

Kids Tooth Team Outreach Privacy Practices HIPAA (English)

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

We are required by law to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect 1/1/2022, and will remain in effect until we replace it. Date of most recent update: 2/7/2026.

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

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

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU/YOUR CHILD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fundraising. We will not use information protected under 42 CFR Part 2 for fundraising without giving you the opportunity to opt out of such communications.

SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) RECORDS —SPECIAL PRIVACY PROTECTIONS

Some health information related to substance use disorder (SUD) diagnosis, treatment, or referral may be protected by federal law (42 CFR Part 2) and receives additional confidentiality protections.

Important information about SUD records:

- We may not use or disclose SUD records for treatment, payment, or healthcare operations without your written consent, except as permitted by law.
- These records will not be used or disclosed in any civil, criminal, administrative, or legislative proceeding against you without your written consent or a court order.
- If state or federal laws are more restrictive than HIPAA, those stricter laws will apply.

REDISCLASURE NOTICE

If your health information is disclosed as permitted by law, the recipient may redisclose the information, and it may no longer be protected by HIPAA.

Other Uses and Disclosures of PHI

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

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION

You have the right to:

- Inspect and obtain a copy of your health records
- Request corrections to your health information
- Request restrictions on certain uses or disclosures
- Request confidential communications
- Receive a paper copy of this Notice at any time
- Be notified if your unsecured health information is breached

Access. You have the right to look (inspect) at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make the request in writing. You may obtain a form to request

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

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

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

Right to Request a Restriction. You have the right to request additional restrictions on our use or disclosure of your PHI by submitting a written request to the Privacy Official. Your written request must include (1) what information you want to limit, (2) whether you want to limit our use, disclosure or both, and (3) to whom you want the limits to apply. We are not required to agree to your request except in the case where the disclosure is to a health plan for purposes of carrying out payment or health care operations, and the information pertains solely to a health care item or service for which you, or a person on your behalf (other than the health plan), has paid our practice in full.

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

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

amendment, we will provide you with a written explanation of why we denied it and explain your rights.

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

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

Questions and Complaints

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

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

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

Our Privacy Official: Tim Otto

Telephone: (512) 523-4774 Fax: (743) 256-4051

Address: 1245 Main St, Suite 300, Buda, TX, 78610-2269

E-mail: info@kidstoothteam.com

Or with the U.S. Department of Health and Human Services: Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019 | www.hhs.gov/ocr

We will not retaliate against you for filing a complaint.

Applicability of Consent and HIPAA Authorization Across All Practice Locations

By signing this consent, I understand and agree that the terms of this consent apply to all affiliated locations affiliated with Kids Tooth Team Outreach- including Kids Tooth Team and Steiner Ranch Pediatric Dentistry group, including but not limited to:

- Kids Tooth Team – Buda
- Kids Tooth Team – Kyle
- Kids Tooth Team – South Austin
- Kids Tooth Team– Pflugerville
- Steiner Ranch Pediatric Dentistry
- Texas Children's North Austin

For the purposes of this consent form, the term **"the Practice"** collectively refers to **all of the locations listed above.**

I acknowledge that I may seek care for my child(ren) at any of these locations, and that the information, permissions, and agreements provided in this consent will remain valid and enforceable across all sites within the Practice.

I also understand and agree that my child(ren)'s protected health information (PHI) may be shared between these affiliated locations for the purpose of providing coordinated, continuous, and high-quality dental care, in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). This includes the sharing of medical records, dental histories, x-rays, and any other information necessary to support treatment, payment, and healthcare operations.

My child(ren)'s information will be handled with strict confidentiality and will only be used or disclosed as permitted under HIPAA guidelines and the Practice's Notice of Privacy Practices.

Use of Secure Third-Party Systems

I understand that my or my child's protected health information (PHI) may be securely stored, accessed, or transmitted through HIPAA-compliant third-party systems used by the Practice for clinical, administrative, and operational purposes. I confirm that I have the right to share this information and accept responsibility for doing so.

