

Notice of Privacy Practices

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

Our Responsibilities

By law, **Children's Dentistry** must:

- Maintain the privacy of your protected health information (PHI).
- Provide you this Notice describing our legal duties and privacy practices.
- Notify you if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your PHI.
- Follow the terms of this Notice currently in effect.

How We May Use and Disclose Your Information

We may use or disclose your PHI for the following purposes without your written authorization:

- **Treatment:** To provide, coordinate, or manage your dental care, such as sharing radiographs with a specialist.
- **Payment:** To obtain payment for services, such as sending information to your dental insurance company.
- **Healthcare Operations:** For business activities that support our practice, including quality assessments and staff training.

Other Permitted Uses & Disclosures

We may also disclose PHI without your authorization for:

- **Legal Requirements:** To comply with federal, state, or local laws.
- **Public Health & Safety:** For disease control, product recalls, or to prevent serious threats to health or safety.
- **Oversight & Law Enforcement:** For government health agency oversight, valid subpoenas, court orders, or reporting certain injuries.
- **Specialized Roles:** Including coroners, medical examiners, funeral directors, organ donation, and national security purposes.
- **Business Associates:** To third parties performing services on our behalf (e.g., billing or IT) who are required to protect your information.

Uses & Disclosures Requiring Your Authorization

We must obtain your written authorization for:

- Marketing communications not permitted by law.
- The sale of your PHI.
- **Substance Use Disorder (SUD) Information:** Records subject to 42 CFR Part 2 receive special protections and will not be disclosed without specific authorization except as required by law.

Your Rights and Choices

You have the right to:

- Get a copy of your health records and a copy of this Notice.
- Request corrections to your records or a list of disclosures we have made.
- Request confidential communications or ask us to limit what we share.
- Choose someone to act for you or file a complaint if you believe your rights are violated.

You can choose how we share information regarding:

- Sharing information with family or friends involved in your care.
- Leaving messages with appointment information.

Breach Notification

If a breach occurs that compromises the privacy or security of your PHI, **[Practice Name]** will notify you without unreasonable delay and no later than 60 days after discovery.

Contact Information

If you have questions or wish to file a complaint, contact:

- **HIPAA Privacy Officer:** Dr. Mark Nelson
- **Address:** 485 N Marketplace Dr # 100 Centerville, UT 84014
- **Phone:** 801-989-1159

You may also submit a formal complaint to the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights. You will not be penalized for filing a complaint.

Effective Date: 01/19/2026

Aviso de Prácticas de Privacidad

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

Nuestras Responsabilidades

Por ley, **Children's Dentistry** debe:

- Mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI).
- Proporcionarle este Aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Notificarle si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI.
- Cumplir con los términos de este Aviso que estén vigentes en ese momento.

Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información

Podemos usar o divulgar su PHI para los siguientes propósitos sin su autorización por escrito:

- **Tratamiento:** Para proporcionar, coordinar o manejar su atención dental (ej. compartir radiografías con un especialista).
- **Pago:** Para obtener el pago por los servicios prestados (ej. enviar información a su seguro dental).
- **Operaciones de Atención Médica:** Para actividades comerciales que apoyan a nuestra práctica (ej. evaluaciones de calidad y capacitación).

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos

También podemos divulgar su PHI sin su autorización para:

- **Requerido por Ley:** Para cumplir con leyes federales, estatales o locales.
- **Salud y Seguridad Pública:** Para el control de enfermedades o para prevenir una amenaza grave para la salud o seguridad.
- **Supervisión y Cumplimiento de la Ley:** Para actividades de supervisión de agencias gubernamentales, citaciones judiciales o reportar ciertas lesiones.
- **Funciones Especializadas:** Incluyendo forenses, donación de órganos y propósitos de seguridad nacional.
- **Asociados Comerciales:** A terceros que prestan servicios en nuestro nombre (ej. facturación o soporte técnico) que están obligados a proteger su información.

Usos y Divulgaciones que Requieren Su Autorización

Debemos obtener su autorización por escrito para:

- Comunicaciones de mercadeo no permitidas por la ley.
- La venta de su PHI.
- **Información sobre Trastornos por Uso de Sustancias (SUD):** Los registros sujetos a 42 CFR Parte 2 reciben protecciones federales especiales y no serán divulgados sin autorización específica.

Sus Derechos y Opciones

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus expedientes de salud y de este Aviso.
- Solicitar correcciones a sus expedientes o una lista de las divulgaciones realizadas.
- Solicitar comunicaciones confidenciales o pedir que limitemos lo que compartimos.
- Designar a una persona para que actúe en su nombre o presentar una queja.

Usted puede indicarnos sus preferencias sobre:

- Compartir información con familiares o amigos involucrados en su cuidado.
- Dejar mensajes con información sobre sus citas.

Notificación de Violaciones

Si ocurre una violación que comprometa la privacidad o seguridad de su PHI, **[Nombre de la Clínica]** le notificará sin demora injustificada y no más tarde de 60 días después del descubrimiento.

Información de Contacto

Si tiene preguntas o desea presentar una queja, comuníquese con:

- **Oficial de Privacidad HIPAA:** Dr. Mark Nelson
- **Dirección:** 485 N Marketplace Dr # 100 Centerville, UT 84014
- **Teléfono:** 801-989-1159

También puede presentar una queja formal ante el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. No se le penalizará por presentar una queja.

Fecha de Vigencia: 01/19/2026