

PLEASE KEEP FOR YOUR RECORDS

Notice of Privacy

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

With your consent, the program is permitted by federal privacy laws to make uses and disclosures of your health information for purposes of treatment, payment, and health care operations. Protected health information is the information we create and obtain in providing our services to you. Such information may include documenting your symptoms, examination and test results, diagnosis, treatment, and applying for future care or treatment. It also includes billing documents for those services.

Example of use of your health information for treatment purposes:

Clinical staff obtains information about you and records it in a health record. During the course of your treatment, the clinical staff determines a need to consult with another dental professional in the area. The clinical staff will share the information with dental professional to obtain input.

Example of use of your health information for payment purposes: The program may submit a request for payment to Medicaid/CHIP and/or your insurance company. Medicaid/CHIP or the insurance company may request information from us regarding the dental care provided. We will provide information to them about you and the care given.

Example of use of your information for health care operations: The program tracks internal information regarding the populations served by the program through detailed measurements to include but are not limited by: quality assessment, quality improvement, outcome evaluation, protocol and clinical guidelines development, training programs, credentialing, medical review, legal services, insurance filings and outreach assessments. We will share information about you with our partners as necessary to obtain services, program review and funding opportunities.

The health records we maintain and billing records are the physical property of the program. The information in it, however, belongs to you. You have a right to:

- Request a restriction on certain uses and disclosures of your health information by delivering the request in writing our office. We are not required to grant but we will comply with any request granted;
- Request that you be allowed to inspect and copy your health record and billing record-you may exercise this right by delivering the request in writing to the program;
- Appeal a denial of access to your protected health information except in certain circumstances;
- Request that your health care record be amended to correct incomplete or incorrect information by delivering a written request to the program;
- File a statement of disagreement if your amendment is denied, and require that the request for amendment and any denial be attached in all future disclosures of your protected health information;
- Obtain an accounting of disclosures of your health information as required to be maintained by law by delivering a written request to the program. An accounting will not include internal uses of information for treatment, payment, or operations, disclosures made to family members or friends in the course of providing care;
- Request that communication of your health information be made by alternative means or at an alternative location by delivering the request in writing to our office; and,
- Revoke authorization that you made to use or disclose information except to the extent information or action has already been taken by delivering a written revocation to the program.

Signature below is acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices:

Our Responsibilities

The program is required to:

- Maintain the privacy of your health information as required by law;
- Provide you with a notice of our duties and privacy practices as to the information we collect and maintain about you;
- Abide by the terms of this Notice;
- Notify you if we cannot accommodate a requested restriction or request; and
- Accommodate your reasonable requests regarding methods to communicate health information with you.

The program reserves the rights to amend, change, or eliminate provisions in our privacy practices and access practices and to enact new provisions regarding the protected health information we maintain. If our information changes, we will amend our Notice. You are entitled to receive a revised copy of the Notice by calling and requesting a copy of our "Notice" or by visiting our facility and picking up a copy.

To request information or file a complaint

If you have questions, and would like additional information, or want to report a problem regarding the handling of your information please write to:

Future Smiles
3074 Arville Street Las Vegas, Nevada 89102

You may also file a complaint by mailing it or emailing it to the Secretary of Health and Human Services.

- The program cannot, and will not, require you to waive the right to file a complaint with the Secretary of Health and Human Services (HHS) as a condition of receiving treatment. Nor will the program retaliate against you for filing a complaint.

Other Disclosures

Notification

Unless you object, we may use or disclose your protected health information to notify, or assist in notifying, a family member, personal representative, social worker, school counselor, schoolteacher, or other person responsible for your care, about your location, and your general condition, or your death.

Communication with Family

Using our best judgment, we may disclose to a family member, other relative, or other person responsible for your care, your health information relevant to that person's involvement in your care or in payment for such care if you do not object or in an emergency.

Abuse and Neglect

The program may disclose your protected health information to public authorities as allowed by law to report abuse or neglect.

Health Oversight

Federal law allows us to release your protected health information to appropriate health oversight agencies or for health oversight activities.

Other Uses

Other uses and disclosures besides those identified in this Notice will be made only as otherwise authorized by law or with your written authorization and you may revoke the authorization as previously provided.

Print Name _____ Signature _____ Date _____

POR FAVOR DEJA PARA SU ARCHIVO

Nota de Privacidad

Esta nota describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada, compartida y cómo usted puede conseguir acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Con su consentimiento, el programa es permitido por leyes federales privadas de usar y compartir su información de su salud con intenciones sobre su tratamiento médico, pago, y procedimientos médicos. La información que obtenemos es la que creamos cuando le proporcionamos nuestros servicios a usted. Tal información puede incluir documentación de sus síntomas, resultados de la examinación y estudio, diagnosis, tratamiento, y solicitar el cuidado o tratamiento futuro. También incluye los documentos de facturación para esos servicios.

Ejemplo del uso de su información médica para propósitos del tratamiento: El personal clínico obtiene la información sobre usted y la registra en un expediente. Durante el curso de su tratamiento, el personal clínico determina si hay necesidad de consultar con otros dentistas profesionales en el área. El personal clínico compartirá su información con el profesional dental para obtener respuestas.

