



**Baxter Springs Family Dentistry**  
1440 Park Avenue, Baxter Springs, KS 66713  
<https://baxterspringsfamilydentistry.com/>  
620.856.2173

**Su información.**

**Sus derechos.**

**Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada, y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

**Por favor, revíselo cuidadosamente.**

**Su  
Información**

**Usted tiene derecho a:**

- Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas o entidades con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Designar a una persona para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad

► **Vea la página 2**  
para obtener más  
información sobre  
estos derechos y  
cómo ejercerlos

**Sus  
Opciones**

**Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que  
usamos y compartimos la información cuando nosotros:**

- Responder preguntas sobre su cobertura por parte de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda en caso de desastres
- Promocionar nuestros servicios y vender su información

► **Vea la página 3**  
para obtener más  
información sobre  
estas opciones y  
cómo ejercerlas

**Nuestros  
Usos y  
Divulgaciones**

**Podemos usar y compartir su información cuando nosotros:**

- Ayudar a manejar el tratamiento de atención médica que usted recibe
- Administrar nuestra organización
- Pagar por sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Colaborar en asuntos de salud pública y seguridad
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaborar con un médico forense o director de funeraria
- Atender asuntos de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

► **Vea las páginas 3 y 4** para obtener  
más información  
sobre estos usos y  
divulgaciones

## Sus Derechos

### Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones

Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones, así como de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

#### Solicite que se corrijan sus expedientes médicos y de reclamaciones

Usted puede solicitarnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.

Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos por escrito el motivo dentro de los 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, por teléfono en su hogar o en su oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.

Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos aceptar si nos informa que estaría en peligro si no lo hacemos.

#### Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos

Usted puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos rechazarla si afectaría su atención.

#### Obtenga una lista de las personas o entidades con quienes hemos compartido información

Usted puede solicitar una lista (registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado realizar). Proporcionaremos un registro al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro dentro de los 12 meses.

#### Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de manera inmediata.

#### Designar a alguien para que actúe en su nombre

Si ha otorgado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.

Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

#### Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

Usted puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos, comunicándose con nosotros usando la información que aparece en la página 1.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus Opciones

### Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos que:**

Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención

Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastres

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad.

**En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:**

Fines de mercadeo

Venta de su información

Comunicaciones de recaudación de fondos – Información protegida bajo 42 CFR Parte 2

## Nuestros Usos y Divulgaciones

### ¿Cómo usamos o compartimos típicamente su información de salud?

Típicamente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

**Ayudar a manejar el tratamiento de atención médica que usted recibe**

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo:*

*Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

**Administrar nuestra organización**

Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario.

No se nos permite usar información genética para decidir si le otorgaremos cobertura ni para establecer el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

*Ejemplo:*

*Usamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.*

**Pagar por sus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por sus servicios de salud.

*Ejemplo:*

*Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.*

**Administrar su plan**

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo:*

*La traducción al español sería: Su empresa tiene un contrato con nosotros para ofrecer un plan de salud, y le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

*continuado en la página siguiente*

## ¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ayudar en asuntos de salud pública y seguridad</b> | Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tales como: <ul style="list-style-type: none"><li>· Prevenir enfermedades</li><li>· Ayudar con retiros de productos</li><li>· Reportar reacciones adversas a medicamentos</li><li>· Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica</li><li>· Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad de cualquier persona</li></ul> |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                 |                                                           |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Realizar investigaciones</b> | We can use or share your information for health research. |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|

---

|                           |                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cumplir con la ley</b> | Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad. |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y colaborar con un médico forense o director de funeraria</b> | Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de procuración de órganos.<br><br>Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atender asuntos de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales</b> | Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none"><li>· Para reclamaciones de compensación laboral</li><li>· Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de la ley</li><li>· Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley</li><li>· Para funciones especiales del gobierno, como asuntos militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial</li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                                |                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Responder a demandas y acciones legales</b> | Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

## Protecciones de privacidad especiales para registros de trastornos por uso de sustancias (SUD)

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

---

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Información importante sobre los registros de SUD:</b> | No podemos usar ni divulgar los registros de SUD para tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin su consentimiento por escrito, excepto cuando la ley lo permita.<br><br>Estos registros no se usarán ni se divulgarán en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial.<br><br>Si las leyes estatales o federales son más restrictivas que HIPAA, se aplicarán esas leyes más estrictas. |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Nuestras Responsabilidades

---

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a lo descrito aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos da su consentimiento, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## Aviso sobre la redistribución de información

---

Si su información de salud se divulga según lo permitido por la ley, el destinatario puede redistribuir la información, y esta podría dejar de estar protegida por HIPAA.

## Cambios en los términos de este aviso

---

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web y se le presentará en o antes de su próxima visita.

**La fecha de vigencia de este aviso es: 1 de Febrero de 2026.**

## Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones:

---

- Nosotros, como entidad, somos parte de Lumio Dental, un OHCA (arreglo organizado de atención médica) llamado Lumio Dental, y hemos acordado un aviso conjunto.
- Hemos acordado un aviso conjunto de prácticas de privacidad con Lumio Dental.
- Compartimos información dentro de Lumio Dental para fines de tratamiento, pago y otras operaciones relacionadas con la atención de nuestros pacientes.

## ¿Preguntas o inquietudes? ¡Por favor contáctenos!

Dr. Colby Broadbent, Oficial de Privacidad  
[privacyofficer@lumiodental.com](mailto:privacyofficer@lumiodental.com)