

ChildSmiles/ FamilySmiles Pediatric Dentistry HIPPA Form

INFORMAÇÕES AOS NOSSOS PACIENTES SOBRE A NOSSA POLÍTICA DE PRIVACIDADE E DE PRÁTICA

Os doutores e a equipe de funcionários do ChildSmiles estão cometidos a manter o sigilo da sua informação pessoal, financeira, e saúde. O Estado e a lei Federal exigem que nós lhe informamos a nossa política de práticas desde que nós lhe proporcionarmos serviços.

COMO NÓS PROTEGEMOS SUA INFORMACAO PESSOAL: Nós autorizamos indivíduos a acessar sua informação pessoal somente a extensão necessária de conduzir nosso negócio ao seu servimento, tal como a fazer e confirmar apontamentos dentais, a submissão de reivindicações de seguro, a fixação da informação do benefício de seguro, e a submissão de reivindicações de seguro, a fixação da informação do benifício de seguro, e a submissão de aplicações para arranjos do pagamento de terceiros por seu pedido. Nós tomamos precauções para proteger o nosso edifício, pastas dos pacientes, e o nossos sistemas eletrônicos para pessoas desautorizadas. Nossos empregados são treinados para respeitar a sua privacidade e a manusear a sua informação pessoal e de saúde, manual ou verbal segundo os procedimentos dessa clinica. Todos os empregados são sujeitos a serem disciplinados se violarem estes procedimentos.

INFORMAÇÃO QUE NÓS COLETAMOS: Os exemplos de sua informação pessoal incluem: seu nome, numero de segurança social, endereço, numero de telephone, emprego, história médica, registros de saúde, informação de reinvidicação, e número de carta de condução.

INFORMAÇÃO QUE NÓS COMPARTILHAMOS: Nós podemos compartilhar de sua informação pessoal ou da saúde com outros terceiros com ou sem autorização prévia para nossas funções de negócios normais. Os exemplos de nossas funções de negócios normais incluem:

- Submissão de reivindicações dentais
- Referências as especialista
- Pedido a outros fornecedores do serviço a saúde
- Pedido para ou da farmácia
- Processando as transações que você pedir
- A notificação de apontamentos através de cartões postais, de mensagem de voz, ou das outras maneiras escritas ou verbais.

DIREITOS DOS PACIENTES:

Nós honramos o seu direito de pedir acesso a sua informação pessoal. Para o fazer, você deve submeter um pedido escrito que descreve a informação que você está pedindo. Haverá uma taxa de \$5 pelo tempo que a equipe de funcionários acessará e copiará a informação pedida mais o porte postal. Se nós formos capaz de localizar e acessar a sua informação no prazo de 30 dias de seu pedido nós iremos lhe:

- Informar a natureza e a substância da informação pessoal tanto escrita ou pelo telephone.
- Permitir a ver e copiar, pessoalmente a informação pedida ou para obter uma cópia pelo correio da maneira que você preferir.
- Divulgue das pessoas a quem nos compartilhamos de sua informação pessoal, se não disponível os nomes das organizações, então o nome das pessoas a quem a informação é divulgada normalmente.
- Fornecer um sumário dos procedimentos pelo qual você pedo pedir a correção, a emenda ou o apagamento de sua informação pessoal.

Se você pedir uma correção, uma emenda ou um apagamento da informação pessoal, nós corrigiremos, emendaremos ou suprimiremos a sua informação pessoal ou notificaremos a nossa recusa. Você pode submeter uma indicação que nós diz o que você acredita ser informação revelante ou justa e as razões que você discorda com nossa decisão. Suas indicações serão arquivadas com sua informação pessoal.

Nome do paciente: _____

Assinatura do responsável: _____ Data: _____