

Patient Name:
Visit Date:
Patient ID:

My Kids' Dentist, Ryan S. Brown DDS PC
3140 Clearwater Dr, Prescott, AZ 86305
Phone: 928-445-5959
Fax: 928-445-5989

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

You may refuse to sign this acknowledgement

I HAVE RECEIVED A COPY OF THIS OFFICE'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.

My Kids' Dentist Ryan Brown, D.D.S., Pediatric Dentist

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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.

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 this Notice about our privacy practices, and our legal duties and our 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 July 1, 2007 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 in this Notice.

PATIENT RIGHTS

Access: You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exception. You may request that we provide copies in a format other than photocopies, such as an electronic copy if preferred. We will use the format you request unless we cannot practicably do so within 30 days of your request. You must make a request in writing to obtain access to your health information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed in this Notice, or you may also request access by sending us a letter to the address in this Notice. We will charge you a reasonable cost based fee for expenses such as copies, postage and staff time.

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 questions and certain other activities, for the last 6 years but not before July 1, 2007. 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. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say "yes" unless a law requires us to share that information.

Restrictions: you have the right to request that we place additional restrictions on our use of disclosure of your health information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our 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.

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 our healthcare operations. Healthcare operations include quality assessment and improvement activities, reviewing the competence or qualification healthcare professionals, evaluation practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, and 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 our 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 disclose your 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 or sell your health information for marketing communications without your written authorization that gives us permission. We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again for marketing or fundraising purposes.

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 vital statistics, diseases, information related to recalls of dangerous products, and similar information to public health authorities.

Health Oversight: We may be required to disclose information to assist in investigations and audits, eligibility for government programs, and similar activities.

Court Orders and Subpoenas: We may disclose information in response to an appropriate court order or subpoena.

Law Enforcement: Subject to certain restrictions, we may disclose information required by law enforcement officials.

Serious Threat to Health or Safety: We may use and disclose information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

Workers Compensation: We may release information about you for workers compensation or similar programs providing benefits for work-related injuries or illness.

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 or 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 authorize 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 phone confirmations, voicemail messages, texts, postcards or letters).

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

Contact Officer: Ryan Brown Telephone: (928)445-5959 Fax: (928) 445-5989

Address: 3140 Clearwater Dr. Prescott, AZ 86305

As required by the Privacy Regulations, I hereby acknowledge that I have received a current copy of this practice's "NOTICE OF PRIVACY PRACTICES".

As required by the Privacy Regulations, I am aware that this practice has included a provision that it reserves the right to change the terms of its notice and to make the new notice provisions effective for all protected health information it maintains.

Comments:

NOTIFICACION SOBRE NORMATIVAS DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento

HE RECIBIDO UNA COPIA DEL RECONOCIMIENTO DE LA PRACTICA PRIVADA DE ESTA OFICINA

My Kids' Dentist Ryan Brown, D.D.S.,Especialista Dental para Ninos

NOTICIA DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Esta notificación describe y explica como la información con respecto a su salud puede utilizarse o y divulgarse y como usted puede acceder esta información, por favor leala y revísela cuidadosamente.

NUESTRA OBLIGACION LEGAL

Estamos obligados por la ley estatal y federal a mantener la privacidad de la información con respecto a su salud. Estamos también obligados a dar esta Notificación sobre nuestras normativas de privacidad, nuestras obligaciones y derechos legales con respecto a su salud. Nosotros debemos de apegarnos a esta descripción dada en esta Noticia mientras este activa. Esta noticia ha estado en efecto desde 01/07/2007 y se mantendrá efectiva hasta que se renueve o remplace.

Nos guardamos el derecho de cambiar nuestra información de la Práctica privada y los términos de esta Notificación en cualquier momento dado, cualquier cambio que hagamos ya ha sido permitido por la ley que aplica. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestra Práctica Privada y en los términos nuevos de nuestra Noticia estará en efecto para todos aquellos cambios que mantengamos con respecto a su salud, incluyendo información que nos fue dada antes de los cambios efectuados. Antes de que hagamos cualquier cambio significativo a nuestra práctica privada, nosotros cambiaremos esta notificación y la haremos disponible en cuanto usted la solicite.

