

{NAME OF PRACTICE}

Sample Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

We are required by law to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect ___/___/___, and will remain in effect until we replace it.

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law, and to make new Notice provisions effective for all protected health information that we maintain. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and post the new Notice clearly and prominently at our practice location, and we will provide copies of the new Notice upon request.

You may request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose your health information for different purposes, including treatment, payment, and health care operations. For each of these categories, we have provided a description and an example. Some information, such as HIV-related information, genetic information, alcohol and/or substance abuse records, and mental health records may be entitled to special confidentiality protections under applicable state or federal law. We will abide by these special protections as they pertain to applicable cases involving these types of records.

Treatment. We may use and disclose your health information for your treatment. For example, we may disclose your health information to a specialist providing treatment to you.

Payment. We may use and disclose your health information to obtain reimbursement for the treatment and services you receive from us or another entity involved with your care. Payment activities include billing, collections, claims management, and determinations of eligibility and coverage to obtain payment from you, an insurance company, or another third party. For example, we may send claims to your dental health plan containing certain health information.

Healthcare Operations. We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. For example, healthcare operations include quality assessment and improvement activities, conducting training programs, and licensing activities.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. We may disclose your health information to your family or friends or any other individual identified by you when they are involved in your care or in the payment for your care. Additionally, we may disclose information about you to a patient representative. If a person has the authority by law to make health care decisions for you, we will treat that patient representative the same way we would treat you with respect to your health information.

Disaster Relief. We may use or disclose your health information to assist in disaster relief efforts.

Required by Law. We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.

Public Health Activities. We may disclose your health information for public health activities, including disclosures to:

- Prevent or control disease, injury or disability;
- Report child abuse or neglect;
- Report reactions to medications or problems with products or devices;
- Notify a person of a recall, repair, or replacement of products or devices;
- Notify a person who may have been exposed to a disease or condition; or
- Notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence.

National Security. We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institution or law enforcement official having lawful custody the protected health information of an inmate or patient.

Secretary of HHS. We will disclose your health information to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services when required to investigate or determine compliance with HIPAA.

Worker's Compensation. We may disclose your PHI to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation or other similar programs established by law.

Law Enforcement. We may disclose your PHI for law enforcement purposes as permitted by HIPAA, as required by law, or in response to a subpoena or court order.

Health Oversight Activities. We may disclose your PHI to an oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include audits, investigations, inspections, and credentialing, as necessary for licensure and for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Judicial and Administrative Proceedings. If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your PHI in response to a court or administrative order. We may also disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process instituted by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made, either by the requesting party or us, to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Research. We may disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board or privacy board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your information.

Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors. We may release your PHI to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also disclose PHI to funeral directors consistent with applicable law to enable them to carry out their duties.

Fundraising. We may contact you to provide you with information about our sponsored activities, including fundraising programs, as permitted by applicable law. If you do not wish to receive such information from us, you may opt out of receiving the communications.

OTHER USES AND DISCLOSURES OF PHI

Your authorization is required, with a few exceptions, for disclosure of psychotherapy notes, use or disclosure of PHI for marketing, and for the sale of PHI. We will also obtain your written authorization before using or disclosing your PHI for purposes other than those provided for in this Notice (or as otherwise permitted or required by law). You may revoke an authorization in writing at any time. Upon receipt of the written revocation, we will stop using or disclosing your PHI, except to the extent that we have already taken action in reliance on the authorization.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

Access. You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make the request in writing. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. If you request information that we maintain on paper, we may provide photocopies. If you request information that we maintain electronically, you have the right to an electronic copy. We will use the form and format you request if readily producible. We will charge you a reasonable cost-based fee for the cost of supplies and labor of copying, and for postage if you want copies mailed to you. Contact us using the information listed at the end of this Notice for an explanation of our fee structure.

If you are denied a request for access, you have the right to have the denial reviewed in accordance with the requirements of applicable law.

Disclosure Accounting. With the exception of certain disclosures, you have the right to receive an accounting of disclosures of your health information in accordance with applicable laws and regulations. To request an accounting of disclosures of your health information, you must submit your request in writing to the Privacy Official. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to the additional requests.

Right to Request a Restriction. You have the right to request additional restrictions on our use or disclosure of your PHI by submitting a written request to the Privacy Official. Your written request must include (1) what information you want to limit, (2) whether you want to limit our use, disclosure or both, and (3) to whom you want the limits to apply. **We are not required to agree to your request except in the case where the disclosure is to**

a health plan for purposes of carrying out payment or health care operations, and the information pertains solely to a health care item or service for which you, or a person on your behalf (other than the health plan), has paid our practice in full.

Alternative Communication. You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or at alternative locations. You must make your request in writing. Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation of how payments will be handled under the alternative means or location you request. We will accommodate all reasonable requests. However, if we are unable to contact you using the ways or locations you have requested we may contact you using the information we have.

