

## PROGRAM NAME

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date: April 30, 2014

#### **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.**

This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected Health Information" is information about you, including demographics that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health and related health care services

#### **OUR PLEDGE REGARDING MEDICAL INFORMATION:**

The PROGRAM NAME understands that health information about you is personal. We are committed to protecting health information about you. We create a record of the care and services you receive from the PROGRAM NAME. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice applies to all of the records of your care generated by the PROGRAM NAME.

This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose protected health information about you. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of medical information.

We are required by law to:

- make sure that medical information that identifies you is kept private; • give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to medical information about you; and
- follow the terms of the notice that is currently in effect.

#### **HOW WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

The following categories describe different ways that we use and disclose protected health information. For each category of uses or disclosures we will explain what we mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

**For Treatment.** We may use health information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, medical students, or other personnel who are involved in taking care of you. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. In addition, the doctor may need to tell the dietitian if you have diabetes so that we can arrange for appropriate meals. We also may disclose medical information about you to people outside the PROGRAM NAME who may be involved in your medical care, such as family members, clergy or others we use to provide services that are part of your care.

**For Payment.** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive from the PROGRAM NAME may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third party. For example, we may need to give your health plan information about your treatment so your health plan will pay us or reimburse you for the services received. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say "yes" unless a law requires us to share that information. To request this treatment of your information, please contact PROGRAM NAME.

**For Health Care Operations.** We may use and disclose health information about you for the purpose of facilitating PROGRAM NAME operations. These uses and disclosures are necessary to run the PROGRAM NAME and make sure that all of

our patients receive quality care. For example, we may use medical information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine health information about many patients to decide what additional services the PROGRAM NAME should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, technicians, medical students, and other PROGRAM NAME personnel for review and learning purposes. We may also combine the health information we have with information from hospitals or other medical facilities to compare how we are doing and see where we can make improvements in the care and services we offer. We may remove information that identifies you from this set of health information so others may use it to study health care and health care delivery without learning who the specific patients are.

**Appointment Reminders.** We may use and disclose health information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care by the PROGRAM NAME. We may leave a message on an answering machine at the telephone number you have provided to us unless you specifically object to this practice. The message will include the name of the person and facility calling, to whom the message is directed, and the date and time of the appointment. If there are any special instructions for the appointment, the individual making the call will instruct the patient to call back for further instructions.

**Treatment Alternatives.** We may use and disclose health information to tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

**Health-Related Benefits and Services.** We may use and disclose health information to tell you about health-related benefits or services that may be of interest to you. We will not market third party services to you based on your health information without your authorization.

**Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may release health information about you to a friend or family member who is involved in your care. We may also give information to someone who helps pay for your care. In addition, we may disclose medical information about you to an entity assisting in a disaster relief effort so that your family can be notified about your condition, status and location. Before making any of the above-described disclosures we will afford you an opportunity to object.

**Research.** Under certain circumstances, we may use and disclose health information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another, for the same condition. All research projects, however, are subject to approval process by an institutional review board. This review board evaluates a proposed research project and its use of health information, trying to balance the research needs with patients' need for privacy of their health information. We will disclose your health information to researchers only after an institutional review board has approved their research. We may, however, disclose health information about you to people preparing to conduct a research project, for example, to help them look for patients with specific medical needs, so long as the health information they review does not leave the PROGRAM NAME. We will ask for your specific permission if the researcher will have access to your name, address or other information that reveals who you are, or will be involved in your care at the PROGRAM NAME.

**As Required By Law.** We will disclose health information about you when required to do so by federal, state or local law.

**To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

#### **SPECIAL SITUATIONS**

**Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue

transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

**Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may release health information about you as required by military command authorities. We may also release health information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

**Workers' Compensation.** We may release health information about you to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

**Public Health Risks.** We may disclose medical information about you for public health activities. These activities generally include the following: to prevent or control disease, injury or disability;

- to report births and deaths;
- to report child abuse or neglect;
- to report reactions to medications or problems with products;
- to notify people of recalls of products they may be using;
- to notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition;
- to notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

**Health Oversight Activities.** We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

**Lawsuits and Disputes.** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

**Law Enforcement.** We may release health information if asked to do so by a law enforcement official:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; -About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at the PROGRAM NAME; and
- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.

**Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may release health information 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 release medical information about patients of the PROGRAM NAME to funeral directors as necessary to carry out their duties.

**To Schools.** We may disclose proof of your immunization to schools if the school is required by state, or other, law to have proof of immunization prior to admitting you, and we have the oral consent of your parent, guardian, or other person acting *in loco parentis*, or from you yourself if you are an adult or emancipated minor.

**National Security and Intelligence Activities.** We may release health information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law.

**Protective Services for the President and Others.** We may disclose medical information about you to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or conduct special investigations.

**Inmates.** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release health information about you to the correctional institution or law enforcement official when necessary (1) for the institution to provide you with health care; (2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or (3) for the safety and security of the correctional institution.

## **YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

You have the following rights regarding medical information we maintain about you:

### **Right to Inspect and Copy.**

You have the right to inspect and copy health information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records, but does not include psychotherapy notes. To inspect and copy health information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to PROGRAM NAME. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other services associated with your request, including labor. If you request a copy of your health information in electronic format, we will provide you with your records in that electronic format if they are maintained by us in an electronic format and readily reproducible electronically.

We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the PROGRAM NAME will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

### **Right to Amend.**

If you feel that health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for the PROGRAM NAME. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the PROGRAM NAME. In addition, you must provide a reason that supports your request. We will respond to your request within 60 days of receipt. We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the health information kept by or for the PROGRAM NAME;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- Is accurate and complete.

The denial will state the reason for the denial and explain your rights.

### **Right to an Accounting of Disclosures.**

You have the right to request an "accounting of disclosures." This is a list of the disclosures we made of health information about you. To request this list or accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the PROGRAM NAME. Your request must state a time period which may not be longer than six years and may not include dates before February 26, 2003. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper, electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we will charge you for the costs of providing the

list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

### **Right to Request Restrictions.**

You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a treatment you had. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing to the Director of Health Information Services. In your request, you must tell us (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, for example, disclosures to your spouse.

### **Right to Request Confidential Communications.**

You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. To request confidential communications, you must make your request in writing to the PROGRAM NAME. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

### **Right to a Paper Copy of This Notice.**

You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice

You may obtain a copy of this notice at our website, [www.state.ma.us](http://www.state.ma.us).

To obtain a paper copy of this notice, contact the PROGRAM NAME

### **Right to Choose Someone to Act For You.**

If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

### **Right to be Notified of a Breach.**

We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.

### **CHANGES TO THIS NOTICE**

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for health information we

already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice on the Website of the PROGRAM NAME. The notice will contain the effective date on the first page. In addition, each time you receive treatment from the PROGRAM NAME, we will offer you a copy of the current notice in effect.

### **COMPLAINTS**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the PROGRAM NAME or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

You will not be penalized for filing a complaint.

### **OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION.**

Your authorization is required uses and disclosure of protected health information for marketing purposes, disclosures that constitute a sale of protected health information, and (with limited exceptions) disclosures of psychotherapy notes. Other uses and disclosures of health information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you provide us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose medical information

about you for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provided to you.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 30 de abril de 2014

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, contacte al Funcionario de Privacidad al (978) 858-2100.

Este Aviso de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud para llevar a cabo operaciones de tratamiento, de pago o de atención de la salud y para otros propósitos permitidos o exigidos por las leyes. También describe sus derechos a acceder y a controlar la información protegida sobre su salud. La "información protegida sobre su salud" es información sobre usted, incluidos datos demográficos, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud mental o física pasada, presente o futura y los servicios de atención de la salud relacionados

#### **NUESTRA GARANTÍA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:**

El programa Clean and Seal Dental Program comprende que la información sobre su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información sobre su salud. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe del programa Clean and Seal Dental Program. Necesitamos este registro para proporcionarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el programa Clean and Seal Dental Program.

Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos utilizar y divulgar información protegida sobre su salud. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de información médica.

Las leyes nos exigen lo siguiente:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
- Proporcionarle aviso sobre nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted.
- Respetar los términos del aviso que esté actualmente vigente.

#### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen distintas maneras en que podemos utilizar y divulgar información protegida sobre la salud. Para cada categoría de usos y divulgaciones explicaremos a qué nos referimos e intentaremos dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o las divulgaciones de cada categoría. Sin embargo, todas las maneras en que tenemos permitido usar y divulgar información entran en una de las categorías.

**Para tratamiento.** Podemos usar información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información sobre su salud a los médicos, los enfermeros, los técnicos, los estudiantes de medicina u otro personal que participe en su atención. Por ejemplo, un médico que lo trate por una fractura en la pierna debe saber si usted tiene diabetes, ya que la diabetes puede hacer más lento el proceso de cicatrización. Además, el médico puede necesitar indicarle al dietista si usted tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera del programa Clean and Seal Dental Program que pueden participar en su atención médica, como familiares, religiosos u otras personas que usamos para proporcionar servicios que forman parte de su cuidado.

**Para pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que usted reciba del programa Clean and Seal Dental Program se puedan facturar y el pago pueda cobrarse a usted, a una compañía de seguro o a un tercero. Por ejemplo, podemos necesitar darle a su plan de salud información sobre su tratamiento para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por los servicios recibidos. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Si usted paga un servicio o un artículo para el cuidado de la salud totalmente de su bolsillo, puede pedimos que no compartamos esa información para fines de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Le diremos que "sí", excepto que las leyes nos exijan compartir esa información. Para solicitar este tratamiento de su información, contacte Clean and Seal Dental Program.

**Para operaciones de atención de la salud.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud con el fin de facilitar operaciones del programa Clean and Seal Dental Program. Estos usos y estas divulgaciones son necesarias para gestionar el programa Clean and Seal Dental Program y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar su tratamiento y sus servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal al atenderlo. También podemos combinar información sobre la salud de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debe ofrecer el programa Clean and Seal Dental Program, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información sobre su salud a los médicos, los enfermeros, los técnicos, los estudiantes de medicina u otro personal del programa Clean and Seal Dental Program para fines de revisión y de aprendizaje. También podemos combinar la información sobre la salud con información de hospitales u otras instituciones médicas para comparar nuestro desempeño y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de datos sobre la salud, de modo que otras personas puedan usarlo para estudiar la atención de la salud y el suministro de atención de la salud sin saber quiénes son los pacientes específicos.

**Recordatorios de turnos.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para contactarlo y recordarle que tiene un turno para tratamiento o atención médica a cargo del programa Clean and Seal Dental Program. Podemos dejar un mensaje en una máquina contestadora al número de teléfono que usted nos haya proporcionado, excepto que usted específicamente se oponga a esta práctica. El mensaje incluirá el nombre de la persona y la institución que llama, a quién se dirige el mensaje y la fecha y la hora del turno. Si hay alguna instrucción especial para el turno, la persona que llama le indicará al paciente que vuelva a llamar para recibir más instrucciones.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan interesarle.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. No comercializaremos servicios de terceros en función de la información sobre su salud sin su autorización.

**Personas que participan en su atención o en el pago por su atención.** Podemos divulgar información sobre su salud a un amigo o un familiar que participe en su atención. También podemos brindarle información a alguien que ayuda a pagar por su atención. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que asista en un esfuerzo de alivio ante desastres para que su familia sea avisada sobre su situación, su estado y su ubicación. Antes de hacer cualquiera de las divulgaciones antes descritas, le ofreceremos una oportunidad para que se oponga.

