



# DELTA DENTAL OF IOWA

## Práctica de privacidad de Hawki

### AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

#### **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN EL QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA.

LÉALO DETENIDAMENTE.

Actualizado: Septiembre de 2023

Delta Dental of Iowa  
Privacy Official  
P.O. Box 9040  
Johnston, IA 50131-9040  
800-544-0718



## Nuestros usos y divulgaciones

Su información de salud puede ser utilizada o compartida en diferentes momentos sin que usted tenga que dar su consentimiento para que se comparta. Esta sección enumera las siguientes formas en las que podemos utilizar o compartir su información de salud sin su permiso o autorización:

<b>Para ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le brindan tratamiento.  Ejemplo: un dentista nos envía información sobre su plan de tratamiento para explicar en más detalle por qué son necesarios los servicios.</li><li>Podemos comunicarnos con usted para recordarle cuándo son sus citas. También podemos darle recomendaciones sobre otras opciones de tratamiento y servicios y beneficios adicionales que podrían interesarle.</li></ul>
<b>Para operaciones de atención médica:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar y divulgar su información para opciones de atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.</li><li>No podemos usar información genética para decidir si le proporcionaremos cobertura y el precio de esa cobertura.  Ejemplo: utilizamos información médica sobre usted para prestarle mejores servicios.</li></ul>
<b>Para el pago por sus servicios médicos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos sus servicios médicos.  Ejemplo: compartimos información sobre usted con su dentista para coordinar el pago de su procedimiento dental.</li></ul>

<b>Para ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, por ejemplo, para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención o control de enfermedades.</li> <li>- Ayudar con productos que se retiran del mercado.</li> <li>- Informar reacciones adversas a medicamentos.</li> <li>- Denunciar presuntos casos de abuso, abandono o violencia doméstica.</li> <li>- Ayudar con una lesión relacionada con el trabajo.</li> <li>- Comprobante de registros de vacunación.</li> <li>- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Para fines de investigación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.</li> </ul>
<b>Para cumplir con la ley:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si el Departamento desea verificar nuestro cumplimiento con la ley federal de privacidad.</li> </ul>
<b>Para responder a solicitudes y trabajar con un examinador médico o director de una casa funeraria y a solicitudes con fines de donación de órganos, ojos o tejidos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información médica con un perito médico, un médico forense o un director de una casa funeraria cuando una persona fallece. Además, su información puede compartirse con una organización de obtención de órganos para fines de donación de órganos.</li> </ul>
<b>Para abordar temas de compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras peticiones del gobierno:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar o compartir su información médica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para reclamos de compensación para trabajadores.</li> <li>- Para los fines de cumplimiento de la ley o con oficiales del orden público.</li> <li>- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.</li> <li>- Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.</li> <li>- Con instituciones correccionales si es un recluso.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Para responder a demandas y acciones legales:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a órdenes judiciales o administrativas, o en respuesta a una citación judicial.</li> </ul>

---

**¿De qué otra forma podemos usar o divulgar su información médica?**

- Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras. Por lo general, de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública, la administración de su plan y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones en el marco de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.
  - Estas formas adicionales pueden relacionarse con lo siguiente:
    - Para actividades de recaudación de fondos: podemos divulgar su información médica para actividades de recaudación de fondos, como recaudar dinero para una fundación benéfica. Si nos comunicamos con usted para usar su información, tendrá la oportunidad de excluirse o dejar de recibir estas comunicaciones si lo desea.
    - Para la administración de su plan: podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa nos contrata para brindar beneficios dentales, y nosotros le proporcionamos información sobre los servicios que usted recibió.
    - Para fines de suscripción: si usamos su información médica para fines de suscripción, como para tomar una determinación sobre la solicitud de cobertura, no podemos usar ninguna información médica relacionada con la información genética durante el proceso.
  - Para obtener más información, visite:  
<https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>
-

## Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos cuáles son sus preferencias en cuanto a la información que compartimos. Este es su derecho. Si tiene una preferencia clara con respecto a cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Infórmenos sus deseos y seguiremos sus instrucciones.

