su información médica a las autoridades forenses o examinadores médicos. Esta divulgación podrá requerirse a fin de determinar la causa de su muerte o para identificar a una persona fallecida. También podemos revelar su información médica al director de una funeraria si esto fuera necesario para el desempeño de sus tareas.

- **Militares y veteranos:** si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, podemos divulgar su información médica a las autoridades militares correspondientes para realizar las actividades que ellos consideren necesarias a fin de llevar a cabo sus misiones militares. También podemos divulgar la información médica acerca de personal militar extranjero a la respectiva autoridad militar extranjera.

- **Investigación:** en ciertas circunstancias específicas podemos usar y divulgar su información médica con fines de investigación. Obtendremos la aprobación a través de un proceso especial, a fin de asegurar que la investigación implique el menor riesgo posible sobre su privacidad. Como ejemplo de las circunstancias a las que nos referimos anteriormente podemos mencionar aquellas investigaciones en las cuales se use su información médica para determinar si usted es un posible candidato para un estudio de investigación, para determinar si existirá un número adecuado de posibles candidatos para un futuro estudio o después de su muerte. En ningún caso los investigadores podrán utilizar su nombre o identidad públicamente. IV. Otros usos y divulgaciones de su información médica Se podrán aplicar resguardos de privacidad especiales en relación con algunas categorías de información médica tales como: · Información relacionada con el VIH/SIDA. · Información relacionada con el tratamiento por consumo de alcohol y sustancias. · Información sobre salud mental. · Información sobre salud genética.

En el caso en que su tratamiento incluya alguno de estos servicios especializados, le solicitaremos que firme una autorización que nos permita divulgar dicha información. Usted tendrá derecho a revocar la autorización en cualquier momento. Si usted decide revocar la autorización nos veremos obligados a dejar de usar o divulgar su información con los fines descritos en la autorización.

SUS DERECHOS A ACCEDER Y CONTROLAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

La información que se incluye en su registro médico le pertenece. Usted tiene por ley determinados derechos que le permiten controlar cómo usamos su información médica, cómo la compartimos con terceros, cómo nos comunicamos con usted por cuestiones relacionadas con su atención médica y tratamiento y cómo mantenemos la exactitud de su información médica:

Si desea ejercer algunos de estos derechos, según se detallan a continuación, deberá presentar una solicitud por escrito a:

Blossoming Smiles, 30486 Avenida De Las Banderas, A, Rancho Santa Margarita, CA 92688.

En determinadas circunstancias podemos denegar su solicitud. Si optáramos por denegar la solicitud, le haremos llegar los motivos por los cuales hemos denegado la solicitud junto con una descripción completa de sus derechos y el proceso que deberá seguir para solicitar la revisión de dicha negativa.

I. Derecho a inspeccionar y solicitar copia de sus registros

Usted tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de su información médica utilizada para tomar decisiones sobre su atención médica y tratamiento, siempre y cuando dicha información médica se encuentre en nuestros registros. Este derecho abarca los registros médicos y de facturación pero no así las notas de psicoterapia. Si usted solicita una copia de su información médica deberá pagar un arancel por cada página y podemos, además, aplicarle cargos adicionales por el costo de copiado y envío postal de dicha información. Normalmente, estos gastos deberán pagarse antes de que le entreguemos las copias de su información médica. Podemos renunciar al cobro de dichos cargos en el caso en que usted demuestre tener problemas financieros. Responderemos su solicitud de inspección dentro de los 10 días.

Responderemos su solicitud de copias de su información médica dentro de los 30 días —si la información médica se encuentra en nuestro centro—o dentro de los 60 días, —si se encuentra en un centro de archivo de historias clínicas ubicado en otro sitio. En caso de requerir más tiempo para responder a su solicitud de copias, se lo notificaremos por escrito dentro de un plazo de 60 días, explicando el motivo de dicha demora. Si optáramos por denegar su solicitud de inspección u obtención de copias de **toda** su información médica, le permitiremos tener acceso a las otras partes una vez que hayamos excluido la información que no podemos permitirle inspeccionar o copiar.

II. Derecho a enmendar sus registros

Usted tiene derecho a solicitar que se enmiende su información médica cuando usted considere que la misma es incompleta o incorrecta. Tendrá derecho a solicitar dicha enmienda siempre y cuando la información se encuentre en nuestros registros. Su solicitud de enmienda deberá incluir los motivos por los cuales usted considera que es necesario realizar dicha enmienda. Responderemos su solicitud dentro de los 60 días. En caso de requerir más tiempo para responder a su solicitud, se lo notificaremos por escrito dentro de un plazo de 60 días, explicando el motivo de dicha demora e indicando cuándo tendrá una respuesta definitiva a su

solicitud. Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias, por ejemplo cuando:

- La información médica no hubiera sido creada por nosotros.
- La información médica no fuera parte de los registros que usted tiene derecho a inspeccionar o copiar.
- Consideremos que la información médica es completa y correcta. Si usted no estuviera de acuerdo con nuestra negativa, tiene el derecho a que se incluya en sus registros médicos cierta información que se encuentre relacionada con su requerimiento de enmienda.

III. Derecho a recibir un detalle de las divulgaciones realizadas

Usted tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica y de cómo la hemos compartido con terceros. Este listado no incluirá la totalidad de las divulgaciones que hayamos realizado; por ejemplo, no incluirá:

- Las divulgaciones que le hayamos realizado a usted.
- Las divulgaciones realizadas a fin de brindarle tratamiento, obtener el pago por dicho tratamiento o para llevar a cabo nuestras operaciones comerciales habituales.
- Las divulgaciones realizadas en el directorio de nuestro centro.
- Las divulgaciones realizadas a su representante personal, integrantes de su familia o amigos que participan en su atención médica.
- Las divulgaciones realizadas a las autoridades federales en relación con actividades de inteligencia y seguridad nacional.
- Las divulgaciones realizadas de acuerdo con la autorización firmada por usted.

Las divulgaciones inevitables o no intencionales que hubieran ocurrido a pesar de haberse tomado los recaudos razonables. Su solicitud deberá incluir un cierto período, que no podrá ser mayor que seis años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Responderemos su solicitud dentro de los 60 días siguientes a la fecha de la solicitud. En caso de no poder proporcionarle una lista con las divulgaciones dentro de los 60 días, se lo notificaremos por escrito y le indicaremos los motivos y la fecha en la cual recibirá la lista de

divulgaciones. Estamos obligados a proporcionarle una lista de las divulgaciones realizadas dentro de los 90 días posteriores a la fecha de su solicitud original. La primera lista que usted solicite dentro del primer periodo de 12 meses será entregada sin cargo. Si solicita listas adicionales, podemos cobrarle un costo por la entrega de dichas listas. Nos comprometemos a notificarle el costo que corresponda aplicar en dicho caso a fin de que usted evalúe si desea retirar o modificar la solicitud presentada.

IV. Derecho a solicitar resguardos de privacidad adicionales

Usted tiene el derecho a solicitar que restrinjamos o limitemos el modo en que usamos o divulgamos su información médica para el tratamiento, pago del tratamiento y la ejecución de nuestras operaciones comerciales habituales. Además, usted podrá solicitar que limitemos el modo en que compartimos su información médica con integrantes de su familia y amigos que participan en su atención médica o en el pago de su atención médica. Su solicitud deberá especificar (1) qué información desea limitar; (2) si quiere limitar la forma en que usamos la información, la forma en que la compartimos con terceros o ambas; y (3) a quién quiere que se apliquen dichos límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción y, en algunos casos, las restricciones o límites solicitados por usted pueden no estar permitidos por ley o puede no ser posible o factible respetarlos. Si accedemos a su pedido, nos veremos obligados a cumplirlo, salvo en aquellas situaciones en que se requiera dicha información para brindarle atención médica de emergencia o para cumplir con lo dispuesto por ley. Una vez que hayamos aceptado una restricción, usted podrá revocarla en cualquier momento. En algunos casos particulares, nosotros también tendremos derecho a revocar la restricción siempre y cuando se lo notifiquemos antes de hacerlo. En algunos casos estamos obligados a obtener su autorización antes de revocar la restricción.

V. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones relativas a su atención médica, a través de un modo alternativo o en un lugar alternativo razonable. Su solicitud deberá indicar cómo y/o dónde desea que nos comuniquemos con usted, y de qué modo se realizará el pago por los servicios prestados en el caso de que nos comuniquemos con usted a través de este modo alternativo o en el lugar indicado. Usted no estará obligado a comunicarnos los motivos de tal solicitud. No podemos denegar su solicitud salvo que la ubicación o el medio alternativo que usted solicita implique un posible riesgo significativo para la privacidad de su información médica o que por algún otro motivo, no sea factible.

VI. Derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso sobre prácticas de privacidad

Usted tiene derecho a solicitar y recibir copia en papel de este Aviso sobre Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Siempre se anunciará la última versión de nuestro aviso vigente en nuestras áreas de admisión y habrá una copia de dicho aviso disponible para que usted pueda llevarse a su casa. Se le entregará una copia de nuestro aviso actual en su primera visita médica a Upstate. Se le entregará una copia de toda revisión de nuestro aviso la primera vez que usted visite nuestro centro con posterioridad a la entrada en vigencia de dichos cambios. Se le solicitará que firme una constancia de recepción de dicha copia del aviso.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA RELACIONADA CON NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD O CON NUESTRO AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, podrá presentar una queja por escrito a nuestra Compañía. Su queja deberá describir el acto que a su criterio constituyó una violación a nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad o a la privacidad de su información médica. Para presentarnos su queja por favor comuníquese con: Blossoming Smiles. Por ley usted también tiene el derecho a presentar una queja por privacidad directamente a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (*Secretary of Health and Human Services*). La queja deberá realizarse por escrito, incluir el nombre de la persona u organización objeto de la queja y describir los actos u omisiones que a su criterio constituyeron una violación a su privacidad. Upstate se compromete a no tomar ninguna acción en su contra por presentar una queja. La queja deberá presentarse dentro de los 180 días a partir del momento en el cual usted tomó conocimiento o debería haber tomado conocimiento de la existencia de una posible violación de privacidad. En algunos casos la Secretaría de Salud y Servicios Humanos podrá dejar sin efecto este plazo siempre y cuando usted argumenta una causa válida en su queja. Blossoming Smiles no tomará ninguna acción en su contra por presentar una queja.

Envíe su queja por escrito a:

Secretary of the Department of Health and Human Services - John F. Kennedy Federal Building-Room 1875 - Boston, Massachusetts 02203 - Número telefónico: 617-565-1340 - Número de fax: 617-565-3809 - TDD: 617-565-1343
Nombre del Paciente: Historia clínica (MR) No.: Edad: Fecha de nacimiento (DOB):

CONSENTIMIENTO PARA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar al pie, expreso mi consentimiento para que Blossoming Smiles pueda usar y divulgar mi información médica protegida, según se requiera, a fin de tratar mi condición, obtener el pago por el tratamiento brindado y llevar a cabo las operaciones comerciales habituales. Entiendo que la información que se use y divulgue con estos fines podrá incluir mi nombre y/o demás información que pudiera resultar útil para identificarme directamente.

Reconozco que:

- Blossoming Smiles no se negará a brindarme tratamiento si no firmo el presente consentimiento.
- Si opto por recibir tratamiento sin aceptar firmar el presente consentimiento, quedará entendido que Upstate deberá usar y divulgar mi información médica protegida a fin de proporcionar dicho tratamiento y obtener el pago del mismo. Mi elección de recibir tratamiento implica mi consentimiento para que Blossoming Smiles use y divulgue mi información médica protegida para estos fines. Al firmar al pie también dejo constancia de que he recibido una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Upstate en el cual se detalla el modo en que Blossoming Smiles, como así también los integrantes de su personal médico podrán usar y divulgar mi información médica protegida y la forma en que podré ceder y controlar el uso y la divulgación de mi información médica.

Firma del paciente o representante legal _____

Nombre del paciente o representante legal _____

Fecha _____