**Investigación.** En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, para la misma afección. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación por parte de una junta de revisión institucional. Esta junta de revisión evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información sobre la salud e intentará equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de privacidad de la información de la salud del paciente. Divulgaremos la información sobre su salud a los investigadores solo después de que una junta de revisión institucional haya aprobado su investigación. Sin embargo, podemos divulgar información sobre su salud a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo para ayudarlas a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información sobre la salud que revisen no salga del programa Clean and Seal Dental Program. Le pediremos su permiso específico si el investigador va a tener acceso a su nombre, su dirección u otra información que revele quién es usted o si va a participar en su atención en el programa Clean and Seal Dental Program.

**Según lo exijan las leyes.** Divulgaremos información sobre su salud cuando las leyes federales, estatales o locales lo exijan.

**Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos utilizar

## **SITUACIONES ESPECIALES**

**Donación de órganos y de tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información sobre su salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos y de tejidos.

**Militares y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información sobre su salud según lo exijan las autoridades de comandos militares. También podemos divulgar información sobre la salud de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera adecuada.

**Compensación de trabajadores.** Podemos divulgar información sobre su salud en la medida autorizada por las leyes referidas a la compensación de trabajadores o programas similares y en la medida en que sea necesario para cumplir con esas leyes. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;

- para informar nacimientos y muertes;
- para informar abuso o abandono infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre retiros de productos que pueden estar usando;
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o de propagar una enfermedad o una afección;
- para notificar a las autoridades gubernamentales adecuadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o si las leyes lo autorizan.

**Actividades de supervisión sanitaria.** Podemos divulgar información sobre la salud a un organismo de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por las leyes. Estas actividades de supervisión sanitaria incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y conflictos.** Si está involucrado en una demanda o en un conflicto, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a un apercibimiento, una solicitud de pruebas, u otro proceso legal de alguien involucrado en el conflicto, pero solo si se han hecho los esfuerzos por informarle sobre la solicitud o por obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información sobre la salud si lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, un apercibimiento, un auto, una citación o un proceso similar;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo material o una persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener la aceptación de la persona;
- Acerca de una muerte que creamos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- Acerca de una conducta delictiva en el programa Clean and Seal Dental Program;
- En circunstancias de emergencia para informar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

**Forenses, médicos legistas y organizadores de funerales.** Podemos divulgar información sobre la salud a un forense o a un médico legista. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes del programa Clean and Seal Dental Program a organizadores de funerales según sea necesario para desempeñar sus obligaciones.

**A escuelas.** Podemos divulgar certificados de vacunas a las escuelas si las leyes estatales o de otro ámbito le exigen a la escuela que solicite certificados de vacunas antes de su admisión y si tenemos el consentimiento verbal de su padre/madre, tutor u otra persona que actúe *in loco parentis*, o de usted mismo, si es adulto o es un menor emancipado.

**Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Podemos divulgar información sobre su salud a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

**Servicios de protección para el Presidente y otras personas.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

**Reclusos.** Si es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario policial, podemos divulgar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario policial cuando sea necesario (1) para que la institución le proporcione atención de la salud, (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otras personas o (3) por la seguridad y la protección de la institución correccional.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA.**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que conservamos sobre usted:

#### **Derecho a inspeccionar y a copiar.**

Usted tiene derecho a inspeccionar y a copiar información sobre la salud que se pueda usar para tomar decisiones sobre su atención. Habitualmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información sobre la salud que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted, debe presentar su solicitud por escrito a la Clean and Seal Dental Program. Si solicita una copia de la información, es posible que cobremos una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo u otros servicios asociados con su solicitud, incluida la mano de obra. Si solicita una copia de la información sobre su salud en formato electrónico, le proporcionaremos los registros en formato electrónico si los tenemos en formato electrónico y preparados para reproducirlos electrónicamente.

Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información, puede solicitar que se revise la negativa. Otro profesional de atención de la salud matriculado seleccionado por el programa Clean and Seal Dental Program revisará su solicitud y la negativa. La persona a cargo de la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el veredicto de la revisión.