Usted puede pedir una copia de esta Notificación en cualquier momento. Para más información con respecto a nuestra práctica privada o para copias adicionales de la misma, por favor contáctenos con la información dada en esta Noticia.

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Acceso: Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de con la información de salud hasta un cierto límite. Usted puede pedir copias en un formato diferente de las fotocopias regulares. Nosotros usaremos el formato que usted requiera a menos de que no podamos. Usted puede pedir por escrito información relacionada a su salud, usted también puede usar el formato ofrecido en esta Noticia para solicitar la misma información o bien puede mandarnos una carta a la dirección dada en esta Notificación. Nosotros le cobraremos razonablemente por este servicio que incluye las copias, las estampas y tiempo usado por nuestro personal.

Información sobre su Cuenta: Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en las cuales nosotros o nuestros asociados pueden proveer su información de salud para otros propósitos además de pagos, preguntas de salud y otras actividades, de los pasados seis desembocaduras, pero no antes de este Julio, 1 del 2007. Si usted pide información de su cuenta más de una vez en un periodo de 12 meses, nosotros le cobraremos una pequeña cantidad para poder rendirle este servicio adicional.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o límite del uso o divulgación de su historial médico para tratamientos, pagos o prácticas médicas. Con respecto a la información de su salud. También tiene derecho a solicitar una limitación en la divulgación de su historial a alguien implicado en su tratamiento o el pago de su tratamiento, como un familiar o un amigo. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo a agregar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, nos apegaremos a nuestro acuerdo (con la excepción de emergencias

Alternativas de Comunicación: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros le comuniquemos cualquier información con respecto su salud con diferentes alternativas, usted debe hacer el pedido por escrito, también debe de especificar el método que usted quiere usar y debe de proporcionar una explicación satisfactoria en cuanto a su método de pago basado en la alternativa que usted ya ha solicitado

Cambios: Usted tiene el derecho de solicitar que se hagan cambios en la información de su salud. Su solicitud debe ser dada por escrita y debe de explicar la razón por la cual la información debe de ser cambiada. Nosotros nos guardamos el derecho de negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Notificación Electrónica: Si usted recibe esta Noticia en nuestra Web site o por correo electrónico (e-mail) usted tiene derecho de recibir esta Notificación en forma escrita.

USOS Y ENTREGA DE INFORMACION DE LA SALUD

Nosotros podemos utilizar o divulgar su historial médico para propósitos operativos. Por ejemplo, **Tratamiento:** Nosotros podríamos usar o dar información de su salud a un doctor u otro proveedor de salud quien le proporcionara una evaluación o tratamiento.

Pago: Nosotros podríamos usar o dar información de su salud para obtener un pago por los servicios que le hemos proporcionado.

Operaciones de Salud: Nosotros podríamos usar o dar información de su salud relacionada con otras operaciones de salud. Estas incluyen Evaluaciones para su calidad de vida, actividades para mejorar sus actividades, revisiones para

la competencia y calificación del cuidado de otros profesionales de la salud, también para la evaluación de su doctor o especialista, programas de entrenamiento, acreditaciones y certificaciones, licencias o actividades credenciales.

Su Autorización: Además de usar su información para pagos, tratamiento u operaciones de salud usted puede darnos su autorización por escrito en cualquier momento para dar su información a cualquier entidad que usted desee. Si usted nos da su autorización también puede revocarla en cualquier momento. Su revocación no afectará la información de salud que nos dio con anterioridad. A menos de que usted nos de una autorización por escrito, nosotros no podemos usar o entregar nada con respecto a su salud por ninguna razón con excepción de la dada en esta Notificación.

Su familia y Amigos: Nosotros podemos dar información a usted, tal como hemos explicado en la sección de Los Derechos de Los Pacientes en esta Notificación. Podemos dar información con respecto a su salud a un familiar, amigo/a u otra persona hasta cierto punto siempre y cuando sea necesario para ayudarlo con su salud o pagos, solamente si usted esta de acuerdo.