<b>Estos son ejemplos en los que puede decirnos su elección con respecto a si la información se comparte o no:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Que compartamos información con su familia o con otras personas involucradas en el pago o su atención.</li><li>• Que compartamos información en caso de catástrofe.</li></ul>
<b>Estos son ejemplos de cuándo no podría compartir su elección, y nosotros tendríamos que decidir:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si no puede informarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es conveniente para usted.</li><li>• También podemos compartir su información cuando sea necesario para paliar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.</li></ul>
<b>Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que nunca compartiríamos su información a menos que usted nos otorgue su permiso por escrito:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fines de comercialización.</li><li>- Para la venta de su información.</li><li>- Notas de psicoterapia.</li><li>• Si otorga su autorización para cualquiera de los anteriores, puede revocar dicha autorización en cualquier momento.</li></ul>

## Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

<b>Derecho a solicitar una copia de los registros de salud y reclamaciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que le muestren o le proporcionen una copia de sus registros médicos y de reclamos, y otra información médica que tengamos sobre usted. Debe presentar su solicitud por escrito. Esta debe incluir un motivo que la justifique.</li><li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, en un plazo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable con base en los costos.</li><li>• Para revisar o solicitar una copia de sus registros, envíe una solicitud por escrito a:  Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</li><li>• Es posible que deneguemos su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 30 días de su solicitud. Si la denegamos, puede solicitar una revisión de la solicitud denegada o presentar una queja.</li></ul>
<b>Derecho a solicitar que corrijamos los registros de salud y reclamaciones:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamos si considera que no son correctos o que están incompletos. Debe presentar su solicitud por escrito. Esta debe incluir un motivo que la justifique. Responderemos a su solicitud en un plazo de 60 días.</li><li>• Envíe su solicitud por escrito con los motivos para realizar la corrección a:  Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</li><li>• Es posible que deneguemos su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en un plazo de 30 días de su solicitud. Si la denegamos, puede solicitar una revisión de la solicitud denegada o presentar una queja.</li></ul>

<p><b>Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera en particular. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente por teléfono, ya sea de su hogar o del trabajo o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.</li> <li>• Consideraremos todas las solicitudes razonables. Aceptaremos su solicitud si usted nos informa que estaría en peligro si no la aceptamos. Debe presentar su solicitud por escrito. Esta debe incluir cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.</li> <li>• Envíe su solicitud por escrito a: <p style="text-align: center;">Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</p> </li> </ul>
<p><b>Derecho a solicitarnos que limitemos la información que usamos o compartimos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede pedirnos que no utilicemos ni divulguemos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.</li> <li>• Debe presentar su solicitud por escrito. En ella, debe indicarnos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qué información desea que limitemos.</li> <li>- Si debemos limitar el uso, la divulgación o ambos.</li> <li>- A quién desea que se apliquen los límites. Por ejemplo, las divulgaciones a su cónyuge.</li> </ul> </li> <li>• Envíe su solicitud por escrito a: <p style="text-align: center;">Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</p> </li> <li>• No estamos obligados a aceptar su solicitud, y es posible que la deneguemos si su atención o necesidad de tratamiento de emergencia se ve afectada.</li> </ul>

**Derecho a obtener una lista de aquellas personas con las que compartimos información:**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los últimos seis años anteriores a la fecha de su solicitud. También puede solicitar una lista por un período de tiempo inferior a seis años antes de la fecha en que la solicita. Debe presentar su solicitud por escrito. La lista que recibirá de nosotros incluirá la siguiente información:
  - La fecha en que se compartió la información.
  - El nombre y la dirección de aquel con el que compartimos la información.
  - Un resumen de qué información se compartió.
  - Un resumen de por qué se compartió la información.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos).
- Envíe su solicitud por escrito a:

Delta Dental of Iowa  
Privacy Official  
P.O. Box 9040  
Johnston, IA 50131-9040
- Le proporcionaremos una lista dentro de los 60 días de su solicitud. Le proporcionaremos una lista dentro de un período de 12 meses sin cargo. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra lista dentro de un periodo de 12 meses.
- Le notificaremos cuánto es este costo. Usted puede decidir retirar o modificar su solicitud antes de que se le cobre.



