

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA DE UNC**

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA  
ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y  
COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA  
INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON DETENIMIENTO.**

**Vigente: 10 de marzo de 2003**  
**Revisión Vigente: 1 de junio de 2009**

**Si usted tiene alguna pregunta o solicitud en referencia a la privacidad de su información médica, por favor comuníquese con el Privacy/Security Officer al (919) 843-9953, CB #9105, 137 E. Franklin St., Suite 501, Chapel Hill, NC 27599-9103, o con el Privacy Liaison de la Escuela de Odontología al (919) 966-2810, CB #7450, Brauer Hall Room 452, Chapel Hill, NC, 27599-7450.**

**A. TENEMOS LA OBLIGACIÓN LEGAL DE PROTEGER LA  
INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED.**

Por ley estamos obligados a proteger la privacidad de información médica acerca de usted y que puede identificarse como suya, a la cual nos referimos como “información médica protegida”, (PHI - Protected Health Information). Tenemos que darle notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas privadas pertinentes a la información médica protegida:

- Tenemos que proteger la información médica protegida que hemos creado o recibido acerca de su pasada, presente o futura condición médica; cuidado médico que le proporcionamos; o el pago por su cuidado médico.
- Tenemos que explicar cómo protegemos la información médica protegida acerca de usted.
- Tenemos que explicar cómo, cuándo y por qué usamos y/o divulgamos la información médica protegida acerca de usted.
- Podemos solamente usar y/o divulgar la información médica protegida de acuerdo a lo descrito en este aviso.

Este aviso describe los tipos de usos y divulgaciones que pudiéramos hacer y le da algunos ejemplos. Además, pudiéramos hacer otros usos y divulgaciones que ocurren como consecuencia de los usos y divulgaciones permitidos descritos en este aviso. Los proveedores de salud participantes en nuestro “arreglo organizado de cuidado médico,” compartirán la información médica protegida entre ellos mismos, según sea necesario, a fin de llevar a cabo el tratamiento,

pago o las transacciones médicas (definidos más adelante) concernientes al “arreglo organizado de cuidado médico”.

Es requerido que sigamos los procedimientos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y hacer nuevas provisiones aplicables a toda la información médica protegida que mantengamos, primeramente al:

- Fijar carteles del aviso revisado en nuestras clínicas,
- Hacer copias del aviso revisado, disponibles a petición de la parte interesada, (ya sea en nuestras oficinas o a través de la persona de contacto mencionada en este aviso); y
- Anunciar el aviso revisado en nuestra página web, [www.dentistry.unc.edu](http://www.dentistry.unc.edu).

**B. OBTENDREMOS SU CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ALGUNOS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ACERCA DE USTED, Y PODREMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ACERCA DE USTED SIN SU CONSENTIMIENTO EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS.**

La ley federal requiere que protejamos la privacidad de la información médica protegida acerca de usted. Además, la ley estatal de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de salud mental. La ley estatal limita nuestra divulgación (y aquella de su médico o proveedor de salud mental) de su información médica. Sin embargo, podemos bajo la ley estatal y federal, divulgar su información médica con su consentimiento, para tratamiento, pago y transacciones médicas de acuerdo a una orden de la corte, o conforme sea permitido o requerido por la ley. Requeriremos que firme un “consentimiento general para recibir tratamiento” el cual pide su permiso para proveerle tratamiento y proporcionar otra información y autorizaciones. Este “consentimiento general para recibir tratamiento” también pide que usted firme una declaración confirmando que usted ha recibido una copia de este aviso. Este “consentimiento general para recibir tratamiento” es diferente de la “autorización” que se menciona en otras partes de este aviso.

- 1. La ley estatal de Carolina del Norte y la ley federal nos permite usar y divulgar la información médica protegida acerca de usted con el fin de: proporcionarle tratamiento, obtener pago por esos servicios y para transacciones de cuidado médico. Estos fines son descritos a continuación.**

**Tratamiento:**

Nosotros necesitamos usar y divulgar la información médica protegida acerca de usted para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado médico y servicios afines. Esto puede incluir comunicarse con otros

proveedores de salud con relación a su tratamiento y coordinar y dirigir su cuidado médico con otros. Por ejemplo, necesitamos usar y divulgar la información médica protegida acerca de usted dentro y fuera de nuestra Escuela cuando usted necesita una receta para medicina, prueba de laboratorio, rayos-x, u otros servicios médicos. Además, necesitamos usar y divulgar la información médica protegida acerca de usted al referirlo a otro proveedor de salud.

**EJEMPLO:** Un dentista, higienista dental o estudiante que lo está tratando puede necesitar saber si usted sufre de diabetes porque la diabetes podría retrasar su recuperación. Si es que sí, el dentista o estudiante dentista puede contactarse con su doctor médico u otro proveedor de salud para conseguir información acerca de su salud. Dentistas, estudiantes dentistas y otros proveedores de salud podrían también necesitar compartir la información médica protegida acerca de usted, dentro y fuera de la Escuela, a fin de coordinar diferentes servicios que usted pueda necesitar. Podríamos también necesitar divulgar la información médica protegida acerca de usted a personas ajenas a la Escuela que pudieran estar involucradas en su cuidado médico.

### **Pago:**

Generalmente, necesitamos usar y dar información médica acerca de usted a otros para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que nosotros le proporcionamos. Antes de recibir servicios ya programados, podría necesitar compartir información acerca de estos servicios con su(s) plan(es) de seguro médico. Compartir la información nos permite solicitar cobertura bajo su plan o póliza y para obtener aprobación de pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir parte de la información médica acerca de usted con los siguientes:

- Departamentos de facturación;
- Agencias o departamentos de cobros, o abogados asistiéndonos con los cobros, incluyendo State of North Carolina Office of Attorney General ;
- Compañías de seguro, planes de seguro y sus agentes que podrían ser responsables por el pago de sus facturas por cuidado médico;
- Agencias de reporte al consumidor (Por ejemplo, agencias de crédito); y
- Otros que sean responsables por sus cuentas, tales como su cónyuge o un garante de sus cuentas, según lo necesitemos para cobrar el pago.

**EJEMPLO:** Supongamos que a usted le extraen un diente y se lo reemplazan. Podríamos necesitar darle a su compañía(s) de seguro(s) información acerca de su afección y los suministros realizados. La información se le da a nuestro departamento de facturación y a su compañía de seguro para que nos puedan pagar o puedan reembolsarlo. Podemos también necesitar enviar esa misma información al departamento que revisa su cuidado.

## **Transacciones de cuidado médico.**

Necesitamos usar y divulgar la información médica protegida al desempeñar actividades de negocios, las cuales llamamos “transacciones de cuidado médico”. Estas “transacciones de cuidado médico” nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y reducir sus costos. Además, podríamos necesitar divulgar la información médica protegida acerca de usted para las “transacciones de cuidado médico” de otros proveedores involucrados en su cuidado para mejorar la calidad, eficiencia y costos de su cuidado o para evaluar y mejorar el rendimiento de sus proveedores. Ejemplos de cómo pudiéramos necesitar usar o divulgar la información médica protegida acerca de usted para realizar “transacciones de cuidado médico”, incluyen los siguientes:

- *Revisión y mejoramiento de la calidad, eficiencia y costo del cuidado que proporcionamos a usted y a nuestros otros pacientes.* Por ejemplo podríamos necesitar usar la información médica protegida acerca de usted para desarrollar formas para asistir a nuestros proveedores de salud y al personal en la decisión de elegir el tratamiento dental que se debe proporcionar a otros.
- *Mejorar el cuidado médico y disminuir los costos para grupos de individuos con problemas médicos o dentales similares y para asistir en la dirección y coordinación de los cuidados para estos grupos.* Podríamos necesitar usar la información médica protegida para identificar grupos de individuos con problemas de salud similares para darles información, por ejemplo, sobre tratamientos alternativos, clases o procedimientos nuevos.
- *Revisión y evaluación de destrezas, calificaciones y rendimiento de los proveedores de salud que cuidan de usted.*
- *Proporcionar programas de entrenamiento para estudiantes, personal que se está entrenando, proveedores de salud o personal no-médico (por ejemplo los empleados encargados de facturación o los asistentes, etc.) para ayudarlos a practicar o mejorar sus destrezas.*
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan la calidad del cuidado que nosotros y otros prestamos.* Estas organizaciones pueden incluir agencias gubernamentales u organismos acreditados como la American Dental Association Commission on Dental Education.
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan, certifican o acreditan proveedores de salud, personal o instalaciones en un campo en particular o especialidad.* Por ejemplo, pudiéramos necesitar usar o divulgar la información médica protegida para que una de nuestros residentes dentales pueda certificarse por tener experiencia en un específico campo de la odontología, como lo es la ortodoncia, o a organizaciones que acreditan nuestros programas especiales como la American Dental Association Commission on Dental Education.
- *Ayudar a diversos individuos que inspeccionan nuestras actividades.* Por ejemplo, la información médica protegida pueden verla los dentistas que están revisando los servicios que se le han proporcionado a usted, y por contadores, abogados y otros que nos ayudan a cumplir con las leyes pertinentes.

- *Planificación de transacciones futuras de nuestra organización y recaudación de fondos para el beneficio de nuestra organización.*
- *Desempeño de actividades gerenciales y actividades administrativas en general relacionadas con nuestra organización y los servicios que proporciona como las actividades llevadas a cabo con el propósito de la minimización de riesgos legales.*
- *Resolución interna de procedimientos de queja.*
- *Revisión de actividades y uso o divulgación de la información médica protegida, en la eventualidad de venta de nuestra empresa, propiedad o entrega del control de nuestra empresa o propiedad a alguien diferente.*
- *Cumplimiento de este aviso y leyes pertinentes.*

Asociados: Nosotros proveemos algunos servicios a través de individuos o compañías ajenas que llamamos “Asociados”, incluyendo vendedores, proveedores de salud contratados, establecimientos de almacenamiento fuera de nuestras instalaciones, y compañías de seguro contra terceros. A fin de proteger la información médica protegida acerca de usted, es obligatorio que cada uno de los “Asociados” acuerde tomar las medidas pertinentes de protección y los procedimientos para privacidad y seguridad.

## **2. Podemos usar y divulgar la INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA bajo otras circunstancias sin su aprobación o sin la oportunidad de concordar u oponerse.**

Podemos usar y/o divulgar la información médica protegida acerca de usted, en un número de circunstancias en las cuales usted no tiene que consentir, autorizar o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse. Sin embargo, algunas leyes de Carolina del Norte acerca de tipos específicos de tratamientos puede que le presten más protección, y esas protecciones especiales se discuten en el artículo B.4 más adelante. Las circunstancias en las que usted no tiene que consentir, autorizar o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse incluyen:

- *Cuando el uso y/o divulgación es requerida por ley.* Por ejemplo, cuando una divulgación es requerida por la ley federal, estatal o local o por otro procedimiento judicial o administrativo.
- *Cuando el uso y/o divulgación es necesario por razón de salud pública.* Por ejemplo, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o si está a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección (sujeto a las restricciones especiales discutidas en el artículo B.4 más adelante.)
- *Cuando la divulgación concierne a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.*
- *Cuando el uso y/o divulgación es por razón de vigilancia de actividades médicas.*

- *Cuando la divulgación es para procedimientos judiciales y administrativos.* Por ejemplo, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted en acatamiento a una orden de la corte o un tribunal administrativo.
- *Cuando la divulgación es por razones de cumplimiento de la ley.* Por ejemplo, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted para cumplir con las leyes que requieren dar cuenta de ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
- *Cuando el uso y/o divulgación se relaciona con difuntos.* Por ejemplo, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted a un pesquisidor o médico forense con el propósito de identificarlo en el caso de que usted muera. .
- *Cuando el uso y/o divulgación se relaciona con la investigación médica.* Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted para investigación médica.
- *Cuando el uso y/o divulgación es para proteger contra una seria amenaza a la salud o seguridad.* Por ejemplo, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted para evitar o disminuir una seria e inminente amenaza a la salud o seguridad de una persona o del público.
- *Cuando el uso y/o divulgación se relaciona con funciones gubernamentales especializadas.* Por ejemplo, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted si se relaciona con actividades militares o de los veteranos, actividades de seguridad e información nacional, servicios de protección para el Presidente, y atención médica apropiada o a las determinaciones del Departamento de Estado.
- *Cuando el uso y/o divulgación se relaciona con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia en cumplimiento de la ley.* Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted a una institución correccional con custodia legal sobre usted.
- *Cuando el uso y/o divulgación es obligatorio bajo las leyes de Carolina del Norte en materia de la compensación al trabajador.* Por ejemplo, en ciertos casos, podemos divulgar la información médica protegida acerca de usted a su empleador y a la compañía de seguro de su empleador que cubre en materia de compensación al trabajador, en cuanto a lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.