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA (Espanol)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida, a proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y a notificar a las personas afectadas tras una violación de información de salud protegida no asegurada. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigor el 1/1/2022 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos. Fecha de la actualización más reciente: 7/2/2026.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable, y de hacer que las nuevas disposiciones del Aviso sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Cuando realicemos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso y publicaremos el nuevo Aviso de forma clara y visible en la ubicación de nuestra práctica, y proporcionaremos copias del nuevo Aviso cuando se nos solicite.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED / SU HIJO(A)

Podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluyendo tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías hemos proporcionado una descripción y un ejemplo. Cierta información, como la relacionada con el VIH, información genética, registros de alcohol y/o abuso de sustancias y registros de salud mental, puede tener derecho a protecciones especiales de confidencialidad conforme a la ley estatal o federal aplicable. Cumpliremos con estas protecciones especiales en los casos en que correspondan a este tipo de registros.

Tratamiento. Podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a un especialista que le esté brindando tratamiento.

Pago. Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el reembolso de los tratamientos y servicios que usted recibe de nosotros u otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobros, gestión de reclamaciones y determinaciones de elegibilidad y cobertura para obtener el pago de usted, de una compañía de seguros u otro tercero. Por ejemplo, podemos enviar reclamaciones a su plan de salud dental que contengan cierta información de salud.

Operaciones de Atención Médica. Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, realización de programas de capacitación y actividades de licenciamiento.

Personas Involucradas en su Atención o en el Pago de su Atención. Podemos divulgar su información de salud a sus familiares o amigos u otra persona identificada por usted cuando estén involucrados en su atención o en el pago de su atención. Además, podemos divulgar información sobre usted a un representante del paciente. Si una persona tiene autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por usted, trataremos a ese representante del paciente de la misma manera que a usted con respecto a su información de salud.

Ayuda en Casos de Desastres. Podemos usar o divulgar su información de salud para ayudar en esfuerzos de ayuda en casos de desastre.

Requerido por la Ley. Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley nos lo exija.

Actividades de Salud Pública. Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública, incluidas divulgaciones para:

- o Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- o Reportar abuso o negligencia infantil;
- o Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos;
- o Notificar a una persona sobre el retiro, reparación o reemplazo de productos o dispositivos;
- o Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o condición; o
- o Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Seguridad Nacional. Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados información de salud requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar información de salud protegida a una institución correccional o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley que tenga la custodia legal de un recluso o paciente.

Secretario del HHS. Divulgaremos su información de salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento de HIPAA.

Compensación a Trabajadores. Podemos divulgar su PHI (información de salud protegida) en la medida en que esté autorizada y sea necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con compensación a trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

Cumplimiento de la Ley. Podemos divulgar su PHI para fines de cumplimiento de la ley según lo permita HIPAA, según lo requiera la ley o en respuesta a una citación u orden judicial.

Actividades de Supervisión de la Salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones según sea necesario para el licenciamiento y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Procesos Judiciales y Administrativos. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal presentado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos, ya sea por la parte solicitante o por nosotros, para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Investigación. Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o junta de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por

ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar PHI a directores de funerarias conforme a la ley aplicable para que puedan cumplir con sus funciones.

Recaudación de Fondos. No utilizaremos información protegida bajo 42 CFR Parte 2 para actividades de recaudación de fondos sin brindarle la oportunidad de optar por no recibir dichas comunicaciones.

REGISTROS DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (SUD) — PROTECCIONES ESPECIALES DE PRIVACIDAD

Cierta información de salud relacionada con el diagnóstico, tratamiento o remisión por trastorno por uso de sustancias (SUD) puede estar protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2) y recibe protecciones adicionales de confidencialidad.

Información importante sobre los registros de SUD:

Podemos no usar ni divulgar registros de SUD para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su consentimiento por escrito, excepto en los casos permitidos por la ley.

Estos registros no se usarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial.

Si las leyes estatales o federales son más restrictivas que HIPAA, se aplicarán esas leyes más estrictas.

AVISO DE REDIVULGACIÓN

Si su información de salud se divulga según lo permita la ley, el destinatario podría volver a divulgar la información y es posible que ya no esté protegida por HIPAA.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE PHI

Se requiere su autorización, con pocas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, el uso o divulgación de PHI con fines de mercadeo y la venta de PHI. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines distintos a los previstos en este Aviso (o según lo permita o exija la ley). Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Tras recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basadas en la autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y obtener una copia de sus registros de salud
- Solicitar correcciones a su información de salud
- Solicitar restricciones sobre ciertos usos o divulgaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento
- Ser notificado si su información de salud no asegurada se ve comprometida

Acceso. Usted tiene derecho a revisar (inspeccionar) o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Debe hacer la solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que aparece al final de este Aviso. Si solicita información que mantenemos en papel, podemos proporcionarle fotocopias. Si solicita información que mantenemos electrónicamente, tiene derecho a una copia electrónica. Utilizaremos la forma y el formato que usted solicite si es razonablemente posible producirlo. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por los suministros y la mano de obra de la copia, y por el franqueo si desea que le enviemos las copias por correo. Comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este Aviso para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Si se le niega una solicitud de acceso, usted tiene derecho a que dicha negativa sea revisada de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.

