****

**Clínica de Higiene Dental
3491 West Wights Fort Road
West Jordan, Utah 84088**

**801-957 6001**

**AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO PRÁCTICAS**

Este aviso describe cómo la información dental / médica acerca de usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revise cuidadosamente y firme en el lugar apropiado.

Salt Lake Community College utilizará la información de salud del paciente para permitir la tratamiento, pago y atención médica. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento y por toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento notificando al Salt Lake Community College por escrito.

**Tratamiento:** Puede que sea necesario compartir información de salud del paciente con otros dentistas o instalaciones médicas / dentales. Esto puede incluir a especialistas y de atención primaria médico/ proveedores médicos

**Operaciones de Salud**: Salt Lake Community College protegerla información de salud del paciente mediante el acceso a la información que es razonable y documenta las revelaciones, hablando en voz baja y comparte información fuera de la práctica cuando sea necesario para proporcionar un funcionamiento óptimo de salud incluyendo la realización de programas de capacitación, certificación, concesión de licencias y las actividades de acreditación . Contactar a un paciente acerca de las citas y la transmisión de información relevante acerca de los servicios de salud es una parte de las operaciones de salud.

**Familia y Amigos**: Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarle con su salud sobre una notificación por escrito.

**Su Autorización:** Usted puede revocar su autorización para el uso de su información de salud para operaciones de tratamiento, pago o salud, **por escrito**, en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelaciones permitidos por su autorización mientras estaba vigente.

**No podemos divulgar su información de salud por cualquier motivo, excepto como se indica a continuación:**
**Mercadeo de Servicios relacionados con la salud:** no vamos a utilizar su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su previo aviso por escrito.

**Requisitos Legales:** Podemos usar o divulgar su información médica según lo requerido por la ley. Podemos revelar a la institución correccional u oficial de la ley que tenga la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a funcionarios federales la información de salud requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información médica a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos graves. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

**DERECHOS DEL PACIENTE:** Los pacientes del Salt Lake Community College tienen los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

1. El derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Privacidad a petición.
2. Los derechos de acceso, inspeccionar o recibir una copia de los registros dentales personales.
3. Si un paciente requiere de copias de sus discos o sus rayos-x(s) que se prestará dentro de los siete días siguientes a la solicitud bajo las siguientes condiciones.
4. El paciente debe dar una liberación de registros médicos forma de consentimiento firmado.
5. Esta solicitud debe hacerse durante los meses de la clínica de higiene dental está en sesión.
6. Un precio razonable para la duplicación debe ser presentada.
7. El derecho a solicitar una enmienda a su información de salud. Esta solicitud deberá hacerse por escrito y debe incluir la razón por la que solicita la modificación. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

***\* La palabra paciente también puede comprender padre o tutor, legal o persona legalmente autorizada.***
**Preguntas o Inquietudes**

Si necesita más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad /Gerente de la Clínica al número que aparece en la parte superior del lado opuesto de esta página.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos de modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede abordar este problema con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. Si desea presentar una queja por escrito al Departamento de EE.UU. de Salud y Servicios Humanos le proporcionará la dirección a petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el US Department of Health and Human Resources.

**Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Aviso de Privacidad Acuerdo de Prácticas. Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluye el permiso para la clínica de higiene dental en contacto con mi médico (s) y / o su personal, o de otros profesionales, según sea necesario, para desarrollar un seguro y efectivo plan de tratamiento dental higiene para mí.

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**