

# American Canyon Dental Care

## Aviso de Prácticas de Privacidad

Toda la información que se obtiene de usted por esta oficina está protegida y es confidencial. Todas las medidas razonables para evitar la divulgación no autorizada de su información de salud protegida es practicada.

### Usos y divulgaciones

- su información de salud protegida se accede y se utiliza para fines relacionados con la salud.
- Su información de salud protegida nunca será vendida, alquilada, transferidos intercambiados, y/o utilizado para fines no relacionados con la salud incluyendo actividades de marketing sin su autorización escrita.
- su información de salud protegida es divulgada a entidades de terceros sin su autorización escrita para los fines de tratamiento, para obtener pago para tratamiento y operaciones de cuidado de salud.

### Ciertas circunstancias

Su información de salud protegida puede ser revelada sin su autorización por escrito en ciertas circunstancias limitadas,

- Emergencias Médicas
- En situaciones requeridas por la ley
- individuos involucrados en su cuidado
- cuando sea solicitado por la agencia de salud pública
- cuando solicitada por un organismo encargado de hacer cumplir la ley
- para cualquier otro propósito que no sea el tratamiento, obtener pago, operaciones de atención

De la salud, o en determinadas circunstancias, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información protegida de la salud. Si usted elige firmar una autorización para revelar información de salud protegida, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento.

### Derechos del Paciente

- Usted tiene derecho a solicitar por escrito a inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud.\*
- Usted tiene derecho a solicitar un medio alternativo o ubicación para recibir comunicaciones con respecto a su información de salud.\*
- Usted tiene derecho a solicitar por escrito a modificar, corregir o eliminar cualquier información de salud registrada en nuestra posesión.\*
- Usted tiene derecho a solicitar por escrito a restringir algunos de los usos y divulgaciones de su información de salud.\*
- Usted tiene derecho a solicitar por escrito una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que fueron realizadas por esta oficina.\*

\*Condiciones y pueden aplicar limitaciones; obtener información adicional en la recepción.

**Cambios a Este Aviso:** Nos reservamos el derecho a cambiar las prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso en cualquier momento y sin previo aviso. En el caso de cambios, un aviso de actualización será publicado y una copia será enviada a usted.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_