

Atlantis Dentistry

AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

Este aviso describe como la informacion de su salud se usa, divulga y como obtener esta informacion

Favor de revisar cuidadosamente.

La privacidad de su informacion de salud es muy importante para nosotros.

Nuestra Responsabilidad Legal

Por ley federal y de estado nos requiere mantener su informacion de salud privada; tambien somos responsable de darelle este aviso de practicas privadas, es nuestra obligacion legal y sus derechos concierne a su salud. Es nuestro deber seguir estas practicas privada descripta en este aviso, mientras este efectivo. Este aviso esta efectivo 1/1/2003; y esta en efecto hasta que sea respaldado.

Reservamos el derecho de cambiar las practicas privada y los terminus de este aviso en cualquier momento, si es permitido por la ley. Reservamos el derecho de hacer cambios en nuestra Practica Privada y nuevos terminus de nuestro aviso efectivo para todo informacion de salud, incluye toda informacion obtenido o recibida antes de los cambios. Antes de hacer algun cambio significativo a nuestra practica privada se le notificara y se le facilitar este documento.

En cualquier momento podras solicitar una copia de nuestro aviso o para copia adicional favor comunicarse con nosotros.

Declaracion y uso de la informacion de salud

Nosotros usamos y divulgamos su informacion de salud para tratamiento, cobro y funcion de salud por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros declaramos y usamos su informacion de salud a otro medico que lo este atendiendo.

Pagos: Nosotros podemos usar y declarar su informacion de salud para obtener pagos por el servicio rendido.

Funciones de salud: Nosotros podemos usar y declarar su informacion de salud con referencia a nuestra funciones de salud. Nuestro servicio incluye mejorar las actividades y calidad de evaluacion, revisar la competencia y/o la qualification de profesionales, evaluando practicas y servicios de proveedores, dando programas de adiestramiento, acreditaciones, certificados, licencia o actividades creditadas.

Su Autorizacion: En adicon del usar su informacion de salud para tratamiento, pagos o funciones de salud, usted nos puede dar la autoridad para declarar sus informacion de salud a otra persona para cualquier proposito. Cualquier momento puede usted revocar nuestra autoridad por escrito. Al revocar nuestra autoridad no afecta ningun uso o declaracion que fue permitido mientras estaba en efecto. Sin su autoridad escrita no podemos usar su informacion de salud fuera de los parametros descriptos en este aviso.

Su Familiares e Amistades: Declaramos su informacion de salud a usted y le daremos esta informacion para ayuda de pagos a un miembro o amigo si usted nos lo permite.

Personas involucrada en el cuidado: Nosotros podemos usar o declara su informacion de salud para notificar o asistir en el aviso (incluye identificar o localizer) un miembro de familia, a usted o otra persona responsable de su cuidado, localizacion, condicion general o muerte. Si usted presente antes de declarar e usar su informacion de salud, se le dara la oportunidad de rechazar el uso y declaracion de su informacion de salud. En caso de emergencia o incapacidad de su parte nosotros usaremos nuestro criterio profesional para divulgar su informacion de salud a la persona involucrada en su cuidado de salud. Tambien usaremos nuestro criterio profesional y experiencia de nuestra practica darle su informacion de salud a una persona que llegar a pedir prescripciones, rayos-x u otra hojas similares.

Venta de servicio relacionado a su salud: Nosotros no usaremos su informacion de salud para venderla amenos que usted lo autorize por escrito.

Requerido por ley: Nosotros usamos y declaramos su informacion de salud cuando la ley nos lo requiera.

Abuso y negligencia: Nosotros declaramos su informacion de Salud a las autoridades apropiada. Si nosotros razonablemente creemos que que es victima de abuso, negligencia, violencia domestica o victima de otros crimen.

Seguridad Nacional: Nosotros declaramos a las autoridades militares su informacion de salud a un personal de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Declaramos a la autoridades federales su informacion de salud requerido por la agencia de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, institutos correccional u oficial legal de encarcelados o pacientes en ciertas circunstancias.

Recordatorio de citas: Nosotros declaramos su informacion de salud para proveerle un recordatorio de cita (como postales, cartas o mensaje dejado en su maquina en su teléfono y mensajes de texto).

Derecho al Paciente

Aceso: Usted tiene el derecho de obtener una copia de su informacion de salud con excepciones limitadas. Usted puede pedir una copia en formato menos fotocopias. Para obtener acceso de su informacion de salud necesitas comunicarse con la persona indicada al final de este documento, puede tambien obtener acceso por escrito dirigida a la persona mencionada al final de este documento. Estas copias le costara \$20.00 por el tiempo . (esto nos toma tiempo, localizando su informacion de salud, la copia y sello postal si fuera enviado por correo). Si usted le gustaria por un costo se le dan un resumen de su informacion de salud por medio de la persona indicada al final de este documento.

Declaracion de Contabilidad: Usted tiene el derecho en ocasion de una lista de el en cual nosotros o nuestro asiados ha declarado su informacion de salud con el proposito otra que no sea tratamiento,pagos, servicio de salud e otra actividad por los pasados 6 años pero no antes de Abril 14, 2003. Si usted esta contabilidad mas de una vez en doce (12) meses, podemos cobrarle una cantidad razonable basado en su pedido.

Restricciones: Usted tiene el derecho de que poner restricciones adicionales en como se usa o declaramos su informacion de salud, no es requerido estar en desacuerdo con esta restricciones adicionales, pero si no esta de acuerdo apoyamos nuestros acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicacion Alternada: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre en informacion de salud por medio alternada o lugar alternado, (este sera por escrito) Su solicitud deber indica especificamente la forma o lugar alternado y proveer explicacion satisfactoria como se hara el pago.

Enmienda: Usted tiene el derecho que nosotros rectifiquemos su informacion de salud (este por escrito y deber haber una explicacion el porque debe ser enmendado). Nosotros podemos denegar su solicitud bajo alguna circunstancia.

Aviso Electronio: Si usted recibe este aviso por el internet, usted tiene el derecho de recibir este aviso en formato escrita.

Comentarios y preguntas

Si usted le gustaria mas informacion de nuestra practicas privadas o tiene preguntas o inquietudes por favor de comunicarse con nosotros.

Si usted esta preocupado que hemos violado su derecho a privacidad o no este de acuerdo con la decision de como acesar su informacion de salud, o la solicitud de enmienda o la restricciones del uso y declaracion de su informacion de salud, o los medios alternados de comunicacion sobre su informacion de salud puede someter una querella por medio de la informacion al final de este aviso. Le daremos la direccion del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Nosotros respaldamos el derecho de privacidad de su informacion de salud, Nosotros no tomaremos represalias en ninguna forma ,si usted decide hacer una reclamacion a nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Contacto Oficial:	Ben Flemr
Telefono:	336-335-9990
Fasimile:	919-569-5840
Direccion:	1002 N Church St. Ste 402 Greensboro, NC 27401

2002 American Dental Association
Todos derechos Reservado