### **3. Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones.**

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar la información médica protegida acerca de usted en las siguientes circunstancias (sujeto a las restricciones especiales discutidas en el artículo B.4 más adelante):

- Podemos compartir con un miembro de la familia, pariente, amigo u otra persona identificada por usted, la información médica protegida directamente relacionada con la participación de esa persona en su cuidado o en el pago por su cuidado. Podemos compartir con un miembro

de la familia, representante autorizado u otra persona responsable de su cuidado la información médica protegida necesaria para notificar a dichas personas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.

- Podemos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, *American Red Cross*) la información médica protegida acerca de usted por razones de auxilio en casos de desastre. Aún cuando usted se oponga, podemos compartir la información médica protegida acerca de usted, si es necesario en las circunstancias de emergencia.

Si usted se quiere oponer a nuestro uso o divulgación de la información médica protegida acerca de usted en las circunstancias mencionadas arriba, por favor comuníquese con nuestra persona de contacto que aparece en la primera página de este aviso.

#### **4. Puedo que usted tenga derechos adicionales bajo otras leyes.**

Algunas leyes de Carolina del Norte le proporcionan más protección para tipos específicos de información que las leyes federales protegiendo la privacidad de información médica acerca de usted, y donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes estatales. Algunas de estas leyes son discutidas en otras secciones precedentemente. Además, las siguientes leyes pueden aplicar a nuestro tratamiento para usted:

- Si usted padece de alguna de las diferentes enfermedades contagiosas específicas (por ejemplo, tuberculosis, sífilis o VIH/SIDA), la información acerca de su enfermedad será tratada con confidencialidad, y será divulgada sin su permiso por escrito sólo en limitadas circunstancias. Podríamos no necesitar obtener su permiso para denunciar información acerca de su enfermedad contagiosa al Estado y a los oficiales locales o de lo contrario usar o divulgar información con la finalidad de proteger en contra del contagio de la enfermedad.
- En conexión con la supervisión de nuestros servicios, *North Carolina Department of Health and Human Services*, puede inspeccionar nuestras transacciones y puede examinar la información médica de nuestros pacientes.
- La ley de Carolina del Norte generalmente dispone que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información médica acerca de usted relacionada con su salud mental, discapacidades del desarrollo o servicios por abuso de drogas. Existen algunas excepciones a este requerimiento. Podemos divulgar esta información médica a miembros de nuestro personal, nuestros consejeros profesionales y a agencias o individuos que supervisan nuestras transacciones o que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades al servirle a usted. También podemos divulgar información a las siguientes personas: (i) a un proveedor de salud que le está proporcionando servicios de emergencia y (ii) a otras instalaciones o profesionales en el campo de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de drogas, cuando sea necesario para la coordinación de su cuidado o tratamiento. Si determinamos que existe una inminente amenaza a su salud o seguridad, o a la salud y

seguridad de alguien más, podemos divulgar información acerca de usted para prevenir o minimizar la amenaza. Nosotros también divulgaremos información acerca de usted si la ley así lo requiere, por ejemplo, cuando una corte ordena la divulgación, cuando sospechamos abuso o abandono de un niño o adulto incapacitado y cuando uno de nuestros médicos considere que uno de sus pacientes tiene una enfermedad contagiosa o está infectado con VIH y no está siguiendo medidas de seguridad. Si consideramos que es lo mejor para usted, podemos divulgar información acerca de usted para un procedimiento de tutela o confinamiento involuntario que lo involucra.

- Si sospechamos abuso o negligencia de un niño, la ley estatal dispone que denunciemos el abuso o negligencia al Departamento de Servicios Sociales, y podemos divulgar información acerca de tratamiento por abuso de drogas al hacer la denuncia. Divulgaremos información acerca de usted si la corte nos lo ordena. Si usted comete un crimen, o hace amenazas de cometer un crimen, en el local de nuestro programa, o contra nuestro personal, podemos reportar información sobre la amenaza o crimen a los oficiales de la policía.
- Ciertas reglas profesionales de la licenciatura y normas éticas puede que presten más protección a la información médica, y donde aplique, acataremos esas reglas y normas.

## **5. Podríamos comunicarnos con usted para recordarle sus citas.**

Podemos usar y/o divulgar la información médica protegida para comunicarnos con usted para recordarle una cita que usted tiene para tratamiento o cuidado dental.

## **6. Podríamos comunicarnos con usted con información sobre tratamientos, servicios, productos o nombres de proveedores de salud.**

Podríamos usar y/o divulgar la información médica protegida para dirigir o coordinar su cuidado médico. Esto puede incluir decirle acerca de tratamientos, servicios, productos y/u otros proveedores de salud. También podemos usar y/o divulgar la información médica protegida para darle regalos de poco valor monetario.

**EJEMPLO:** Si a usted le diagnostican diabetes, podemos hacerle saber de servicios de nutrición u orientación que puede que sean de interés para usted.

## **7. Nosotros podríamos comunicarnos con usted para recaudar fondos.**

Podemos usar y/o divulgar la información médica protegida acerca de usted, incluyendo divulgación a una fundación, para que se comuniquen con usted para recaudar fondos para la Escuela y sus transacciones. Solamente divulgaríamos información demográfica (incluyendo información de contacto, edad, sexo y la situación

respecto al seguro) y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en la Escuela. Si usted no desea que lo contacten por esta vía, debe notificárselo a nuestra persona de contacto que aparece en la primera página de este aviso.

**\*\* CUALQUIER OTRO USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ACERCA DE USTED REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO\*\***

Bajo cualquier otra circunstancia, aparte de las enumeradas anteriormente, nosotros pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar la información médica protegida acerca de usted. Si usted firma una autorización por escrito permitiéndonos divulgar la información médica protegida acerca de usted en una situación específica, usted puede cancelar su autorización por escrito más adelante, comunicándose con nuestro Privacy Liaison. Si usted cancela su autorización por escrito, nosotros no divulgaremos la información médica protegida acerca de usted después de que recibamos su cancelación, exceptuando aquellas divulgaciones que se estaban tramitando antes de que recibiéramos su cancelación.

**C. USTED TIENE VARIOS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA ACERCA DE USTED.**

**1. Usted tiene el derecho a solicitar limitaciones en el uso y divulgación de la información médica protegida acerca de usted.**

Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros limitemos el uso y divulgación de la información médica protegida acerca de usted. No tenemos que concordar con las limitaciones que solicite. Sin embargo, aún en el caso de concordar con su solicitud, puede que no sean observadas sus limitaciones en ciertas situaciones. Estas situaciones incluyen tratamiento de emergencia, divulgaciones al *Secretary of the Department of Health and Human Services*, y usos y divulgaciones descritos en el artículo B.2 de la sección previa de este aviso. Usted puede solicitar una limitación comunicándose con el Privacy Liaison de la Escuela de Odontología.

**2. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted usando diferentes vías.**

Usted tiene el derecho a solicitar cómo y cuándo nos comunicamos con usted sobre la información médica protegida. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted a la dirección de su trabajo o número de teléfono o por correo electrónico. Su solicitud debe constar por escrito. Tenemos que dar cabida a solicitudes razonables, pero cuando sea apropiado, podemos condicionarlo a que usted nos suministre información de cómo usted va a pagar por el costo

incurrido, si hay alguno, y su especificación de una dirección alternativa u otro método de comunicación. Usted puede solicitar comunicaciones alternativas comunicándose con el *Privacy Officer* del hospital en particular o de la clínica que le presta servicios.

### **3. Usted tiene el derecho a ver y copiar la información médica protegida acerca de usted.**

Usted tiene el derecho a ver y a recibir una copia de la información médica protegida contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros usados para tomar decisiones acerca de usted. Su solicitud debe constar por escrito. Podemos cobrarle una cantidad de dinero por este servicio. En vez de suministrarle una copia completa de la información médica protegida, podemos proporcionarle un resumen o explicación de la información médica protegida acerca de usted, si usted de antemano acepta el formato y el costo del resumen o explicación. Hay ciertas situaciones en las cuales no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Bajo estas circunstancias, le responderemos por escrito, declarando el motivo de nuestra negativa y describiendo los derechos que pueda tener para solicitar una revisión de nuestra negativa. Usted puede solicitar ver y recibir una copia de la información médica protegida acerca de usted, comunicándose con el Departamento de Registros de Pacientes al (919) 966-3748.

