

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LE SOLICITAMOS QUE LO LEA ATENTAMENTE. MANTENGA PARA SUS ARCHIVOS.

Estamos legalmente obligados a lo siguiente: Mantener la confidencialidad de su información médica y de salud, también denominada "información de salud protegida" (PHI), a proporcionarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica y de salud, y a cumplir con lo establecido en este Aviso.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar o cambiar los términos de este Aviso, y de aplicar tales cambios a nuestras regulaciones y procedimientos con respecto a su información médica y de salud. Usted tiene el derecho de ser notificado sobre cualquier cambio a este Aviso y de recibir una copia escrita de esos cambios. Para obtener una copia de este Aviso una vez que haya sido cambiado, solicítela a su proveedor de tratamiento o a cualquier miembro del personal.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

A fin de proporcionarle cobertura de seguro, necesitamos contar con información médica y de salud, así como con otra información personal sobre usted. Podemos obtener esa información de muchas fuentes, tales como usted mismo, su empleador o patrocinador del plan de beneficios, otros aseguradores, organizaciones HMO o otros administradores responsables de los pagos de sus servicios, y proveedores de cuidado médico.

Con fines de tratamiento: Podemos divulgar información a médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico que cuidan de su salud. Por ejemplo, los médicos pueden solicitar información médica para complementar sus propios registros. También podemos usar información personal al enviar cierta información a médicos para garantizar la seguridad del paciente, o por otras razones relacionadas con su tratamiento. Podemos usar y divulgar su información médica y de salud al comunicarnos con usted con fines de recordarle que tiene una cita para su tratamiento. Usted tiene el derecho de decirnos cómo desea recibir los recordatorios de la cita. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Podemos utilizar y divulgar su información médica y de salud para recomendar posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Adicionalmente, podemos usar y divulgar su información médica y de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés (por ejemplo, elegibilidad para beneficios de Medi-Cal o del Seguro Social). Usted tiene el derecho de rechazar dicha información.

Con fines de efectuar pagos: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para que los servicios y tratamientos que reciba puedan ser facturados y cobrados a usted, a otras compañías de seguros o a otros administradores responsables de los pagos de sus servicios. Por ejemplo, puede ser necesario proporcionar información de su plan de salud acerca de los servicios de terapia física que usted haya recibido por medio de RHA, para que otro plan de salud nos pague o reembolse los costos del tratamiento. También podemos brindar datos a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro, a fin de obtener la aprobación previa o para determinar si dicho plan cubre el tratamiento.

Con fines administrativos, relacionados con el cuidado médico: Podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted con fines de administración del cuidado médico. Estos usos y divulgaciones son necesarios para las actividades de RHA y para asegurar que todos nuestros clientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica y de salud para analizar nuestros tratamientos y servicios, así como para evaluar la calidad del tratamiento que los médicos le proporcionen. También podemos combinar información médica y de salud sobre muchos clientes de RHA para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios ya no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos o no. Asimismo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, consejeros, estudiantes de medicina y de cuidado de la salud, y otro personal de agencias con fines de revisión y aprendizaje. De modo similar, podemos combinar la información médica y de salud de la que disponemos con la de otras agencias, con el propósito de comparar nuestro funcionamiento y comprender cómo mejorar los servicios y el cuidado que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique a usted en un conjunto de información médica y de salud, a fin de que otros puedan usarla para estudiar el cuidado médico y de salud y su prestación, sin saber quiénes son los clientes específicos.

Con fines de investigación: En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica y de salud acerca de usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede requerir comparar la salud y la recuperación de todos los clientes que han recibido un medicamento, con las de aquellos que recibieron otro para tratar una misma condición médica. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica y de salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad de la información médica y de salud de los clientes. Antes de usar o divulgar información médica y de salud con fines de investigación, el proyecto tiene que haber sido autorizado por este proceso de aprobación; sin embargo, podemos divulgar información médica y de salud acerca de usted a personas que estén preparando la realización de un proyecto de investigación. Por ejemplo, con el objeto de ayudarlos a identificar clientes con necesidades médicas y de salud específicas, siempre que la información médica y de salud que analicen no transgreda el ámbito de RHA.

Casos en que la ley así lo requiera: Usaremos y divulgaremos información médica y de salud cuando así lo exijan las leyes o regulaciones federales o estatales.

Abuso, negligencia o violencia doméstica: Podemos divulgar su información médica y de salud para notificar a las autoridades apropiadas del gobierno si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando así sea requerido o autorizado por la ley.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Derecho de inspeccionar y obtener copias: Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros. A fin de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Si usted solicita una copia de su información médica y de salud, nosotros podremos cobrarle un cargo para cubrir los costos de copiado, envío u otros insumos procedentes de su solicitud. Si usted no solicita una copia de sus registros, no le cobraremos ningún cargo por inspeccionarlos. Podemos rechazar su pedido de inspeccionar y obtener copias de partes de su información médica y de salud. Si a usted se le niega el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica y de salud archivada en nuestros registros, puede apelar tal decisión y pedir que otro profesional licenciado de cuidado de la salud designado por RHA, que no haya estado involucrado en su tratamiento, reconsidere los motivos del rechazo. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar enmiendas: Si usted considera que su información médica y de salud archivada en nuestros registros es inexacta o incompleta, puede solicitar que emendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información esté en nuestro poder. Para solicitar una enmienda, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. Además, debe exponer la razón que motiva la enmienda. Su pedido se incorporará a su registro. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario y una lista de sitios del Condado para este propósito.) Podemos rechazar su pedido si usted nos solicita que emendemos información que no haya sido preparada por nosotros, o que sea parte de información que a usted no se le haya permitido inspeccionar y copiar, o que sea considerada exacta y completa por su equipo de tratamiento.

Derecho a obtener un detalle de las divulgaciones: Con la excepción de ciertas divulgaciones —por ejemplo, aquellas vinculadas con tratamientos, pagos y actividades administrativas de cuidado de la salud, así como aquellas autorizadas por usted—, usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones que hayamos hecho de su información médica y de salud. Para solicitar esta lista, usted debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe referirse a un período determinado, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite en un período de 12 meses sucesivos será sin cargo para usted. Si desea obtener listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionárselas. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá anular o modificar su pedido antes de que incurramos en ningún gasto.

Derecho de solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar que observemos restricciones adicionales y especiales al utilizar o divulgar su información médica y de salud, pero no estamos obligados a dar curso a su pedido. Si aceptamos satisfacerlo, atenderemos su pedido a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia, tal como lo determine su médico. Para solicitar restricciones, usted debe hacer un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. En su solicitud, deberá especificar qué información desea limitar, el tipo de limitación a aplicar, y a quién desea aplicarla. Un ejemplo de tal limitación podría ser establecer restricciones a divulgaciones destinadas a su cónyuge. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.)

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a citas y otras cuestiones relacionadas con su tratamiento de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo, o mediante correspondencia dirigida a una casilla postal. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar un pedido por escrito a su administrador de caso o a la persona a cargo de su tratamiento. (Si usted así lo solicita, le proporcionaremos un formulario para este propósito.) Su pedido debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Procuraremos cumplir con todos los pedidos razonables.

Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso: Usted nos puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Aun si hubiera acordado recibir este Aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa del mismo. Para obtener una copia impresa de este Aviso, solicítela a cualquier miembro del personal.

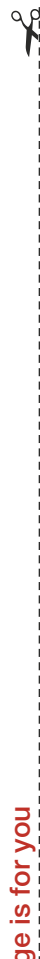
QUEJAS

Usted tiene el derecho de presentar una queja si considera que el personal de RHA no ha cumplido con las prácticas descritas en este Aviso. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No se le penalizará de ninguna manera por el hecho de presentar una queja.

Si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja al gobierno federal. Para presentar una queja, comuníquese con nuestro oficial de privacidad:

Contact Officer: HIPAA Officer email: Info@bigsmilesdental.org
 Telephone: 877-227-9892 Fax: 800-967-2147

Address: 1904 W Parkside Lane, Ste 201, Phoenix AZ 85027



Tear off here – This page is for you



Dental care is very important for your student's health.

YOUR STUDENT CAN RECEIVE DENTAL CARE AT SCHOOL AND IT IS ABSOLUTELY FREE to you for students covered by AHCCCS or Kids Care (Medicaid). We also accept dental insurance and have some donated services available for the uninsured. If you have questions, please call us at **(877) 227-9892**.

Only 3 easy steps:

- 1) Fill in all of the information in pen
- 2) Sign next to the at the bottom
- 3) Have your student return this permission slip to his/her teacher RIGHT AWAY!

School: Peoria Accelerated High School District: American Charter Schools Foundation

Your Name: _____ Relation to Student: _____

Student Name: _____ Student Date of Birth: / /

Grade: _____ Track: _____ Phone: (_____) _____ 2nd Phone: Phone: (_____) _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____ Email: _____

Check One: Student has AHCCCS Student has Private Insurance Student is Uninsured

Enter Student's 9-Digit AHCCCS ID# Below

--	--	--	--	--	--	--	--	--

HEALTH HISTORY (CIRCLE "YES" OR "NO" OR LIST)					PLEASE NOTIFY US OF ANY MEDICAL HISTORY CHANGES.	
Asthma	YES	NO	Kidney Problems	YES	NO	
Heart Problems	YES	NO	Blood Disorder	YES	NO	Surgeries
Diabetes	YES	NO	Latex Allergy	YES	NO	Allergies
Liver Problems	YES	NO	Seizures	YES	NO	Medications
						Other Conditions

I authorize Ralph Green, DDS, PC affiliated general dentists to provide dental care which may include dental exams, x-rays, cleanings, fluoride, sealants, fillings, crowns, baby teeth root canals and simple extractions of baby teeth at school without my presence unless I withdraw this consent. I authorize and direct Ralph Green, DDS, PC to bill and collect payment from any Medicaid, insurance or other third party payer that covers the services provided to this patient, which shall be applied to the patient's benefits. If there will be cost to me, then I will be called first to approve or decline. I acknowledge receiving a notice of privacy practices attached to this consent form.

