



# DECLARACIÓN DE HIPPA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.

POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

## NUESTRO DEBER LEGAL

A este consultorio se le exige por ley, resguardar la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida y proporcionar a nuestros pacientes un aviso de nuestros deberes legales y de las prácticas de privacidad con respeto a su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras está en efecto. Este aviso tiene efecto inmediato y permanecerá en vigor hasta que sea reemplazado.

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de enmendar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estas modificaciones de nuestras políticas y prácticas pueden ser consecuencia de los cambios en las leyes y reglamentos federales o estatales. Si lo solicita, le proporcionaremos, en cualquiera de sus visitas a la consulta, el aviso con las modificaciones más recientes. Las políticas y prácticas modificadas se aplicarán a toda la información médica protegida que se encuentre en nuestro poder.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

## REVELACION DE SU INFORMACION MEDICA

**Tratamiento:** Podemos revelar su información médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestro consultorio con el propósito de tratamiento.

**Pago:** Se puede usar su información médica para obtener el pago de su plan de salud.

**Operaciones de Atención Médica:** Se puede usar su información médica como apoyo necesario para las actividades y administración diarias. Por ejemplo, la información sobre los servicios que reciba se puede usar para respaldar los presupuestos y los informes financieros, además de las actividades para evaluar y fomentar la calidad.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o atención médica, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su evocación no afectará ningún uso o revelación permitida por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que usted nos dé una autorización escrita, no podemos usar o revelar su información de salud por cualquier motivo, excepto los descritos en este aviso.

**A su Familia y Amigos:** nosotros debemos revelar su información de salud, como se describe en la sección de derechos del paciente de este aviso. Podemos revelar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted está de acuerdo que podemos hacerlo.

**Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos usar o revelar información médica para notificar o asistir en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) un miembro de su familia, su representante personal o otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su estado general, o la muerte. Si usted está presente, entonces antes de su uso o la divulgación de su información de salud, que le proporcionará la oportunidad de oponerse a la divulgación de este tipo. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, revelaremos su información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que está directamente relacionada con la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés y permitir que una persona recoja sus recetas, sus ministros médicos, radiografías, o otras formas similares de información de salud.

**Servicios de salud de Marketing:** No utilizaremos su información de salud para las comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por Ley:** Podemos usar o revelar su información médica cuando sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades apropiadas si razonablemente creemos que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave para su salud o su seguridad o la salud o seguridad de otros o revelar su información médica cuando sea requerido por la ley.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar la información de salud de funcionarios federales necesaria para legal inteligencia, contienen eligencia y otras actividades de seguridad autorizados. Podemos revelar a la institución correccional o agentes del orden tienen la custodia legal de información de salud protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o revelar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas).

## DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene el derecho a ver o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar que nos proporcione copias en un formato distinto de fotocopias. Utilizaremos el formato que solicita a menos que no fuera practicable hacerlo, y no podemos hacerlo. (Deberá formular una solicitud por escrito obtener acceso a su información de salud.) Puede obtener un formulario para solicitar acceso a través de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Le cobraremos una tarifa razonable abasado en costos para gastos tales como copias y tiempo personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted solicita copias, le cobraremos \$0.50 para cada página, \$25.00 por hora para el tiempo del personal para localizar y copiar información sobre su salud, y gastos de envío si desea que las copias sean enviadas a usted. Si solicita un formato alternativo, cobramos una cuota abasada en el costo de proporcionar información sobre su salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Póngase en contacto con nosotros mediante la información que aparece al final de este aviso para una explicación completa de nuestros honorarios)

**Revelación de Contabilidad:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los cuales nosotros o nuestros socios de negocios a conocer su información de salud para otros propósitos de tratamiento, pago operaciones de atención médica, y algunas otras actividades, durante de los últimos 6 años, pero no antes de abril 14 del 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable, basada en el costo de responder a estas peticiones.

**Restricción:** Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en caso de una emergencia).

**Comunicación Alternativa:** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. (Usted debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria cómo los pagos serán manejados bajo los medios o lugar alternativo que usted solicita

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos negar su petición bajo ciertas circunstancias.

**Aviso Electrónico:** Si usted recibe este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (email), usted tiene derecho a recibir este aviso por escrito.

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nosotros.

Si usted está preocupado de que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a la información de salud que usted o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud o que nos comunicaremos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentar nos una queja usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja con los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos bajo petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud.

**Persona de Contacto:** Anil Gudapati

**Teléfono:** 512-259-2331

**Fax:** 512-259-9887

**E-Mail:** [info@kidsdentalsmiles.com](mailto:info@kidsdentalsmiles.com)

**Dirección:** 601 East Whitestone Blvd., Suite 400 Cedar Park, Texas 78613

### **Kids Dental Smiles - Cedar Park**

601 East Whitestone Blvd., Suite 400 Cedar Park, Texas 78613

Tel 512-259-2331 Fax 512-259-9887

### **Kids Dental Smiles - Pflugerville**

1512 Town Center Drive, Suite 750 Pflugerville, Texas 78660

Tel 512-251-9100 Fax 512-251-9125

### **Kids Dental Smiles - Kyle**

1180 Seton Parkway, Suite 425 Kyle, Texas 78640 Tel 512-504-3637 Fax 512-504-3587

**[www.kidsdentalsmiles.com](http://www.kidsdentalsmiles.com)**



# RECONOCIMIENTO DE HIPPA PARA PADRES

## RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de esta oficina.

Por favor imprimir el nombre del niño/a (o nombres de los niños/as, si hay más de 1 niño/a)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PARA EL USO DE LA OFICINA

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
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please explain)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Kids Dental Smiles - Cedar Park**

601 East Whitestone Blvd., Suite 400 Cedar Park, Texas 78613

Tel 512-259-2331 Fax 512-259-9887

### **Kids Dental Smiles - Pflugerville**

1512 Town Center Drive, Suite 750 Pflugerville, Texas 78660

Tel 512-251-9100 Fax 512-251-9125

### **Kids Dental Smiles - Kyle**

1180 Seton Parkway, Suite 425 Kyle, Texas 78640 Tel 512-504-3637 Fax 512-504-3587

[www.kidsdentalsmiles.com](http://www.kidsdentalsmiles.com)