#### **Derecho a corregir.**

Si piensa que la información sobre su salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Tiene derecho a solicitar una corrección siempre y cuando esa información sea conservada por o para el programa Clean and Seal Dental Program. Para solicitar una corrección, debe solicitarlo por escrito al Clean and Seal Dental Program. Además, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Responderemos a su solicitud en 60 días después de la recepción. Podemos rechazar su solicitud de una corrección si no está por escrito o si no incluye un motivo que respalde la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que corrijamos información que:

- No fue creada por nosotros, excepto que la persona o la entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la corrección;
- No forma parte de la información sobre salud conservada por o para el programa Clean and Seal Dental Program;
- No forma parte de la información que usted tendría permiso de inspeccionar o de copiar;
- Es exacta y completa.

La negativa indicará el motivo del rechazo y le explicará sus derechos.

#### **Derecho a un rendimiento de cuentas de las divulgaciones.**

Usted tiene derecho a solicitar un "rendimiento de cuentas de las divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de información sobre su salud. Para solicitar esta lista o rendimiento de cuenta de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Clean and Seal Dental Program. Su solicitud debe indicar un período que no debe superar seis años y no puede incluir fechas anteriores al 26 de febrero de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma quiere la lista (por ej., impresa, electrónica). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, le cobraremos los costos de proporcionárselas. Le notificaremos del costo que implica y usted puede decidir retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de incurrir en costos.

#### **Derecho a solicitar restricciones.**

Tiene derecho a solicitar una restricción o una limitación de la información sobre la salud que usamos o divulgamos sobre usted para operaciones de tratamiento, de pago o de atención de la salud. También tiene derecho a solicitar un límite sobre la información sobre la salud que divulgamos sobre usted a una persona involucrada en su atención o en el pago por su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos o divulguemos información sobre un tratamiento que recibió. No tenemos obligación de estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con ella, excepto que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Director de los Servicios de Información sobre la Salud. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, nuestra divulgación, o ambos y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ej., divulgaciones a su cónyuge.

#### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera o en un lugar determinados. Por ejemplo, puede pedir que lo contactemos solo al trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Clean and Seal Dental Program. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Contemplaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

#### **Derecho a una copia impresa de este aviso.**

Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya acordado recibir este aviso electrónicamente, igual tiene derecho a una copia impresa.

Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, [www.state.ma.us](http://www.state.ma.us).

Para obtener una copia impresa de este aviso, contacte al Clean and Seal Dental Program.

#### **Derecho a elegir a alguien para que actúe por usted.**

Si le ha dado a alguien poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y hacer elecciones sobre la información sobre su salud. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esa autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

#### **Derecho a ser notificado sobre una violación.**

Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a hacer que el aviso modificado entre en vigencia para la información sobre la salud que ya tengamos sobre usted y para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso vigente en el sitio web del programa Clean and Seal Dental Program. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página. Además, cada vez que reciba tratamiento del programa Clean and Seal Dental Program, le ofreceremos una copia del aviso actual vigente.

### **RECLAMACIONES**

Si cree que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una reclamación ante el programa Clean and Seal Dental Program o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una reclamación ante la Oficina por los Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). Para presentar una reclamación ante el programa Clean and Seal Dental Program, contacte al Clean and Seal Dental Program. Todas las reclamaciones deben presentarse por escrito.

No se le aplicará ninguna penalización por presentar una reclamación.

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA.**

Se requiere su autorización para el uso y la divulgación de información protegida sobre la salud para propósitos de comercialización, divulgaciones que constituyan una venta de información protegida sobre la salud y (con excepciones limitadas) divulgaciones de notas de psicoterapia. Otros usos y divulgaciones de información sobre la salud que no se consideran en este aviso ni el las leyes que se aplican a nosotros solo se harán con su autorización escrita. Si nos da permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por los

motivos que contempla su autorización escrita. Usted comprende que no podemos revertir las divulgaciones que ya hayamos hecho con su permiso y que debemos retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos.