

# Wilmington Dental Care

Rafael Rivera, Jr., DDS, PLLC  
General Dentistry for Youth

---

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

---

**ESTE AVISO DESCRIBE EN QUE MANERA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE PUEDE SER USADA O REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR LEA ESTO CON CUIDADO.  
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

---

### NUESTRO DEBER LEGAL

Nosotros estamos obligados por ley federal y estatal a mantener la privacidad de su información de salud. Nosotros también estamos obligados a darle este aviso de prácticas privadas, nuestros deberes legales y sus derechos a cerca de su información de salud. Nosotros debemos seguir las prácticas de privacidad que están descritas en este aviso mientras estén en efecto. Este aviso toma efecto el 1<sup>ro</sup> de Abril del año 2003 y se mantendrá en efecto hasta que sea reemplazado.

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad y los términos de este aviso a cualquier momento, mientras que estos cambios sean aprobados y permitidos por la ley. Nos reservamos el derecho de finalizar los nuevos términos de este aviso; esto aplicaría a toda la información de salud sobre el paciente incluyendo cualquier información recibida antes del cambio de términos en este aviso. Antes de que algún cambio tome efecto usted será informado mediante un aviso similar a este.

Usted tiene el derecho de solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para mayor información sobre la práctica de privacidad, o para copias adicionales de este aviso por favor contactenos usando la información al final de este aviso.

---

### USOS Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros usamos y revelamos su información de salud como el pago y el tratamiento recibido. También podemos revelar las técnicas usadas para el cuidado de su salud. Por ejemplo:

**TRATAMIENTO:** Nosotros podemos usar o revelar su información de salud a un doctor o a otro proveedor de salud que lo tenga a usted como paciente.

**PAGO:** Nosotros podemos usar o revelar la información de salud sobre el paciente para obtener pago por los servicios ofrecidos.

**TÉCNICAS PARA EL CUIDADO DE SU SALUD:** Nosotros podemos usar o revelar la información sobre su salud en conexión con las técnicas utilizadas para el cuidado de su salud. Estas técnicas incluyen actividades para la evaluación y mejoramiento del servicio. Revisión de la competencia de nuestros profesionales del campo de salud y evaluación de las personas que conducen programas de entrenamiento, acreditación, certificación y licenciatura.

**SU AUTORIZACION:** Además de los tres ejemplos mencionados en la página anterior, usted nos puede dar su consentimiento o autorización por escrito para que nosotros revelemos su información a cualquier persona con cualquier motivo. Usted puede cambiar de parecer en cualquier momento y puede revocar su autorización; esto también se hace por escrito. Esta acción no tendrá efecto sobre la información que ya fue revelada mientras su autorización estaba en efecto. Nosotros no podemos usar o revelar su información a menos que usted nos de un consentimiento escrito, pero hay excepciones como las que fueron mencionadas previamente en este aviso.

**A SU FAMILIA Y AMIGOS:** En caso de que sea necesario, nosotros podemos revelar la suficiente información de salud a sus familiares y/o amigos para que ayude a brindarle una mejor atención. Haremos esto solo si usted está de acuerdo.

**PERSONAS RELACIONADAS CON SU CUIDADO:** Nosotros revelaremos su información a personas que de alguna forma nos puedan ayudar a notificar o asistir en la notificación de un familiar suyo o de la persona responsable por usted (esto incluye identificación o localización del familiar o responsable). Les informaremos donde está usted, su condición general o su fallecimiento. Si usted está presente, le daremos la opción de que usted reuse la revelación de cualquier tipo de información. Si usted estuviera incapacitado, o si hubiera una situación de emergencia, nosotros solo daremos la información que sea necesaria a la persona responsable y usaremos nuestra experiencia y sentido común profesional para juzgar que tipo de información será revelada. También velaremos por interés del paciente e impediremos cualquier acción que nosotros creamos que no beneficie al paciente, por ejemplo: que otra persona que no sea usted recoja prescripciones medicas, rayos X, otros medicamentos u otras provisiones medicas.

**SERVICIOS DE COMERCIALIZACION RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE SU SALUD:** No usaremos ninguna de su información para comercialización de ningún tipo sin su consentimiento.

Verbally Interpreted by: \_\_\_\_\_  
1110S.0

REQUERIDO POR LA LEY: Podríamos usar o revelar su información de salud si es requerido por la ley.

ABUSO O NEGLIGENCIA: Podríamos usar o revelar su información de salud si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o víctima de algún otro tipo de crimen. Podríamos usar o revelar su información de salud si es necesario para prevenir alguna amenaza a su salud o a la salud de otros.

SEGURIDAD NACIONAL: Nosotros podríamos revelar su información de salud a autoridades militares o las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podríamos revelar su información de salud si es requerida por las agencias nacionales de seguridad. También si es necesario podríamos dar su información a un oficial de la ley.

RECUERDO DE CITAS: Podríamos revelar su información de salud si es necesario para recordarle de sus citas (como ejemplo mensajes de voz, postales o cartas).

---

## DERECHOS DEL PACIENTE

ACCESO: usted tiene derecho ver y/o pedir copias sobre su información de salud, con algunas excepciones. Usted puede pedir copias de sus registros en un formato que no sean fotocopias. Usaremos el formato que nos pida a menos que no sea posible. (Usted tiene que pedir acceso a su información por escrito, esto está indicado al final de este aviso) Le cobraremos una tarifa razonable por este servicio ya que esto toma el tiempo de nuestros empleados y además el costo de fotocopias. También nos puede pedir esta información escribiendonos a la dirección indicada al final de este aviso. Si usted pide copias, le cobraremos \$10 por cada página. \$10 por cada hora que uno de nuestros empleados tome para localizar, copiar y mandar su información si usted la quiere recibir por correo. Si usted pide otro formato que no sea fotocopias, le cobraremos una tarifa basada en el costo de el formato usado. Si usted prefiere le prepararemos un resumen o explicación por escrito sobre su información de salud por una cierta tarifa. Contáctenos usando la información provista al final de este aviso.

AVISO DE USO DE INFORMACIÓN: Usted tiene el derecho de tener conocimiento del número de veces en que hemos dado o usado su información de salud. Esto excluye tratamiento, pago o técnicas usadas para el cuidado de su salud (ver **USOS Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**) por los últimos 8 años, pero no antes de 14 de Abril 2003. Si usted pide esta información más de una vez en un periodo de 12 meses le cobraremos una tarifa basada en costos por el trabajo adicional.

RESTRICCIONES: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales al el uso o revelación de su información de salud. Nosotros no estamos requeridos a estar de acuerdo con esta solicitud, pero si estamos de acuerdo, haremos lo necesario para mantener esta solicitud como nuestra prioridad (excepto en un caso de emergencia).

COMUNICACIONES ALTERNATIVAS: Usted tiene el derecho de solicitar que lo contactemos a cerca de la información sobre su salud por medios de comunicación alternativos o en una localidad diferente. (Usted tiene que solicitar esto por escrito). Su solicitud tiene que especificar que otros medios podemos usar para comunicarnos con usted o en que otra localidad. También tiene que explicar satisfactoriamente en que manera se efectuara el pago por servicios.

CORRECCIONES: Usted tiene derecho a solicitar correcciones sobre algún error cometido con su información de salud. (Esta solicitud debe ser presentada por escrito y debe explicar porque la información debe ser corregida). Podemos negar esta petición bajo ciertas circunstancias.

NOTICIAS MEDIANTE VIA ELECTRONICA: Si usted recibe este aviso mediante nuestra página en la red de "Internet" o si recibe este aviso mediante correo electrónico (e-mail), usted también tiene el derecho de recibir este aviso en forma escrita.

---

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted quiere más información a cerca de nuestras prácticas de de privacidad o si tiene alguna pregunta o preocupación por favor contáctenos.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, o si usted no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre su información de salud, o si no hemos tomado alguna acción necesaria cuando usted ha solicitado información, o ha pedido que no revelemos su información, usted se puede quejar usando la información provista al final de este aviso. Usted también se puede quejar por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). Si usted nos solicita, nosotros le proveeremos con la dirección para que usted pueda mandar su queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Nosotros apoyamos el derecho que usted tiene a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos represalias si usted decide quejarse al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos,

Pesona de contacto: Adrie Griffith

Teléfono: 910-790-3836 Fax: 910-777-5454

Dirección: 2520 N. College Road Wilmington, NC 28405

© 2002 American Dental Association  
Todos los derechos reservados  
Uso y reproducción de esta forma están permitidos. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este aviso por otra entidad requiere consentimiento previo de la Asociación Dental Americana (American Dental Association).  
Este aviso es educacional, no reemplaza el consejo legal.