<p><b>Derecho a obtener una copia de este aviso de privacidad:</b></p>	<p>Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibir este aviso en formato electrónico. Le brindaremos una copia impresa de inmediato.</p> <p>Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: <a href="https://www.deltadentalia.com/dwp/hawki/resources--forms/">https://www.deltadentalia.com/dwp/hawki/resources--forms/</a>.</p> <p>Para obtener una copia impresa, comuníquese con:</p> <p>Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</p>
<p><b>A elegir a una persona para que actúe en su nombre:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.</li> </ul>
<p><b>A presentar una queja si considera que se violaron sus derechos:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos enviando una carta a: <p>Delta Dental of Iowa Privacy Official P.O. Box 9040 Johnston, IA 50131-9040</p> </li> <li>• También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Envíe una carta a: <p>U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 Teléfono: 1-877-696-6775 o visite: <a href="https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html">https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html</a></p> </li> <li>• NO TOMAREMOS NINGUNA REPRESALIA EN SU CONTRA POR PRESENTAR UNA QUEJA.</li> </ul>

## Nuestras responsabilidades

Somos responsables y nos comprometemos a proteger su información médica. Este Aviso está disponible para que lo vea en todo momento en nuestro sitio web. Este es nuestro compromiso con usted:

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que podría haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y entregarle una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma que no se haya descrito aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>

### Cambios en los Términos de este Aviso

Podemos hacer cambios en los términos de este Aviso, los cuales se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible si lo solicita en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo postal. El Aviso tendrá la fecha de entrada en vigencia en la esquina inferior izquierda de la primera página.

### Información de contacto

Si tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso o sus derechos sobre su información médica, comuníquese con nosotros por escrito o por teléfono utilizando la información que se indica a continuación.

Dirección: Delta Dental of Iowa  
Privacy Official  
P.O. Box 9040  
Johnston, IA 50131-9040

Teléfono: 800-544-0718

# **Delta Dental of Iowa Required Federal Notice- Nondiscrimination and Accessibility**

## **Nondiscrimination Notice**

Delta Dental of Iowa complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. We do not discriminate against people because of their race, color, national origin, age, disability, or sex. This means we will not treat you differently because of these things. To review our full nondiscrimination notice, go to completo, visit [www.deltadentalia.com/nondiscrimination](http://www.deltadentalia.com/nondiscrimination).

**Language Assistance- Communicating with you is important to us.**

**Member Services: 1-800-544-0718 (TTY: 1-888-287-7312).**

**English: Language help services, including, auxiliary aids and services, larger font, written translation or oral interpretation, and alternative formats are available to you at no cost. To get this, please call the number above.**

**Spanish (Español): Los servicios de ayuda con idiomas, que incluyen ayudas y servicios auxiliares, letras más grandes, traducción escrita o interpretación oral, y formatos alternativos, están disponibles para usted sin costo alguno. Para obtenerlos, llame al número que aparece arriba.**

Arabic (العربية): خدمات المساعدة اللغوية، بما في ذلك أدوات المساعدة والخدمات الإضافية، والخط الأكبر، والترجمة المكتوبة أو الترجمة الشفوية، والتنسيقات البديلة متاحة لك مجاناً. للحصول على هذه الخدمات، يُرجى الاتصال بالرقم الموجود في الأعلى.

**Chinese (中文): 您可以免费获得语言帮助服务，包括辅助工具和服务、更大的字体、书面翻译或口译以及其他格式。如需获取此服务，请拨打上述的电话号码。**

**French (Français): Les services d'assistance linguistique, y compris les aides et services auxiliares, les polices de plus grande taille, la traduction écrite ou l'interprétation orale ainsi que d'autres formats, sont à votre disposition gratuitement. Pour obtenir ces services, veuillez appeler le numéro ci-dessus.**

**German (Deutsch): Sprachunterstützungsdienste, einschließlich Hilfsmittel und -dienste, größere Schriftarten, schriftliche und mündliche Übersetzungen sowie alternative Formate stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Um diese zu erhalten, rufen Sie bitte die oben genannte Nummer an.**

