

Texas Oral Surgery Specialists, PA
Christopher L. Tye, MD, DDS
6904 Colleyville Boulevard, Colleyville, TX 76034
P: 817-552-3223 | F: 817-552-3224

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Fecha de vigencia: 16 de febrero de 2026

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede usarse y divulgarse, y cómo puede obtener acceso a esa información. Por favor revíselo cuidadosamente.

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia impresa o electrónica de su expediente médico
- Corregir su expediente médico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Designar a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

SUS OPCIONES

Usted tiene ciertas opciones sobre la manera en que usamos y compartimos su información cuando:

- Informamos a familiares y amigos sobre su condición
- Brindamos ayuda en situaciones de desastre
 - Marketing de nuestros servicios o la venta de su información (solo con su autorización por escrito).

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Le brindamos tratamiento
- Administramos nuestra organización
- Cobramos por nuestros servicios
- Ayudamos con problemas de salud pública y seguridad
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Atendemos reclamaciones de compensación laboral, solicitudes policiales y gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones legales

REGISTROS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS — 42 CFR PARTE 2

En la medida en que recibamos registros relacionados con el tratamiento de trastornos por uso de sustancias sujetos a **42 CFR Parte 2**, dichos registros gozan de protecciones especiales de confidencialidad bajo la ley federal.

No usaremos ni divulgaremos esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin:

- **Su consentimiento por escrito, o**
- **Una orden judicial según lo exige la ley.**

La ley federal prohíbe la redivulgación no autorizada de información relacionada con registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Cualquier información divulgada conforme a 42 CFR Parte 2 no puede ser redivulgada sin su consentimiento por escrito, salvo que la ley federal lo permita.

SUS DERECHOS — EXPLICACIÓN DETALLADA

En cuanto a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una Copia Electrónica o Impresa de Su Expediente Médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitar la Corrección de Su Expediente Médico

- Puede solicitarnos que corrijamos información de salud que crea que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

Solicitar Comunicaciones Confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, teléfono del hogar, del trabajo o celular) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que Limitemos lo que Usamos o Compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si, por ejemplo, pudiera afectar su atención.
- Si paga de su bolsillo en su totalidad un servicio o artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para fines de pago u operaciones. Diremos “sí” a menos que la ley nos exija compartirla.

Obtener una Lista de Personas con Quienes Hemos Compartido Su Información

- Puede solicitar una lista (historial de divulgaciones) de las veces 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 las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de salud, y ciertas otras divulgaciones. Proporcionaremos un historial gratuito por año, pero cobraremos una tarifa razonable si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una Copia de Este Aviso de Privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. También está disponible en nuestro sitio web: <https://www.txoss.com>

Designar a Alguien para que Actúe en Su Nombre

- Si alguien tiene autoridad para actuar como su representante personal, como si alguien tiene su poder notarial médico o es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Verificaremos que esa persona tenga la autoridad para actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Revocar Autorizaciones Previas

Puede revocar cualquier autorización escrita previa para usar o divulgar su información de salud en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción basándose en esa autorización.

Presentar una Queja si Siente que Sus Derechos Han Sido Violados

- Puede presentar una queja si siente que hemos violado sus derechos contactándonos con nuestro Oficial de Privacidad de HIPAA usando la información indicada en este aviso.

- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES — DETALLADO

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 descritas a continuación, háganoslo. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

Compartir con Familiares, Amigos u Otras Personas Involucradas en Su Atención

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de la misma. Si no puede indicarnos su preferencia (por ejemplo, si está inconsciente), podemos compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Comercialización y Venta de Información

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

- Para fines de comercialización
- Para la venta de su información
- Para la mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES — DETALLADO

¿Cómo Usamos o Compartimos Habitualmente Su Información de Salud?

Para brindarle tratamiento. Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén brindando atención. *Ejemplo: Un médico que lo atiende por una cirugía oral consulta a otro médico sobre su estado de salud general.*

Para administrar nuestra organización. Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. *Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios. Podemos compartir su información con socios comerciales que nos prestan servicios, como facturación, tecnología o proveedores de expedientes clínicos electrónicos. Dichas partes están obligadas por ley y por contrato a proteger su información.*

Para cobrar por nuestros servicios. Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

¿Cómo Podemos Usar o Compartir Su Información de Otras Maneras?