Amendment. You have the right to request that we amend your health information. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances. If we agree to your request, we will amend your record(s) and notify you of such. If we deny your request for an amendment, we will provide you with a written explanation of why we denied it and explain your rights.

Right to Notification of a Breach. You will receive notifications of breaches of your unsecured protected health information as required by law.

Electronic Notice. You may receive a paper copy of this Notice upon request, even if you have agreed to receive this Notice electronically on our Web site or by electronic mail (email).

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us.

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about access to your health information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your health information or to have us communicate with you by alternative means or at alternative locations, you may complain to us using the contact information listed at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

We support your right to the privacy of your health information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

Our Privacy Official: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Address: _____

Email: _____

Reproduction of this material by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association. **This material is for general reference purposes only and does not constitute legal advice. It covers only HIPAA, not other federal or state law. Changes in applicable laws or regulations may require revision. Dentists should contact qualified legal counsel for legal advice, including advice pertaining to HIPAA compliance, the HITECH Act, and the U.S. Department of Health and Human Services rules and regulations.**

Appendix 2.3.2

Sample Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

This sample form illustrates how a dental practice might obtain acknowledgement of receipt of its Notice of Privacy Practices or document its good faith effort to obtain that acknowledgement.

GREAT SMILES DENTISTRY & ORTHODONTICS
SUNRISE DENTAL CARE

You May Refuse to Sign This Acknowledgment

I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Print Name: _____

Signature: _____

Date: _____

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

Reproduction of this material by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution by any other party requires the prior written approval of the American Dental Association. **This material is for general reference purposes only and does not constitute legal advice. It covers only HIPAA, not other federal or state law. Changes in applicable laws or regulations may require revision. Dentists should contact qualified legal counsel for legal advice, including advice pertaining to HIPAA compliance, the HITECH Act, and the U.S. Department of Health and Human Services rules and regulations.**

© 2010, 2013 American Dental Association. All Rights Reserved.

Step 4: Designated Record Sets

Make a list of your "designated record sets."

Where to find the rules:

45 CFR 164.501

45 CFR 164.524

45 CFR 164.526

What is required:

A dental practice must create a list of the dental practice's "designated record sets" and retain the list for the time period required by HIPAA (Chapter 2, Step 19).

A dental practice's dental records and patient billing records are considered "designated record sets" under HIPAA.³ A dental practice must also include on the list of designated record sets any other group of records used, in whole or in part, by the dental practice (or for the dental practice) to make decisions about patients. A "record" means any item, collection, or grouping of information that includes patient information and is maintained, collected, used, or disseminated by or for the dental practice.

Several of a patient's rights under HIPAA apply only to patient information in a "designated record set." For example, a patient has the right to:

- see information about the patient that the dental practice maintains in a designated record set, and/or get copies of information about the patient that the dental practice maintains in a designated record set (Chapter 2, Step 14.1), and
- have the dental practice amend, when appropriate, information or a record about the patient in a designated record set (Chapter 2, Step 14.2).

These rights apply for as long as the information is maintained in the designated record set.

SAMPLE POLICY AND PROCEDURES

Sample Policy

Our Privacy Official will create and retain a written list of our dental practice's "designated record sets," and will update the list whenever appropriate.

³ Here is the official HIPAA definition of "designated record set," from 45 CFR § 164.501:

Designated record set means:

- (1) A group of records maintained by or for a covered entity that is:
 - (i) The medical records and billing records about individuals maintained by or for a covered health care provider;
 - (ii) The enrollment, payment, claims adjudication, and case or medical management record systems maintained by or for a health plan; or
 - (iii) Used, in whole or in part, by or for the covered entity to make decisions about individuals.
- (2) For purposes of this paragraph, the term record means any item, collection, or grouping of information that includes protected health information and is maintained, collected, used, or disseminated by or for a covered entity.

Appendix 2.3.1b Sample Notice of Privacy Practices – Spanish Version

[NOMBRE DEL CONSULTORIO]

Ejemplo de un Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Por ley, a nosotros se nos requiere mantener la privacidad de la información de salud protegida, entregarles a los pacientes un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a la información de salud protegida, y notificarles a las personas afectadas después de cualquier acceso no autorizado a la información de salud protegida. Nosotros tenemos que cumplir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigencia. Este Aviso entrará en vigencia en ___/___/___, y seguirá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios estén permitidos por las leyes que correspondan, y para establecer la vigencia de disposiciones nuevas en el Aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este Aviso, colocaremos una copia del Aviso nuevo de manera clara y prominente en nuestro consultorio y proporcionaremos copias del Aviso nuevo cuando sean solicitadas.

Usted puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información de contacto al final de este Aviso.