Personas Implicadas en el Cuidado de su Salud: Nosotros podríamos utilizar su información de salud con la intención de notificar o asistir en la notificación, (que puede incluir la identificación o paradero) de un miembro familiar, su representante u otra persona responsable por su bienestar, para dar su locacion y condición en general e incluyendo su muerte a cualquier persona que este al cuidado de su salud. Si usted esta presente, antes de que nosotros demos la información, nosotros le daremos la oportunidad de negarse. En caso de que usted este incapacitado de alguna manera o dependiendo de sus circunstancias, nosotros daremos información de su salud usando nuestra propio criterio profesional y experiencia para dar solamente información relevante a la persona encargada de su salud. Nosotros usaremos nuestro criterio profesional y experiencia también para hacer decisiones basadas en su bienestar permitiendo que alguien recoja sus prescripciones, equipo medico u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo Relacionado a La Salud: Nosotros no usaremos su información basada en la salud para comunicación de mercadeo sin su autorización por escrito.

Requerido por La Ley: Daremos información de su salud cuando sea requerida por la ley.

Actividades Publicas de Salud: Daremos estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con productos peligrosos y otra información similar a las de las autoridades públicas.

Supervisión Sanitaria: Puede utilizarse o divulgarse su historial medico para actividades de supervisión autorizadas por la ley, incluyendo inspecciones, investigaciones civiles, administrativas o criminales u otras actividades necesarias para llevar a cabo la supervisión apropiada.

Ordenes de la Corte y Citaciones de la Misma: Nosotros podríamos divulgar información solicitada por la Corte de Justicia o a alguna de sus citaciones.

Aplicación de Ley: Sujeta a ciertas restricciones nosotros podríamos divulgar su información de salud requerida por la ley.

Amenaza para la Salud o Seguridad: Nosotros podríamos divulgar información cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o a la de otra persona.

Compensación para los Trabajadores: Su historial medico puede utilizarse o divulgarse para cumplir con las leyes y reglamentaciones relacionadas con la Compensación para los Trabajadores.

Abuso o Negligencia: Nosotros podríamos divulgar su información de salud a las entidades apropiadas si nosotros creemos que usted es victima de abuso, negligencia o violencia domestica o victima de otros crímenes. Nosotros podríamos divulgar su información de salud hasta el punto que sea necesario para evitar una amenaza a su salud o a su seguridad o a la salud y seguridad de otras personas.

Seguridad Nacional: Nosotros podríamos divulgar su información de salud al personal de las autoridades militares o a las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. También podríamos divulgar para autorizar oficiales federales información con respecto a la salud para cuestiones legales de inteligencia, contrainteligencia

Recordatorio de Citas: Nosotros podríamos divulgar el historial medico de su salud para proveerle información con respecto a sus citas por ejemplo dejarle mensajes en su buzón de voz, postales o cartas.

Preguntas y Quejas:

Si usted desea mas información sobre nuestra practica privada o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contáctenos.

Si usted esta preocupado y piensa que nosotros hemos violado sus derechos a la privacidad, o no esta de acuerdo con alguna de nuestras decisiones al adquirir información con respecto a su salud o con alguna de nuestras respuestas a alguno de sus pedido que para arreglar, restringir o detener la divulgación de su información de salud o a su requisito solicitando que nosotros nos comuniquemos con usted por medio de la alternativa que usted escogió, usted puede quejarse por medio de esta información que le estamos solicitando al final de esta Notificación. Usted también puede presentar una queja al gobierno federal contactando al U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros le proveeremos la dirección para presentar su queja a dicho departamento en cuanto usted lo solicite.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad con respecto a la información de su salud. No tomaremos ningún tipo de represalia en ningún momento si usted desea presentar una queja con nosotros o con el U.S Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Oficial de Contacto: Ryan Brown

Teléfono: 928-445-5959 Fax: 928-445-5989

Dirección: 3140 Clearwater Drive, Prescott, AZ, 86305

Tal como requerido por La Regulación de Privacidad, por este medio yo reconozco que he recibido una copia de "La Notificación sobre Normativas de Privacidad" de esta oficina.

Tal como ha sido requerido por La Regulación de Privacidad, estoy consciente de que esta oficina ha incluido en esta información su derecho de hacer los cambios que sean necesarios a esta Notificación sobre Normativas de Privacidad y hacer las provisiones de esta nueva Notificación efectiva para toda la información de salud que mantiene.

Comentarios

Patient Signature:
(Parent/Guardian if under 18)

Date:

Doctor Signature:

Date:

Witness Signature:
Witness Name:

Date: