

ChildSmiles/FamilySmile Pediatric Dentistry HIPAA Form

INFORMACION A NUESTROS PADRES SOBRE NUESTRA POLITICA DE PRIVACIDAD Y INFORMACION DE NUESTRA PRATICA

Los doctores y equipo de funcionarios de ChildSmiles estan dedicados a manetener confianza de su informacion personal, financiera y medica. La ley del Estado y Federal require que nosotros informemos a ustedes de nuestra politica y ptraticas para poder serviles.

COMO PROTEGER SU INFORMACION PERSONAL:

Nosotros damos autorizacion a individuos para poder acessar a su informacion solo al extreme necesario de conducta para nuestro negocio hacia usted, como hacienda y confirmando citas, sumitiendo reclamos de informacion al seguro, asegurando beneficios del seguro, y sumitiendo aplicaciones para un pago a un tercer miembro por su pedido. Nosotros tomamos los pasos de seguridad de nustrro edificio, documentos de clients y sistema eletronicosde acceso sin autorizacion. Nuestros funcionarios estan entrnados acera de la confianza y estan limitados por Politica de Oficina y Procedimientos acera de su informacion personal, financiera y medica. Todos los empleados seran sudmetidos a disciplina si rompen unas de esto procedimientos.

INFORMACION QUE COLECTAMOS:

Ejemplos de su informacion personal incluye: nombre, Social Security numero, direction, numero de telephone, trabajo, historia medica, record de salud, informacion de reclamo y numero de licencia.

INFORMACION QUE COMPARTIMOS:

Nosotros podemos compartir su informacion personal a un tercer miembro con o sin su autorizacion para nuestras funciones de negocio normal. Ejemplos de funciones de negocio normal incluye:

- Reclamos Dentales
- Referencia a un Especialista
- Pedido de otro Healthcare Provider
- Pedido para nuestra farmacia
- Procesando transacciones pedida por usted
- Notificando citas por correo, voicemail o otras medidas escritas

DERECHOS DEL PACIENTE:

Nosotros honramos su derecho a pedir abseso a su informacion. Para hacer eso tiene que escribir una carta describiendo en detalle la informacion que desea obtener. Tendra que pagar \$5 por tiempo de nustrro equipo y copier el pedido ademas el postaje. Si podemos encontrar o recibir la informacion durante los 30 dias de su pedida nosotros:

- Informamos a usted de la substancia de informacion personal en escrito o por teelfone
- Permitoa usted ver y copier, en persona el pedido de informacion o obtenga una copia por correo lo que usted prefira
- Disvulge las personas a quien hemos compartido informacion con o si no es possible los nobres de las onganizaciones o personas a quien la informacion cierra normalmente
- Haz un sumario de los procedimientos por lo cual usted pedir una correction, amendimiento o cancelura de su informacion personal

Si usted pide una correction, amendimiento o conclura de su informacion personal , nosotros correjimos, amendamos o cancelamos su informacion o comunicamos la negacion. Usted puede ser sometito a darmos un papel escrito decidiendonos lo que usted cree que es relevante o justa informacion y razones por la cual usted no esta deacuerdo con nosotros. Su escrito ira con su informacion.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento____/____/_____

Firma del responsable: _____ Fecha: ____/____/_____