Ejemplo del uso de su información médica sobre propósitos de pago: El programa puede someter una factura a Medicaid/CHIP y/o a su compañía de seguros sobre el reembolso. Medicaid/CHIP o la compañía de seguros puede solicitar la información de nosotros con respecto al cuidado dental proporcionado. Les suministraremos la información sobre su tratamiento.

Ejemplo del uso de su información para las operaciones medicas: El programa mantiene la información interna con respecto a las poblaciones servidas por el programa con medidas detalladas para incluir sino para no ser limitado cerca: la evaluación de calidad, el mejoramiento de calidad, la evaluación del resultado, el protocolo y el proceso de las guías clínicas, programas de entrenamiento, revisión de credenciales, revisión médica, servicios legales, pedir reembolso del seguro y evaluaciones de extender la mano. Compartiremos la información sobre usted con nuestros socios cuanto sea necesario para obtener servicios, la revisión del programa y oportunidades de financiamiento.

Los expedientes de la salud que mantenemos y los expedientes de la facturación son la propiedad del programa. La información en ella, sin embargo, pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción en ciertas aplicaciones y accesos de su información médica escribiéndole a la oficina de Future Smiles. No nos requieren conceder sino que nos conformaremos con cualquier petición concedida;
- Solicitar a que le permitan examinar y copiar su expediente y facturación médica puede ejercitar este derecho entregando una petición escrita a nuestro programa;
- Apelar una negociación del acceso a su información médica protegida excepto en ciertas circunstancias;
- Solicitar que su expediente médico sea enmendado para corregir la información incompleta o incorrecta entregando una petición escrita al programa;
- Remitir una declaración del desacuerdo si se niega su enmienda, y puede requerir que la enmienda y cualquier negación esté unido con todos sus expedientes futuros de su información médica;
- Obtenga una contabilidad de accesos de su información médica que requiere ser mantenida por la ley entregando una petición escrita al programa. Una contabilidad no incluirá aplicaciones internas de la información para el tratamiento, pago, o las operaciones, los accesos hechos a los miembros de la familia o los amigos en el curso de proporcionar cuidado;
- Solicite que la comunicación de su información media sea hecha por medios alternativos o en una localización alternativa entregando la petición escrita a nuestra oficina; y,
- Revoque la autorización que usted hizo para utilizar o divulgar la información excepto a la información o a la acción que ha sido tomada entregando una revocación escrita al programa.

La firma a continuación es un reconocimiento de que ha recibido este Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad:

Padre/Guardian nombre escrito:

Padre/Guardian firma:

Nuestras responsabilidades

Se requiere que el programa:

Mantenga la privacidad de su información médica según los requisitos de la ley;
Proveer le a usted un aviso de nuestros deberes y prácticas de privacidad en cuanto la información que recogemos y mantenemos sobre usted;
Seguir los términos de este aviso;
Notificarle si no podemos acomodar una restricción o una petición solicitada; y
Acomodar sus peticiones razonables con respecto a métodos de comunicar su información médica.

El programa reserva los derechos de enmendar, de cambiar, o de eliminar provisiones en nuestras prácticas de privacidad y de tener acceso a prácticas y de establecer nuevas provisiones con respecto a la información médica protegida que mantenemos. Si nuestra información cambia, enmendaremos nuestro aviso. Tiene derecho a recibir una copia del aviso modificado llamando y o recogiendo una copia en nuestra oficina.

Para solicitar información o hacer una queja

Si usted tiene preguntas, y quisiera información adicional, o desea comunicar un problema con respecto a su información médica favor de escribir a:

FUTURE SMILES

3074 Arville Street Las Vegas, Nevada 89102

Usted también puede hacer una queja pro coreo o coreo electrónico a la secretaría de los servicios de salud y humanos.

El programa no puede, y no, requiere que usted renuncie sus derechos de hacer una queja con la secretaria de los servicios de salud y humanos (HHS) como condición a recibir tratamiento. El programa no tomará desagravio contra usted por hacer una queja.

Otras declaraciones

Notificación

A menos que usted se oponga, podemos utilizar o divulgar su información protegida medica para notificar, o asistir en notificar, al miembro de la familia, el representante personal, el trabajador social, el consejero de la escuela, el maestro, o la otra persona responsable de su cuidado, sobre su localización, y su condición general, o su muerte.

Comunicación con su familia

Usando nuestra mejor discreción, podemos divulgar al miembro de la familia, o a otro pariente, o a otra persona responsable de su cuidado, su información de salud dependiendo del nivel de implicación de esa persona en su cuidado o el pago para tal cuidado si usted no se opone o en una emergencia.

Abuso y negligencia

El programa puede divulgar su información privada medica a las autoridades públicas según la ley para divulgar abuso o negligencia.

Descuido de salud

La ley federal permite que lancemos su información protegida de salud para apropiarse de las agencias del descuido de salud o para las actividades del descuido de salud.

Otras aplicaciones

Otras aplicaciones y accesos además de éstos identificados en este aviso serán hechos solamente como autorizados de otra manera por la ley o con su autorización escrita y usted puede revocar la autorización como proporcionada previamente.