### **4. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda de la información médica protegida acerca de usted.**

Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a expedientes clínicos, de facturación y otros usados para tomar decisiones acerca de usted. Su solicitud debe constar por escrito y debe explicar su(s) motivo(s) para la enmienda. Podemos negar su solicitud si 1- la información no fue originada por nosotros (a menos que usted pruebe que quien originó la información ya no está disponible para corregir el expediente); 2- la información no forma parte del expediente usado para tomar decisiones sobre usted; 3- creemos que la información está correcta y completa; o si 4- usted no tuviera el derecho a ver y copiar el expediente como se describe en el párrafo 3 anterior. Nosotros le avisaremos por escrito los motivos de nuestra negativa y describiremos sus derechos a entregarnos una declaración por escrito si no está de acuerdo con la negativa. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, nos esforzaremos de manera razonable para hacer saber a otros de la enmienda, incluyendo personas que usted señale que hayan recibido la información médica protegida acerca de usted y que necesitan la enmienda. Usted puede solicitar una enmienda de la información médica protegida acerca de usted comunicándose con Departamento de Registros de Pacientes.

## **5. Usted tiene derecho a la lista de las divulgaciones que nosotros hemos hecho.**

Si pide por escrito a nuestra persona de contacto, usted tiene el derecho a recibir por escrito, la lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de la información médica protegida acerca de usted. Usted puede solicitar las divulgaciones hechas por hasta seis (6) años antes de la fecha de la solicitud. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, exceptuando las siguientes:

- Para su tratamiento
- Para facturación y cobro de pago por su tratamiento
- Para transacciones de salud
- Hecha a usted o solicitada por usted, o que usted autorizó
- Ocurredida como consecuencia de usos y divulgaciones permitidas
- Hecha a individuos involucrados en su cuidado, para uso en el directorio, para notificación o para otros propósitos descritos en el artículo B.3 anterior
- Permitidas por la ley cuando el uso y/o divulgación concierne a ciertas funciones gubernamentales especializadas o concierne a instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia en cumplimiento de la ley (véase el artículo B.2 anterior); y
- Como parte de cierta información limitada que no contiene cierta información que lo identificaría a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibió la información, una breve descripción de la información divulgada, y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias permitidas, la información médica protegida acerca de usted ha sido divulgada para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información. Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero. Usted puede solicitar una lista de divulgaciones comunicándose con el Privacy Liaison.

### **Usted tiene derecho a una copia de este aviso.**

Usted tiene derecho a solicitar una copia de este aviso en papel en cualquier momento, comunicándose con el Privacy Liaison. Le proporcionaremos una copia de este aviso no más tarde de la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la suministraremos lo antes posible)

**D. USTED PUEDE INTRODUCIR UN RECLAMO ACERCA DE NUESTRAS PRÁCTICAS PRIVADAS.**

Si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o si quiere quejarse sobre nuestras prácticas en la protección de privacidad, se puede comunicar con las personas indicadas a continuación:

**UNC HIPAA Privacy Officer**  
**CB #9105**  
**137 E. Franklin St., Suite 501**  
**Chapel Hill, NC 27599-9103**  
**Tel.: (919) 843-9953**

**UNC School of Dentistry Privacy Liaison**  
**CB #7450**  
**Brauer Hall Room 452**  
**Chapel Hill, NC 27599-7450**  
**Tel.: (919) 966-2810**

Usted puede también enviar un reclamo por escrito a *United States Secretary of the Department of Health and Human Services*. La información de contacto para la Oficina de Derechos Civiles, puede encontrarla en: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

Si usted presenta una reclamación, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni cambiaremos en ninguna forma nuestro tratamiento hacia usted.

**E. USTED PUEDE INTRODUCIR UN RECLAMO ACERCA DE NUESTRAS PRÁCTICAS PRIVADAS.**

Este Aviso de Prácticas Privadas está vigente a partir del 1 de junio de 2009.

Translated by UNC  
Health Care Interpreter  
Services 06/2005  
Review by UNC Health  
Care Interpreter  
Services 05/13/2009  
Reviewed and revised  
UNC School of Dentistry  
Interpreter Services  
03/18/2010