MANERAS EN LAS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, entre ellos tratamiento, pago y operaciones de salud. A continuación hemos proporcionado una descripción y un ejemplo de cada una de estas categorías. Cierta información, como por ejemplo la relacionada con VIH, genética, los expedientes de abuso de alcohol y/o sustancias y los expedientes de salud mental podrían contar con protecciones especiales de confidencialidad de conformidad con las leyes estatales o federales correspondientes. Nosotros cumpliremos con estas protecciones especiales en lo que respecta a casos aplicables que incluyan estos tipos de expedientes.

Tratamiento. Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un especialista que le esté proporcionando tratamiento.

Pagos. Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para obtener reembolso por el tratamiento y los servicios que usted reciba de nosotros o de otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobro, manejo de reclamos y determinaciones de elegibilidad y cobertura a fin de obtener pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, podemos enviarle reclamos a su plan dental que contendrán cierta información de salud.

Operaciones de salud. Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de salud. Por ejemplo, operaciones de salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, conducir programas de capacitación y actividades de licenciamiento.

Personas involucradas en su atención o responsables de pagar por su atención. Nosotros podemos compartir su información de salud con un familiar o amigo suyo o con cualquier otra persona que usted identifique porque está involucrada con su atención o es responsable por el pago de su atención. Además, podemos divulgar información con respecto a usted con un representante de paciente. Si una persona cuenta con autorización legal para tomar decisiones de atención médica por usted, nosotros trataremos a ese representante del paciente de la misma manera que lo trataríamos a usted en lo que respecta a su información de salud.

Asistencia en caso de desastres. Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para prestar ayuda en casos de desastre.

Requerido por ley. Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud cuando sea requerido por ley.

Actividades de salud pública. Nosotros podemos divulgar su información de salud por razones de salud pública, y estas incluyen:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad;
- Reportar abuso de niños o casos de negligencia;
- Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o aparatos;
- Notificarle a una persona sobre productos o aparatos que se van a recolectar, reparar o reemplazar;
- Notificarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- Notificarle a la autoridad gubernamental correspondiente cuando creamos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad Nacional. Nosotros podemos divulgarle la información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares en ciertas circunstancias. Nosotros podemos divulgarle a los funcionarios federales autorizados la información que requieran para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia o de otro tipo de seguridad nacional. Nosotros podemos divulgarle la información de salud protegida de un recluso o paciente a una institución correccional u oficial de policía que tenga custodia legal de esa persona.

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le divulgaremos su información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando sea requerido para investigar o determinar el cumplimiento de la Ley HIPAA.

Compensación obrera. Nosotros podemos divulgar su información de salud protegida hasta el grado autorizado por y necesario para cumplir las leyes relacionadas con la compensación obrera u otros programas similares establecidos por ley.

Ejecución de la ley. Nosotros podemos divulgar su información de salud protegida por motivos de ejecución de la ley según esté permitido por la Ley HIPAA, como sea requerido legalmente, o en respuesta a un emplazamiento u orden de tribunal.

Actividades de supervisión de salud. Nosotros podemos compartir su información de salud protegida con una agencia de supervisión para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y determinaciones de credenciales según sean necesarias para obtener licencia y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Procesos judiciales y administrativos. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a un emplazamiento, solicitud de descubrimiento u otros procesos de ley instituidos por otra persona involucrada en la disputa, pero únicamente si han habido esfuerzos por la parte que la está solicitando o por nosotros de decirle sobre la solicitud o de obtener una orden para proteger la información solicitada.

Investigación. Nosotros podemos compartir su información de salud protegida con investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información.

Médicos forenses y directores fúnebres. Nosotros podemos compartir su información de salud protegida con un médico forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Nosotros también podemos compartir su información de salud protegida con directores fúnebres de conformidad con las leyes aplicables para que ellos puedan llevar a cabo sus funciones.

Recaudación de fondos. Nosotros podemos comunicarnos con usted para darle información sobre actividades que auspiciamos, que incluyen programas de recaudación de fondos, según lo permitan las leyes aplicables. Si usted no desea recibir ese tipo de información de nosotros, puede optar por no recibir las comunicaciones.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Se requerirá su autorización (con pocas excepciones) para divulgar notas de sicoterapia, usar o divulgar la información de salud protegida para propósitos de mercadeo o vender la información de salud protegida. Nosotros también obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud protegida para propósitos que no sean los dispuestos en este Aviso (o como de otro modo lo permitan o requieran las leyes). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, nosotros dejaremos de usar o divulgar su información de salud protegida excepto al grado que ya hayamos tomado acción habiendo contado con la autorización.