**Hindi (हिंदी): भाषा सहायता सेवाएँ, जिनमें अतिरिक्त सहायता और सेवाएँ, बड़े फ़ॉन्ट, लिखित अनुवाद या मौखिक व्याख्या तथा वैकल्पिक प्रारूप शामिल हैं, आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। इसे प्राप्त करने के लिए कृपया ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।**

**Karen (ကုဏ္ဍိ):** ကျိတ်တိတ်မၤစၢၤ ဟ့ၣ်ဃုာ်ဒီး ပီးလိမၤစၢၤ ဒီး တၢ်မၤစၢၤ လၢအဘိဉ်ညိလၢပဲၤ အလံာ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ် တၢ်ကွဲးကျိတ်ထံ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကတိၤကျိတ်ထံ ဒီး သဒ္ဒါလၢအဂၤၤ တဖၣ်အိၣ်လၢနီၢ်လၢတဘျီလၢအဘျးလဲၣ်န့ၣ်လီၤ လၢကမၤန့ၢ်အိၣ်အိၣ် ဝံသးစူၤကိၢ်လိတဲၣ်နီၣ်ဂံၢ်ဖျါလၢထးတက့ၢ်.

**Korean (한국어):** 보조 기구 및 서비스, 대형 활자, 서면 번역 또는 구두 통역 및 대체 형식을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이러한 서비스를 이용하시려면 위 번호로 전화하십시오.

**Laotian (ພາສາລາວ):** ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ລວມທັງການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມ, ໂຕພິມໃຫຍ່, ການແປເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ການແປປາກເປົ່າ ແລະ ຮູບແບບອື່ນໆໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ເພື່ອຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທໄປທີ່ເບີຂ້າງເທິງນີ້.

**Pennsylvania Dutch (Deitsch):** Hilf mitt di shprohch, mitt anri hilf un deenshta, graysah shreives, en kshrivveni translation adda en oral interpretation un anri formats sinn dich ohgebodda unni kosht. Fa dess greeya, please du da nummah do ovvva droh ufroofa.

**Russian (Русский):** Услуги языковой помощи, в том числе вспомогательные средства и услуги, крупный шрифт, письменный или устный перевод, а также альтернативные форматы предоставляются бесплатно. Для получения такой помощи позвоните по указанному выше номеру.

**Serbo-Croatian (Srpsko-hrvatski):** Pomoćne usluge koje se tiču jezika, uključujući pomoćna sredstva i usluge, veći font, pisani prevod ili usmeno tumačenje i alternativne formate, dostupne su Vam besplatno. Da biste ih dobili, pozovite gore navedeni broj telefona.

**Tagalog (Tagalog):** Ang mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga panghaliling tulong at serbisyo, mas malaking font, nakasulat na pagsasalin o pasalitang interpretasyon, at mga alternatibong pormat ay handa mong magamit nang walang bayad. Para makuha ito, pakitawagan ang numero sa itaas.

**Thai (ภาษาไทย):** บริการความช่วยเหลือเรื่องภาษา รวมทั้งความช่วยเหลือและบริการเสริม ตัวอักษรขนาดใหญ่ การแปลงข้อความหรือสามแปลทางวาจา และบริการทางเลือกรูปแบบอื่นที่พร้อมให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อรับบริการนี้ โปรดโทรติดต่อหมายเลขข้างต้น.

**Vietnamese (Tiếng Việt):** Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm các dịch vụ và hỗ trợ phụ trợ, phông chữ lớn hơn, bản dịch bằng văn bản hoặc phiên dịch bằng miệng và các định dạng thay thế được cung cấp miễn phí cho quý vị. Để nhận được thông tin này, vui lòng gọi đến số điện thoại ở trên.

For telephone accessibility assistance if you are deaf, hard-of-hearing, deaf-blind, or have difficulty speaking, call TTY:1-888-287-7312.

Para recibir asistencia de accesibilidad por teléfono si es sordo, tiene problemas de audición, es sordociego o tiene dificultades para hablar, llame al TTY: 1-888-287-7312.