



Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRIVACIDAD

**Este Aviso describe como su formacion medica y dental puede utilizarse y divulgarse y como puede obtener acceso a esta informacion. Por favor de leer cuidadosamente.**

Entendemos que la privacidad de su informacion personal es importante para usted. Como su oficina de ortodoncia, creemos que su derecho a la privacidad es una parte fundamental de su tratamiento; como tal; queremos que entienda nuestras practicas de privacidad y procedimientos. Si tiene cualquier pregunta sobre estas plizas por favor no dude en llamarnos al (303)498-0351.

### Informacion que Recopilamos sobre usted

Recopilamos informacion personal acerca de usted y su familia como parte de nuestro proceso de pacientes nuevos, en el transcurso de su atencion, y de otras entidades de salud que usted utiliza, tales como: otros dentistas y especialistas, instalaciones de procesamiento de imagenes, laboratorios y su compania de seguros. Esta informacion personal incluye elementos como su nombre, direccion, numero de telefono, fecha de nacimiento, numero de seguro social, empleador, historial de salud, poliza de seguro e informacion de cobertura y cualquier informacion que usted proporcione. Durante el curso de su tratamiento recopilaremos informacion dental sobre diagnostico, planes de tratamiento, progreso y resultados de la prueba o algunas radiografias.

### Como se Utiliza su Informacion

La informacion personal y de salud puede utilizarse y divulgarse con su consentimiento general para fines de tratamiento, pago u operaciones de atencion medica de rutina. Esto significa que podemos enviar su informacion a otros dentistas o instalaciones involucradas en su tratamiento, asi como a su compania de seguros o una agencia de coleccion para obtener el pago. Esto incluye la presentacion electronica de la informacion para efectos de reclamacion de seguro. Esto tambien incluye el contacto con usted y su familia para proveer recordatorios de citas o informacion sobre el tratamiento. Cualquier otro uso de la informacion requiere una autorizacion firmada por usted, el paciente o tutor y puede ser revocado en cualquier momento con una solicitud por escrito. Eng Orthodontics no vende la informacion del paciente a un tercer partido. En ciertos casos de interes de salud publica somos obligados a revelar cierta informacion a organizaciones de salud locales, estatales o nacionales o agencias gubernamentales.

### Salvaguardar su Informacion de Salud y Personal

Estamos obligados por ley a (1) Asegurarnos que la informacion medica que lo identifica se mantenga privada, (2) Proporcionarle nuestro aviso de privacidad y (3) cumplir con los terminos establecidos en el aviso de privacidad. Como un medio de proteger su privacidad, restringimos el acceso a su informacion personal y salud. Solo aquellos empleados que necesitan la informacion para completar su trabajo y proporcionar servicio de calidad a usted.

Eng Orthodontics mantiene salvaguardias fisicas, electronicas y de procedimientos para cumplir con las regulaciones estatales y federales que protegen su informacion personal y de salud. Si siente que su privacidad ha sido violada, usted tiene el derecho a presentar una queja con el Departamento de salud y servicios humanos. Una queja de ninguna manera influira en el curso del tratamiento con nuestra oficina.

### Cambios a Nuestro Aviso de Privacidad

Todos los pacientes nuevos recibirán una copia de nuestro Aviso de Privacidad. Eng Orthodontics ocasionalmente revisa el Aviso de Privacidad y se reserva el derecho a modificarla. Notificacion de cambios estara disponible en la recepcion antes de la fecha efectiva de cualquier cambio.

### El Derecho a Restringir uso de la Informacion

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones a nuestros usos o divulgaciones de su informacion personal o de salud, aunque no estamos obligados a aceptar estas restricciones. Una vez que se ha procesado su solicitud, esta permanecera en efecto hasta que usted solicite un cambio.

### Reconocimiento de Paciente

He revisado al Aviso de Privacidad de Eng Orthodontics y entiendo que mi nombre y mis registros diagnosticos pueden utilizarse para propósitos educativos y promocionales.

Firma Usted/Conyuge/Padre/Tutor/Guardian/Otro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

