

Regla OMNIBUS

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA para el establecimiento de:

Nombre de la práctica de la entidad legal: _____

Dirección postal: _____

Fecha de entrada en vigor: 16 de febrero de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. Por favor, revise detenidamente.

A efectos del presente Aviso, "nosotros", "nuestro" y "nos" se refieren al centro de atención médica arriba mencionado. "Usted" y "su" se refieren a nuestros pacientes o a sus representantes legales autorizados.

Nos comprometemos a proteger la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Seguimos la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), sus reglamentos de aplicación y todas las enmiendas, incluidas las revisiones de 2026 en relación con la información sobre el tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) regida por la regulación 42 CFR Parte 2.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su PHI, incluida la información sobre SUD que puede conllevar protecciones adicionales de confidencialidad bajo la regulación 42 CFR Parte 2.
- Proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Notificarle sobre una violación de la PHI no protegida.
- Cumplir los términos de este Aviso.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU PHI SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar y compartir su PHI con otros dentistas, médicos o profesionales de la salud que le estén tratando. Por ejemplo: Enviamos las radiografías a un especialista para una consulta.
- **Pago:** Podemos utilizar y compartir su PHI para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Por ejemplo: Enviamos información a su plan dental para obtener el pago.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y compartir su PHI para gestionar nuestra consulta, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: Evaluación de la calidad, auditoría o atención al cliente.
- **Salud y seguridad públicas:** Podemos compartir la PHI para informar sobre la salud pública, denunciar abusos o negligencias, evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad, o para la retirada de productos, según lo permita la ley.
- **Supervisión de la salud y aplicación de la ley:** Podemos compartir la PHI con organismos de supervisión de salud, para fines de cumplimiento de la ley o según lo requiera una orden judicial o administrativa, una citación o un proceso similar, según lo permita la ley.
- **Investigación:** Podemos utilizar o compartir la PHI para investigación bajo condiciones específicas aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad, o con su autorización.

- **Indemnización laboral y otras funciones gubernamentales:** Podemos compartir la PHI para reclamos por indemnización laboral y para funciones gubernamentales especializadas según lo permita la ley.
- **Socios comerciales:** Podremos compartir la PHI con terceros que nos brindan servicios (socios comerciales) en virtud de contratos que les exigen proteger su información.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia (si las hubiera).
- Comunicaciones de marketing, ventas de PHI y otros usos no descritos en este Aviso.
- Compartir su PHI para fines no permitidos por la ley sin su autorización por escrito.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU PHI:

- **Derecho de acceso:** Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historial dental y otra PHI que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud en los plazos requeridos y podremos cobrarle una tarifa razonable en función de los costos.
- **Derecho a solicitar una modificación:** Puede pedirnos que corriamos la información que considere incorrecta o incompleta. Podemos negarnos, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- **Derecho a solicitar restricciones:** Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos determinada PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar, excepto cuando paga íntegramente de su propio bolsillo y solicita que no compartamos información con su plan de salud por ese servicio.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede pedirnos que le contactemos de una forma específica (por ejemplo, teléfono particular o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- **Derecho a un informe sobre las divulgaciones:** Puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones que hayamos hecho de su PHI durante los seis años anteriores a su solicitud.
- **Derecho a una copia impresa de este Aviso:** Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento.
- **Derecho a elegir un representante personal:** Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud, de conformidad con la legislación aplicable.

NUESTRAS OBLIGACIONES:

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su PHI. Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su PHI.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otro modo que no sea el descrito aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

AVISO ESPECIAL SOBRE LOS REGISTROS DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (SUD) (42 CFR PARTE 2):

Si creamos, mantenemos o recibimos registros de SUD protegidos por la regulación 42 CFR Parte 2, dichos registros están sujetos a una protección adicional. La Parte 2 nos prohíbe utilizar o divulgar los registros de SUD para muchos fines sin su consentimiento por escrito, incluidos determinados tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Por lo general, los registros de la Parte 2 no pueden utilizarse ni divulgarse en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial

específica. Puede revocar su consentimiento según lo permitido en la Parte 2. Podemos combinar este aviso con el Aviso al Paciente de la Parte 2 siempre que se incluyan todos los elementos requeridos.

COMUNICACIONES PARA RECAUDACIÓN FONDOS:

Si nos ponemos en contacto con usted para recaudar fondos, tendrá una oportunidad clara de optar por no recibir más comunicaciones. No utilizaremos ni compartiremos los registros de SUD de 42 CFR Parte 2 para recaudar fondos sin su consentimiento por escrito.

PREGUNTAS Y RECLAMOS:

Si tiene alguna pregunta o quiere ejercer sus derechos, póngase en contacto:
Puede presentar un reclamo ante:

El Departamento de Salud & Servicios Humanos — Oficina para Derechos Civiles
200 Independence Ave., SW
Washington, DC 20201
Teléfono: 877-696-6775

o

Nuestro responsable de privacidad:

Nombre: _____

Instalación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.

AGRADECIMIENTO:

Le pedirán que firme un acuse de recibo de este Aviso.

NOTA: Este Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) está redactado en un lenguaje sencillo. Publicaremos el Aviso vigente en nuestra oficina y en nuestro sitio web y se lo facilitaremos si lo solicita. Actualizaremos este Aviso cuando nuestras prácticas de privacidad cambien sustancialmente.