

Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD). Si recibimos o mantenemos información sobre usted de un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que está cubierto por el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2 (un «programa de la Parte 2») a través de un consentimiento general que usted otorga al programa de la Parte 2 para usar y divulgar el registro del programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar su registro del programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe en este aviso. Si recibimos o mantenemos su registro del programa de la Parte 2 a través del consentimiento específico que nos proporcione a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos su registro del programa de la Parte 2 solo según lo permita expresamente en el consentimiento que brinde.

En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos su registro del programa de la Parte 2 o un testimonio que describa la información contenida en su registro del programa de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo de ninguna autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que su consentimiento o la orden de un tribunal lo autorice después de que lo notifique la orden judicial.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI

Se requiere su autorización, con algunas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, el uso o la divulgación de PHI para fines de marketing y para la venta de la PHI. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines que no sean los descritos en este aviso (o salvo en los casos que lo autorice o exija la ley). Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en función de la autorización.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD

Acceso. Tiene derecho a consultar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Debe presentar una solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso. También puede enviar una carta al domicilio que se encuentra al final de este aviso para solicitar el acceso. Si solicita información que conservamos en papel, podemos proporcionarle fotocopias. Si solicita información que mantenemos en formato electrónico, tiene derecho a recibir una copia electrónica. Utilizaremos el formulario y el formato que usted solicite si está disponible. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo de los suministros y la mano de obra de la copia, y por el franqueo si desea que le envíen copias por correo. Utilice la información que se encuentra al final de este aviso para comunicarse con nosotros y solicitar una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Si se le deniega una solicitud de acceso, tiene derecho a que se revise la denegación de acuerdo con los requisitos de la ley vigente.

Listado de la información divulgada. Con excepción de ciertas divulgaciones, tiene derecho a recibir un listado de las divulgaciones de su información de salud conforme a las leyes y regulaciones vigentes. Para solicitar un listado de las divulgaciones de su información de salud, debe enviar la solicitud por escrito al funcionario encargado de la privacidad. Si solicita este listado más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a las solicitudes adicionales.

Derecho a solicitar una restricción. Tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales al uso o divulgación que nosotros hacemos de su PHI, enviando una solicitud por escrito al funcionario encargado de la privacidad. Su solicitud por escrito debe incluir: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea aplicar los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud salvo en el caso en que la divulgación se realice a un plan de salud para efectuar un pago o llevar a cabo actividades de atención médica, y la información se relaciona exclusivamente con un artículo o servicio de atención médica por el cual usted, o una persona en su nombre (que no sea el plan de salud), haya pagado íntegramente en nuestro consultorio.

Comunicación alternativa. Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su información de salud a través de medios alternativos o en lugares alternativos. Debe solicitarlo por escrito. Su solicitud debe especificar los medios o lugares alternativos, y brindar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos conforme a los medios o lugares alternativos que usted solicite. Admitiremos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted a través de los medios o lugares que ha indicado, podemos usar la información que tenemos para contactarlo.

Enmienda. Tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias. Si aceptamos su solicitud, modificaremos sus registros y se lo notificaremos. Si rechazamos su solicitud de enmienda, le daremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos y le explicaremos sus derechos.

Derecho a recibir una notificación sobre un acceso no autorizado. Recibirá notificaciones sobre los accesos no autorizados a su información de salud protegida no asegurada según lo exija la ley.

Aviso electrónico. Puede recibir una copia impresa de este aviso si la solicita, incluso si aceptó recibir este aviso en formato electrónico en nuestro sitio web o por correo electrónico.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que usted hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud, o para que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternativos, puede enviarnos una queja utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos el domicilio para presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si la solicita.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y NOMBRE DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA PRIVACIDAD:

Nuestro Funcionario de Privacidad: James A. Dempsey, DDS PC

Teléfono: 515-223-5673

Fax: 515-223-1708

Dirección: 5000 EP True Pkwy, Ste B West Des Moines, IA 50265

Correo electrónico: Jamesdempseydds@gmail.com

Se permite la reproducción de este material por los dentistas y sus empleados. Cualquier otro uso, duplicación o distribución por cualquier otra parte requiere aprobación previa por escrito de la Asociación Dental Americana. **Este material es para fines educativos únicamente, no constituye una asesoría legal y abarca solo las leyes federales, no las estatales. Los cambios en las leyes y regulaciones vigentes pueden requerir una revisión. Los dentistas deben comunicarse con sus abogados personales para obtener asesoría legal sobre el cumplimiento de la HIPAA, la Ley sobre el Uso de Tecnología de la Información para la Salud Clínica y Económica (HITECH) y las leyes y regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.**