

**Lee Zhao, DMD, PC**

2055 Beaver Ruin Rd., Suite E  
 Norcross, GA, 30071  
 Telephone: (770) 242-0021

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

### AVISO DE PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE EL USO Y LA REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MEDICA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

**El Acta de 1996 para La Portabilidad & Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996, H.I.P.A.A.)** exige que todos los datos de asistencia médica y otra información de salud usada o revelada en cualquier forma, así sea electrónicamente, escrito en papel, o oralmente, se mantenga confidencial. Esta ley federal le provee a usted, el paciente, derechos nuevos importantes para entender y controlar el uso de su información de salud médica. H.I.P.A.A. impone penalidades a esas entidades cubiertas que hacen mal uso de datos de salud. Esta ley nos requiere la preparación de esta explicación de confidencialidad de su historia de salud médica y del uso y revelación de sus datos de salud.

**Sin autorización específica por escrito nos permite usar y revelar sus datos médicos para el uso de tratamiento, de pago y de operaciones de salud.**

- Tratamiento significa proveer, la coordinación, o el manejo de los servicios de salud médica por uno o más proveedores de salud médica. Por ejemplo, podemos compartir con otros médicos o con especialistas interesados en la continuación de su salud.
- Pago significa esas actividades necesarias para obtener el reembolso por servicios rendidos, para confirmar la póliza de seguros, para las facturas, para la colecta de pagos por los servicios y para análisis del uso. Por ejemplo, podemos revelar la información de tratamiento para pedir pago por el servicio dental.
- Operaciones de salud Médica incluyen los asuntos de negocios necesarios para el manejo de nuestro consultorio. Por ejemplo, la información de un paciente puede ser usada para propósitos de entrenamiento o para hacer revelaciones de buena salud.

**De no especificarse lo contrario,** podemos usar o revelar su historia de salud a miembros familiares, a las amistades, a su representante personal o a otros individuos, así sea necesario para ayudar con su salud médica o con pagos por servicios médicos. En caso de emergencia o su incapacidad, daremos nuestra opinión profesional en revelar su historia de salud necesaria para facilitar el cuidado médico que se requiera. También podemos usar su información confidencial para recordarle de sus citas médicas a través de tarjetas de envío y/o dejando mensajes en la casa y/o en el trabajo. La información de su salud también se puede usar por nuestra oficina para recomendar tratamientos alternos o para proveerle información relacionada a beneficios y servicios médicos que puedan ser de interés. También podemos revelar su información médica para actividades de salud pública, para los procesos en las Fuerzas Armadas, para oficiales federales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional, para instituciones correccionales o oficiales de ejecución de la ley y/o para reportar sospecho de abuso, de abandono o de violencia doméstica. Cualquier otro uso y revelación de información será posible solamente con su autorización por escrito. Puede revocar esta autorización por escrito y estamos obligados de honrar y proceder a través de su pedido por escrito, excepto hasta el punto donde ya hayamos tomado acciones específicas por su autorización.

- **Usted tiene ciertos derechos con relación a su información protegida de salud,** la cual usted puede ejercer al presentar un pedido por escrito a nuestra Oficina de Confidencialidad a la dirección de nuestra clínica apuntada abajo:
- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones para los usos y revelaciones de su historia de salud médica. Esto incluye la revelación a su familia, a sus amistades o a otras personas. Nosotros no estamos obligados de consentir con sus restricciones. Si consentimos con su solicitud, tenemos que respetarlo a menos que nos diga lo contrario.
- Usted tiene el derecho de recibir su información médica por medios alternos y a localidades alternas.
- Usted tiene el derecho de tener acceso, revisar y sacar una copia de su historia clínica con algunas excepciones. Será a la disposición para una pequeña cantidad.
- Usted tiene el derecho de pedir una enmienda para su información confidencial. Podemos negarle su petición en algunas situaciones.

- Usted tiene el derecho de recibir un informe de las revelaciones de su historia clínica fuera de los tratamientos, del pago o de las operaciones (o basado en su previa autorización).
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso aunque lo haya recibido electrónicamente.

**La ley nos requiere mantener su historia de salud de manera privada** y nos requiere proveerle con un aviso de nuestras responsabilidades o funciones legales y nuestras practicas de confidencialidad de la información medica.

**Este aviso entra en efecto en \_\_\_\_\_, 2004** y tenemos que atenernos a las condiciones del aviso de los ejercicios confidenciales que están desde ahora en efecto. Reservamos el derecho de cambiar las condiciones de nuestro aviso de los ejercicios confidenciales. También podemos poner las nuevas provisiones en efectivo para toda la información médica que mantenemos. La revisión de nuestro aviso de los ejercicios confidenciales será inmediatamente efectiva y usted puede pedir una copia de la revisión por escrito en nuestra oficina.

**Si usted piensa que nosotros hemos violado sus derechos, puede someter una queja formal por escrito** y enviarla a la dirección debajo o al Departamento de Salud y Recursos Humanos (Department of Health and Human Resources) o la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights). Si usted somete una queja no tomaremos represalias contra usted.

**Para más información sobre nuestros ejercicios confidenciales, por favor contacte:**

Lee Zhao, DMD, PC  
 2055 Beaver Ruin Rd. Ste. E  
 Norcross, GA 30071

**Para más información sobre HIPAA o para someter una queja:**

The U.S. Department of Health & Human Services  
 Office of Civil Rights  
 200 Independence Avenue, S.W.  
 Washington, DC

***GRACIAS POR SU VISITA!***

**Lunes (Mon): 9AM - 6PM**  
**Martes (Tue): 8AM - 5PM**  
**Miércoles (Wed): 8AM - 5PM**

**Jueves (Thu): 10AM - 7PM**  
**Viernes (Fri): CLOSED**  
**Sábado (Sat): 9AM - 3PM**







