

Phoenix Dental Center

Por ser requerida por las regulaciones creadas en consecuencia del Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996(HIPPA)

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA, EVALUADA Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTE INFORME.

- **La forma en que nosotros evaluamos y usamos su informacion medica.**

Nosotros, los proveedores, usamos la información medica del paciente para diagnosticar y tratarlo. Para recibir pagos por tratamiento que usted recibe. Por ejemplo, su informacion puede ser compartida a travez de documentos, cartas de correo electronico, fax, entre otros metodos. Nosotros podemos evaluar y utilizar su informe sin su autorización por diferentes razones. Sin embargo, cualquiera que sea la situacion siempre le pediremos su autorización escrita antes de utilizar o compartir su informacion medica. Si usted firma una autorización medica, usted tambien podria revocar la misma para retener cualquier uso futuro de esta información.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esto, por favor contacte a:

Phoenix Dental Center P.L.L.C (602)650-1700

- **Sus Derechos**

En la mayoría de los casos usted tiene el derecho de evaluar u obtener una copia de su historial medico con el cual nosotros tomaremos decision acerca del tratamiento. **Si usted quisiera una copia, cobraremos un cargo minimo, tendria que ser por escrito y firmado por usted.** Usted tambien tiene el derecho de pedir una lista de ciertos tipos de comentarios acerca de su información medica que nosotros hayamos hecho. Si usted piensa que su información es incorrecta o algo falte, usted tiene el derecho de pedir que nosotros corriamos o completemos esta informacion.

- **Nuestro deber Legal**

Por ley, nosotros tenemos que proteger la privacidad de su informacion medica. Al mismo tiempo, es nuestro deber tener este documento sobre nuestras reglas de privacidad al paciente, seguir al pie de la letra las reglas escritas en este documento, y asegurarnos de que usted este al tanto de todo lo que se hace con esta informacion. Nosotros podemos cambiar estas reglas de privacidad y colocaremos uno nuevo en el area de espera. Usted tiene el derecho de pedir una copia de nuestro documento de privacidad o puede contactar a la persona a cargo.

- **Quejas de privacidad**

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados asi como nuestras reglas de privacidad o si usted no esta de acuerdo con alguna decisión hecha por nosotros sobre acceso de su información medica, puede contactar al centro de quejas mencionado abajo. Usted tambien puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Dept. of Health & Human Services). El contacto mencionado abajo puede dar información en caso de una queja escrita que usted quiera hacer.

1. Por favor contactar al centro dental.
Phoenix Dental Center P.L.L.C
1950 W. Indian School Rd. Suite #6
Phoenix , Arizona 85015
2. Todas las quejas tienen que ser sometidas por escrito. No tomaremos represalias en su contra por presentar alguna queja.

Al firmar este documento, el paciente o la persona responsable que ha leído y entendido el Aviso de Privacidad (HIPPA).

Firma

Nombre (escrito)

Fecha