Estamos autorizados o requeridos a compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones exigidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. **En todos los casos, incluidos los que se enumeran a continuación, si tenemos registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2, no podemos usar ni divulgar información de esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación.**

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad. Podemos compartir su información de salud para: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y muertes; reportar abuso o negligencia infantil; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar retiros del mercado; y notificar a personas expuestas a una enfermedad contagiosa. También podemos compartir su información para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad. *Ejemplo: Un paciente reporta una reacción grave a un medicamento administrado durante una cirugía oral. Reportamos ese evento adverso a la FDA según lo exige la ley.*

Realizar investigaciones. En ciertas condiciones, podemos usar o compartir su información de salud para investigaciones médicas, siempre que el proyecto haya sido aprobado mediante un proceso especial de revisión que evalúa la investigación propuesta y establece protocolos para proteger la privacidad de su información. *Ejemplo: Un investigador universitario estudia resultados de cirugías orales bajo un protocolo de investigación aprobado y solicita acceso a registros limitados. Podemos proporcionar esa información después de verificar que las protecciones requeridas estén vigentes.*

Cumplir con la ley. Compartiremos su información de salud cuando la ley federal o estatal nos lo exija, incluso proporcionando acceso al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. para verificar nuestro cumplimiento con la ley federal de privacidad. También cumpliremos con cualquier ley del estado de Texas que brinde mayores protecciones de privacidad que los requisitos federales de HIPAA. *Ejemplo: Un auditor federal de la Oficina de Derechos Civiles del HHS solicita registros para evaluar nuestro cumplimiento con HIPAA. Estamos obligados por ley a cooperar con esa solicitud.*

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos u otras entidades que participen en la obtención, banco o trasplante de órganos, ojos o tejidos. *Ejemplo: Tras el fallecimiento de un paciente, una organización regional de obtención de órganos nos contacta para obtener historial médico relevante y determinar la idoneidad para la donación. Podemos compartir esa información según lo permita la ley.*

Trabajar con un médico forense o director de funeraria. Podemos compartir información de salud con un forense o médico forense para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras funciones autorizadas por la ley. También podemos compartir información con un director de funeraria según sea necesario. *Ejemplo: Un paciente fallece. El médico forense del condado nos contacta para obtener registros dentales que ayuden a identificar al individuo. Podemos entregar esos registros según lo permita la ley.*

Atender reclamaciones de compensación laboral, solicitudes policiales y otros pedidos gubernamentales. Podemos usar o compartir su información de salud para: (1) **Compensación laboral** — cumplir con las leyes de compensación laboral; (2) **Aplicación de la ley** — identificar o localizar a un sospechoso o testigo, responder a una orden judicial, reportar heridas o reportar un delito en nuestras instalaciones; (3) **Supervisión de salud** — a agencias de supervisión de salud para auditorías e inspecciones autorizadas por ley; y (4) **Funciones gubernamentales especiales** — actividades militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial. *Ejemplo: Un paciente es tratado por una lesión en la mandíbula tras un accidente laboral. La aseguradora de compensación laboral solicita los registros relacionados con la lesión. Podemos compartir los registros correspondientes según lo exige la ley de compensación laboral de Texas.*

Responder a demandas y acciones legales. Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento de pruebas u otro proceso legal válido, pero solo si se han realizado esfuerzos para notificarle sobre la solicitud o para obtener una orden de protección antes de compartirla. *Ejemplo: Un paciente presenta una demanda relacionada con su atención. Recibimos una orden judicial válida que nos ordena presentar los registros de tratamiento como evidencia. Podemos entregar esos registros según lo exige la orden.*

Categorías especiales. Ciertos registros, incluida información sobre el VIH, datos genéticos y registros de salud mental, pueden recibir protecciones adicionales bajo la ley federal o la ley del estado de Texas. Aplicaremos cualquier restricción adicional exigida por la ley aplicable antes de usar o divulgar estas categorías de información, incluso cuando un uso o divulgación estaría permitido bajo HIPAA.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le notificaremos de inmediato si ocurre una violación de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.

- No usaremos ni compartiremos su información de manera diferente a lo descrito en este aviso a menos que nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos lo permite, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.
- También cumplimos con la Ley de Privacidad Médica de Texas (HB300), que exige capacitación adicional del personal y medidas de protección respecto a la información médica protegida.
- Mantenemos medidas de protección administrativas, físicas y técnicas diseñadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de su información médica protegida según lo exige la ley federal y estatal de Texas.
- Aplicamos salvaguardas administrativas, físicas y técnicas diseñadas para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de su información médica protegida según lo exige la ley federal y la ley del estado de Texas. **Cambios a los Términos de Este Aviso**

<https://www.txoss.com>.

Contacte a Nuestro Oficial de Privacidad

Para preguntas o inquietudes sobre este Aviso o nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con nuestro **Oficial de Privacidad de HIPAA**:

Texas Oral Surgery Specialists, PA

6904 Colleyville Boulevard, Colleyville, TX 76034

Teléfono: 817-552-3223

Correo electrónico: Info@Txoss.com

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestro **Oficial de Privacidad de HIPAA** usando la información de contacto anterior, o ante:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

Teléfono: **1-877-696-6775**

Sitio web: www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Reconocimiento de Recepción

Con la firma a continuación confirmo que he recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Patient Signature / Firma: _____

Date / Fecha: _____

Print Name / Nombre: _____