



9471 Baymeadows Rd. Suite 101, Jacksonville, FL 32256

Tel: 904.739.3939 | Email: BaymeadowsFamilyDentistry@comcast.net

Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted acceder a esta información. Por favor, léalo cuidadosamente.

Su privacidad es importante para nosotros. Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica protegida. También debemos proporcionarle este aviso de nuestras prácticas de privacidad y seguir los términos actuales del aviso.

1. Usos y Divulgaciones Permitidos Sin Su Autorización

Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- Tratamiento: Para brindarle atención médica o dental, coordinar servicios con otros profesionales de la salud, o referirlo a otro proveedor.
- Pago: Para obtener pago por los servicios prestados, incluyendo facturación, verificación de cobertura o autorización previa.
- Operaciones del consultorio: Para mejorar la calidad de la atención, entrenamiento del personal, revisión de desempeño y auditorías internas.
- Cuando lo requiera la ley: Podemos divulgar su información si una ley federal o estatal lo exige.
- Salud pública y seguridad: Informar enfermedades, reacciones adversas a medicamentos, o para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad.
- Actividades legales y administrativas: En procedimientos judiciales o administrativos, en respuesta a una orden judicial o citación válida.
- Fuerzas del orden público y otras agencias: Bajo circunstancias específicas, como investigaciones criminales o reportes de abuso.

2. Otros Usos Requieren Su Autorización Escrita



9471 Baymeadows Rd. Suite 101, Jacksonville, FL 32256

Tel: 904.739.3939 | Email: BaymeadowsFamilyDentistry@comcast.net

Para cualquier otro uso o divulgación que no esté mencionado arriba, requerimos su autorización por escrito.

Esto incluye:

- Uso de su información para fines de marketing.
- Venta de su información médica.
- Uso de notas de psicoterapia (si aplica).

Si nos da una autorización, puede retirarla en cualquier momento por escrito, pero no afectará los usos ya realizados.

3. Sus Derechos Como Paciente

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información médica:

- Derecho a ver y obtener copia: Puede solicitar ver o recibir una copia de su expediente dental.
- Derecho a solicitar correcciones: Si cree que su información está incorrecta o incompleta.
- Derecho a solicitar restricciones: Puede pedirnos que no usemos o divulguemos cierta información.
- Derecho a comunicación confidencial: Puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, solo por correo).
- Derecho a un informe de divulgaciones: Puede solicitar un informe de cuándo y por qué se ha compartido su información médica (excluye usos relacionados con tratamiento, pago y operaciones del consultorio).
- Derecho a recibir una copia de este aviso: Siempre puede solicitar una copia impresa o electrónica de este documento.

4. Cambios a Este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a toda la información que tenemos sobre usted. La versión actual estará disponible en la oficina y en nuestro sitio web si corresponde.

5. Quejas o Preguntas



9471 Baymeadows Rd. Suite 101, Jacksonville, FL 32256

Tel: 904.739.3939 | Email: BaymeadowsFamilyDentistry@comcast.net

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Para presentar una queja o solicitar más información, por favor contacte a:

Encargada de Privacidad: Dra. Tatiana Rocha-Aaro

Teléfono: 904.739.3939

Dirección: 9471 Baymeadows Rd. Suite 101, Jacksonville, FL 32256

Correo electrónico: BaymeadowsFamilyDentistry@comcast.net

Confirmación del Paciente

Usted recibirá una copia de este aviso. Al firmar el formulario de reconocimiento, confirma que ha recibido este documento y entiende sus derechos.



9471 Baymeadows Rd. Suite 101, Jacksonville, FL 32256

Tel: 904.739.3939 | Email: BaymeadowsFamilyDentistry@comcast.net

Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a brindarle un aviso de nuestras prácticas de privacidad, el cual describe cómo podemos usar o divulgar su información médica protegida y cómo usted puede acceder a esta información.

Por favor, firme a continuación para confirmar que se le ha entregado una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Reconocimiento:

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Baymeadows Family Dentistry.

Firma del paciente o representante autorizado:

Nombre del representante (si aplica): _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

Para uso del consultorio solamente (si el paciente se rehúsa a firmar):

El paciente se negó a firmar el reconocimiento de recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Se hizo todo lo posible por obtener su firma.



9471 Baymeadows Rd. Suite 101, Jacksonville, FL 32256

Tel: 904.739.3939 | Email: BaymeadowsFamilyDentistry@comcast.net

Empleado que intentó obtener la firma: _____

Fecha: _____

Comentarios: _____

1