

MOUNTFORD & RUSZKOWSKI

— Family Dentistry —

Nombre del Paciente

*Nombre

*Apellido

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA CON CUIDADO.
Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.

Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad (consulte la Información de contacto más abajo).

Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html.

No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe
Incluyamos su información en un directorio hospitalario

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

Propósitos de mercadeo

Venta de su información

La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras - por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Hacer investigaciones

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria

Podemos compartir información médica con un forense, médico examinador o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender reclamos de compensación laboral, solicitudes de las autoridades y otras solicitudes del gobierno

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como asuntos militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Protecciones y avisos adicionales importantes

Algunos usos y divulgaciones están restringidos o tienen requisitos adicionales según la ley federal.

Cierta información, como información relacionada con VIH, información genética, expedientes de tratamiento por consumo de alcohol y/o sustancias, y registros de salud mental, puede estar sujeta a protecciones de confidencialidad especiales conforme a la ley estatal o federal aplicable. Cumpliremos con esas protecciones especiales cuando correspondan.

Información de tratamiento por trastorno por consumo de sustancias (SUD) proveniente de programas de la Parte 2

Podemos recibir, como parte de su historia clínica o por coordinación de la atención, registros relacionados con el diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento de un trastorno por consumo de sustancias que estén protegidos por 42 CFR Parte 2 ("Parte 2") y que provengan de otros proveedores. Cuando recibamos registros protegidos por la Parte 2, los manejaremos conforme a la ley aplicable y a cualquier consentimiento escrito bajo el cual se nos hayan divulgado.

Si recibimos registros protegidos por la Parte 2 bajo un consentimiento que permite su uso y divulgación para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, podremos usarlos y divulgarlos para esos fines de conformidad con dicho consentimiento y la ley aplicable. Si recibimos la información bajo un consentimiento que limita su uso o divulgación a fines o destinatarios específicos, respetaremos esas limitaciones.

En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos los registros protegidos por la Parte 2 que recibamos de un programa de la Parte 2, ni testimonio que describa la información contenida en dichos registros, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos por parte de cualquier autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento escrito o por una orden judicial después de que se le haya notificado. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue la divulgación, y cualquier divulgación se limitará a lo que autorice el tribunal.

Nuestras responsabilidades

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia.

No utilizaremos ni compartiremos su información de una manera distinta a la descrita aquí a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de esta notificación

Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Información de contacto

Oficial/Contacto de privacidad: Chris Mountford and Susan Nelson

Teléfono: 616-842-0822

Dirección: 1 South Harbor Drive Ste 2, Grand Haven, MI 49417

Correo electrónico: snelson@westmichigandentistry.com

Fecha de vigencia: 16 de febrero de 2026 (o posterior si se revisa/emite después)

Acuse de recibo

Confirmando haber recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad vigente de este centro de atención médica, con fecha de entrada en vigor del 16 de febrero de 2026. Una copia de este documento firmado y fechado tendrá la misma validez que el original. Entiendo que Mountford and Ruszkowski Family Dentistry tiene derecho a modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad periódicamente y que puedo comunicarme con Mountford and Ruszkowski Family Dentistry en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Mi firma también servirá como autorización para la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) en caso de que solicite que se envíen mis tratamientos o radiografías a otros médicos o centros de atención médica en el futuro.

Sus comentarios sobre el acuse de recibo y el consentimiento deben indicarse aquí:

Yo autorizo las siguientes personas (ejemplo: conyuge, padres/abuelos, hermanos, hijos) de tener acceso a la tierra y ser informado de las mencionadas dentales del paciente/información medica y dental y la atencion medica si no lista cualquiera NO compartiremos ninguna informacion sobre su cuenta.

Persona 1

Nombre

Relación

Persona 2

Nombre

Relación

Persona 3

Nombre

Relación

Si no incluye a nadie, NO compartiremos ninguna información sobre su cuenta.

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Como Responsable de Privacidad, intenté obtener la confirmación por escrito del paciente (o su representante) de la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no fue posible obtenerla debido a:

Nombre del Responsable de Privacidad _____