Resumen de Divulgaciones. Con la excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene derecho a recibir un resumen (contabilidad) de las divulgaciones de su información de salud de acuerdo con las leyes y reglamentos aplicables. Para solicitar un resumen de las divulgaciones de su información de salud, debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Si solicita este resumen más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo para responder a solicitudes adicionales.

Derecho a Solicitar una Restricción. Usted tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su PHI, presentando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud por escrito debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y (3) a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en el caso en que la divulgación se haga a un plan de salud con el propósito de realizar pagos u operaciones de atención médica, y la información se refiera únicamente a un servicio de

atención médica por el cual usted, u otra persona en su nombre (que no sea el plan de salud), haya pagado a nuestra práctica en su totalidad.

Comunicación Alternativa. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el medio o lugar alternativo y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo el medio o lugar alternativo que usted solicita. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted utilizando las formas o ubicaciones que ha solicitado, podremos comunicarnos con usted utilizando la información que tenemos.

Enmienda. Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos (modifiquemos) su información de salud. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué la información debe enmendarse. Podemos negar su solicitud en determinadas circunstancias. Si aceptamos su solicitud, enmendaremos su(s) registro(s) y le notificaremos. Si negamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito de por qué la denegamos y le explicaremos sus derechos.

Derecho a la Notificación de una Violación. Usted recibirá notificaciones sobre violaciones de su información de salud protegida no asegurada según lo exija la ley.

Aviso Electrónico. Usted puede recibir una copia impresa de este Aviso a solicitud, incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente en nuestro sitio web o por correo electrónico.

PREGUNTAS Y QUEJAS

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

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado respecto al acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que usted haya hecho para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por medios o en ubicaciones alternativas, puede presentar una queja con nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a solicitud.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Nuestro Oficial de Privacidad: Tim Otto

Teléfono: (512) 523-4774 Fax: (743) 256-4051

Dirección: 1245 Main St, Suite 300, Buda, TX, 78610-2269

Correo electrónico: info@kidstoothteam.com

O con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Office for Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019 | www.hhs.gov/ocr

No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Aplicabilidad del Consentimiento y la Autorización de HIPAA en Todas las Ubicaciones de la Práctica

Al firmar este consentimiento, entiendo y acepto que los términos de este consentimiento se aplican a todas las ubicaciones afiliadas dentro del grupo Kids Tooth Team Outreach-Kids Tooth Team y Steiner Ranch Pediatric Dentistry, incluidas, entre otras:

Kids Tooth Team – Buda

Kids Tooth Team – Kyle

Kids Tooth Team – South Austin

Kids Tooth Team – Pflugerville

Steiner Ranch Pediatric Dentistry

Texas Children's North Austin

Para los fines de este formulario de consentimiento, el término «la Práctica» se refiere colectivamente a todas las ubicaciones enumeradas anteriormente.

Reconozco que puedo buscar atención para mi(s) hijo(s) en cualquiera de estas ubicaciones y que la información, permisos y acuerdos proporcionados en este

consentimiento seguirán siendo válidos y ejecutables en todos los sitios dentro de la Práctica.

También entiendo y acepto que la información de salud protegida (PHI) de mi(s) hijo(s) puede compartirse entre estas ubicaciones afiliadas con el propósito de brindar atención dental coordinada, continua y de alta calidad, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Esto incluye el intercambio de expedientes médicos, historiales dentales, radiografías y cualquier otra información necesaria para respaldar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

La información de mi(s) hijo(s) se manejará con estricta confidencialidad y solo se usará o divulgará según lo permitan las normas de HIPAA y el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica.

Uso de Sistemas de Terceros Seguros

Entiendo que la información de salud protegida (PHI) mía o de mi(s) hijo(s) puede almacenarse, accederse o transmitirse de manera segura a través de sistemas de terceros conformes con HIPAA utilizados por la Práctica para fines clínicos, administrativos y operativos. Confirmando que tengo derecho a compartir esta información y acepto la responsabilidad de hacerlo.