SUS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Acceso. Usted tiene derecho a ver o conseguir copias de su información de salud con limitadas excepciones. Usted deberá solicitarlo por escrito. El formulario para solicitar acceso se puede obtener usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita información que tenemos en papel, nosotros podemos proporcionarle fotocopias. Si pide información que mantenemos de forma electrónica, usted tiene derecho a obtener una copia electrónica. Nosotros usaremos la forma y formato que usted pida si está disponible. Nosotros le cobraremos un cargo razonable basado en el costo de los suministros y el trabajo de hacer las copias, y por el franqueo si quiere que le enviemos las copias por correo. Comuníquese con nosotros usando la información al final de este Aviso para que le expliquemos nuestra estructura de cargos.

Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene derecho a que la denegación sea revisada de conformidad con los requisitos de las leyes aplicables.

Registro de divulgación. Excepto en el caso de ciertas divulgaciones, usted tiene derecho a recibir un registro de las veces que se ha divulgado su información de salud de conformidad con las leyes y regulaciones aplicables. Para pedir un registro de las divulgaciones de su información de salud, deberá presentarle una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Si usted solicita este registro más de una vez en un período de 12 meses, nosotros podemos cobrarle un cargo razonable basado en el costo por responder a las solicitudes adicionales.

Derecho a solicitar una restricción. Usted tiene derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud protegida presentándole una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. Su solicitud por escrito deberá incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quién quiere que le apliquen las limitaciones. **A nosotros no se nos requiere estar**

de acuerdo con su solicitud excepto en el caso en que la divulgación sea a un plan médico con el propósito de recibir un pago o efectuar operaciones de salud, y la información es únicamente en referencia a un artículo o servicio de salud por el que usted, o una persona a nombre suyo (que no sea el plan médico) le haya pagado por completo a nuestro consultorio.

Comunicación alternativa. Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por un medio alternativo o en un lugar alternativo. Usted deberá solicitarlo por escrito. Su solicitud deberá especificar el medio o lugar alternativo, y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo se manejarán los pagos en el medio o lugar alternativo que está solicitando. Nosotros acomodaremos toda solicitud razonable. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted usando los medios o lugares que ha solicitado, entonces podremos comunicarnos con usted usando la información que tengamos.

Enmienda. Usted tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud. Su solicitud deberá ser por escrito, y la misma deberá explicar por qué la información debe ser enmendada. Nosotros podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias. Si estamos de acuerdo con su solicitud, enmendaremos su expediente y se lo notificaremos. Si denegamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la negamos y explicaremos sus derechos.

Derecho a recibir notificación de acceso no autorizado. Usted recibirá notificaciones de cualquier acceso no autorizado a su información de salud protegida según se requiere por ley.

Aviso electrónico. Usted puede recibir una copia impresa de este Aviso si la solicita, aún cuando haya acordado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio Web o por correo electrónico (e-mail).

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que pudiéramos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión nuestra en cuanto al acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud suya para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por un medio alternativo o a un lugar alternativo, usted puede presentarnos una queja al respecto usando la información de contacto al final de este Aviso. Usted también puede presentarle una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos cuando la solicite.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos ningún tipo de represalia si usted decide presentarnos una queja a nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Nuestro Funcionario de Privacidad: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Se permite la reproducción de este material por los dentistas y sus empleados. Cualquier otro uso, duplicación o distribución por cualquier otra parte requiere aprobación previa por escrito de la Asociación Dental Americana. **Este material es únicamente educativo, no constituye asesoría legal y cubre únicamente las leyes federales, no las estatales. Los cambios en las leyes o regulaciones aplicables podrían requerir revisión del material. Los dentistas deben comunicarse con sus abogados personales para obtener asesoría legal en cuanto al cumplimiento de la Ley HIPAA, la Ley HITECH, y las reglas y regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.**

Apéndice 2.3.2b

Ejemplo de acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Este formulario de ejemplo ilustra cómo un consultorio odontológico puede obtener un acuse de recibo de su Aviso de Prácticas de Privacidad o documentar el esfuerzo realizado de buena fe para obtener ese acuse de recibo.

GREAT SMILES DENTISTRY & ORTHODONTICS
SUNRISE DENTAL CARE

Usted puede rehusarse a firmar este acuse de recibo

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Para uso interno solamente

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no pudimos obtenerlo por el siguiente motivo:

- La persona se negó a firmar.
- Hubo barreras de comunicación que impidieron la obtención del acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo.
- Otro (especifique)

Se permite a los dentistas y su respectivo personal la reproducción de este material. Cualquier otro uso, duplicación o distribución por parte de un tercero requiere de la aprobación escrita de la American Dental Association. **El fin de este material es únicamente para referencia general y no constituye un asesoramiento legal. Cubre solamente HIPAA, ninguna otra ley federal ni estatal. Los cambios en las leyes o los reglamentos vigentes pueden requerir revisión. Los dentistas deben comunicarse con asesores legales calificados para obtener asesoramiento legal, por ejemplo, para asesoramiento respecto del cumplimiento de reglamentos de HIPAA, la ley HITECH y las normas y reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**