SIGN HERE: _____ **DATE:** _____

Some school districts may release student directory information for us to contact you. Please check here and complete student information above to prohibit this.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

OUR LEGAL DUTY

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your health information. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect 04/14/03, 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. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our Notice effective for all health information that we maintain, including health information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and make the new Notice available 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.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We use and disclose health information about you for treatment, payment, and healthcare operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your health information to a physician or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your health information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your health information in connection with your healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualifications of healthcare professionals, evaluating practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities.

Your Authorization: In addition to our use of your health information for treatment, payment or healthcare operations, you may give us written authorization to use your health information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your health information for any reason except those described in this Notice.

To Your Family and Friends: We must disclose your health information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your health information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

Persons Involved in Care: We may use or disclose health information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating) a family member, your personal representative or another person responsible for your care, of your location, your general condition, or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your health information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose health information based on a determination using our professional judgment disclosing only health information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of health information.

Marketing Health-Related Services: We will not use your health information for marketing communications without your written authorization.

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

Abuse or Neglect: We may disclose your health information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, or domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your health information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety of the health or safety of others.

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 of protected health information of inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders: We may use or disclose your health information to provide you with appointment reminders (such as voicemail messages, postcards, or letters).

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You may request that we provide photocopies. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we or our business associates disclosed your health information for purposes, other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for the last 6 years, but not before April 14, 2003. 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 these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by your agreement (except in an emergency).

Alternative Communication: You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or to alternative locations (You must make your request in writing.) Your request must specify the alternative means or location, and provide satisfactory explanation how payments will be handled under the alternative means or location you request.

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.

Electronic Notice: If you receive this Notice on our Web site or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this Notice in written form.

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 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 the U.S. Department of Health and Human Services.

Contact Officer: HIPAA Officer

email: info@bigsmilesdental.org

Telephone: 877-227-9892

Fax: 800-967-2147

Address: 1904 W Parkside Lane, Ste 201, Phoenix, AZ 85027

Su estudiante ahora puede recibir CUIDADO DENTAL EN LA ESCUELA SIN NINGÚN COSTO PARA USTED! *Por Favor Regrésalo a la Escuela Mañana!*



El cuidado dental es muy importante para la salud de su estudiante.

SU ESTUDIANTE PUEDE RECIBIR CUIDADO DENTAL GRATIS en la escuela y es absolutamente gratis para usted para estudiantes cubiertos por AHCCCS o Kids Care. También aceptamos seguros dentales privados y hasta le podemos ayudar si usted no cuenta con ningún tipo de seguro. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos gratuitamente al **(877) 227-9892**.

Solo 3 pasos sencillos:

- 1) Llene toda la información con pluma
- 2) Firme en la parte de abajo enseguida de la
- 3) Haga que su niño(a) le de la hoja a su profesor(a) lo MÁS PRONTO posible!

Escuela: Peoria Accelerated High School Distrito: American Charter Schools Foundation

Su Nombre: Relación al Estudiante:

Nombre del Estudiante: Fecha de Nacimiento: / /

Año: Salon del Estudiante: Teléfono: () 2do Teléfono: ()

Dirección: Ciudad: Código Postal: Email:

Seleccione Uno: Estudiante tiene AHCCCS Estudiante tiene Seguro Privado Estudiante no tiene Seguro

Llene abajo los 9-Dígitos del # de AHCCCS

HISTORIA MÉDICA (CIRCULE "SÍ" O "NO" O ENLISTE.) POR FAVOR NOTIFIQUENOS DE QUALQUIER CAMBIO EN LA HISTORIA MÉDICA.

Asma	SÍ	NO	Problemas de los Riñones	SÍ	NO	Liste Operaciones	Liste Alergias
Problemas del Corazón	SÍ	NO	Célula de la Hoz	SÍ	NO		
Diabetes	SÍ	NO	Alergia al látex	SÍ	NO	Liste Medicinas Tomadas	Liste Condiciones
Problemas del Hígado	SÍ	NO	Epilepsia/Convulsiones	SÍ	NO		

Autorizo a los dentistas generales afiliados a Ralph Green DDS, PC para que provean todos los servicios dentales que pueden incluir: un examen dental, rayos x, limpieza, fluoruro, cualquier relleno y corona necesario, endodoncias y extracciones simples en dientes de leche en la escuela sin mi presencia, al menos de que yo retire mi permiso. Autorizo y dirijo a Ralph Green DDS, PC a facturar y recibir pago de cualquier plan de Medicaid, seguro privado o tercera persona que cubra los servicios proveídos a este paciente, los cuales serán aplicados a los beneficios del mismo. Si ahí algún costo para mi seré llamado(a) para aprobar o rechazar. He Recibido información sobre las practicas privadas adjunta a esta forma.

FIRME AQUÍ: **FECHA:**

Algunas distritos escolares podrían darnos la información de su estudiante para poder contactarle. Por favor marque aquí y llene la información de arriba para prohibir esto.

Tear off here – This page is for you