



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US.**

### **CONTACT INFORMATION**

For more information about our privacy practices, to discuss questions or concerns, or to get additional copies of this notice, please contact our Privacy Officer, Daniel Kirkpatrick, DDS, by telephone at (724) 779-7999 or in writing at Cranberry Oral Surgery at 9130 Marshall Road, Cranberry Twp, PA 16066.

### **OUR LEGAL DUTY**

We are required by law to protect the privacy of your protected health information ("medical information"). We are also required to send you this notice about our privacy practices, our legal duties and your rights concerning your medical information.

We must follow the privacy practices that are described in this notice while it is in effect. This notice takes effect on the date set forth at the top of this page and will remain in effect unless we replace it. We reserve the right at any time 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 any change in our privacy practices and the new terms of our notice applicable to all medical information we maintain, including medical information we created or received before we made the change in practices.

We may amend the terms of this notice at any time. If we make a material change to our policy practices, we will provide to you, the revised notice. Any revised notice will be effective for all health information we maintain. The effective date of a revised notice will be noted. A copy of the current notice in effect will be available in our facility and on our website. You may request a copy of the current notice at any time. We collect and maintain oral, written and electronic information to administer our business and to provide products, services and information of importance to our patients. We maintain physical, electronic and procedural safeguards in the handling and maintenance of our patients' medical information, in accordance with applicable state and federal standards, to protect against risks such as loss, destruction and misuse.

### **USES AND DISCLOSURES OF YOUR MEDICAL INFORMATION**

**Treatment:** We may disclose your medical information, without your prior approval, to another dentist or healthcare provider working in our facility or otherwise providing you treatment for the purpose of evaluating your health, diagnosing medical conditions and providing treatment. For example, your health information may be disclosed to an oral surgeon to determine whether surgical intervention is needed.

**Payment:** We provide dental services. Your medical information may be used to seek payment from your insurance plan or from you. For example, your insurance plan may request and receive information on dates that you received services at our facility in order to allow your employer to verify and process your insurance claim.

**Health Care Operations:** We may use and disclose your medical information, without your prior approval, for health care operations. Health care operations include:

- healthcare quality assessment and improvement activities;
- reviewing and evaluating dental care provider performance, qualifications and competence, health care training programs, provider accreditation, certification, licensing and credentialing activities;
- conducting or arranging for medical reviews, audits and legal services, including fraud and abuse detection and prevention; and
- business planning, development, management and general administration including customer service, complaint resolutions and billing, de-identifying medical information, and creating limited data sets for health care operations, public health activities and research.

We may disclose your medical information to another dental or medical provider or to your health plan subject to federal privacy protection laws, as long as the provider or plan has had a relationship with you and the medical information is for that provider's or health plan's care quality assessment and improvement activities, competence and qualification evaluation and review activities, or fraud and abuse detection and prevention.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Notice of Privacy Practices, Page 2

**Your Authorization:** You (or your legal personal representative) may give us written authorization to use your medical information or to disclose it to anyone for any purpose. Once you give us authorization to release your medical information, we cannot guarantee that the person to whom the information is provided will not disclose that information. You may take back or “revoke” your written authorization at any time, except if we have already acted based on your authorization. Your revocation will not affect any use or disclosure permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us written authorization, we will not use or disclose your medical information for any purpose other than those described in this notice. We will obtain your authorization prior to using your medical information for marketing, fundraising purposes or for commercial use. Once authorize, you may opt out of these communications at any time.

**Family, Friends and Others Involved in Your Care or Payment for Care:** We may disclose your medical information to a family member, friend or any other person you involve in your care or payment for your health care. We will disclose on the medical information that is relevant to the person’s involvement.

We may use or disclose your name, location and general condition to notify, or to assist an appropriate public or private agency to locate and notify, a person responsible for your care in appropriate situations, such as a medical emergency or during disaster relief efforts.

We will provide you with an opportunity to object to these disclosures, unless you are not present or are incapacitated or it is an emergency or disaster relief situation. In those situations, we will use our professional judgment to determine whether disclosing your medical information is in your best interest under the circumstances.

**Health-Related Products and Services:** We may use your medical information to communicate with you about health-related products, benefits, services, payment for those products and services and treatment alternatives.

**Reminders:** We may use or disclose medical information to send you reminders about your dental care, such as appointment reminders via US Mail, email and telephone. By providing your email address to us, you agree that you may receive reminders and breach notifications via email as a possible alternative to US Mail. It is the policy of our office to leave a message on any voicemail or answering machine that may be attached to a number that you provide (home, cell or work). If you prefer that we NOT leave a message to confirm treatment or your appointments, please check the box on the Acknowledgment Form provided by the office.

**Plan Sponsors:** If your dental insurance coverage is through an employer’s sponsored group dental plan, we may share summary health information with the plan sponsor.

**Public Health and Benefit Activities:** We may use and disclose your medical information, without your permission, when required by law and when authorized by law for the following kinds of public health and public benefit activities;

- for public health, including to report disease and vital statistics, child abuse, adult abuse, neglect or domestic violence;
- to avert a serious an imminent threat to health or safety;
- for health care oversight, such as activities of state insurance commissioners, licensing and peer review authorities and fraud prevention agencies;
- for research;
- in response to court and administrative orders and other lawful process;
- to law enforcement officials with regard to crime victims and criminal activities;
- to coroners, medical examiners, funeral directors and organ procurement organizations;
- to the military, to federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, and national security activities, and to correctional institutions and law enforcement regarding persons in lawful custody; and
- as authorized by state worker’s compensation laws.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Notice of Privacy Practices, Page 3

**Business Associates:** We may disclose your medical information to our business associates that perform functions on our behalf or provide us with services if the information is necessary for such functions or services. Our business associates are required, under contract with us, to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than as specified in our contract.

**Additional Restrictions on Use and Disclosure:** Certain federal and state laws may require special privacy protections that restrict the use and disclosure of certain health information, including highly confidential information about you. "Highly Confidential Information" may include confidential information under Federal laws governing reproductive rights, alcohol and drug abuse information and genetic information as well as state laws that often protect the following types of information:

- HIV/AIDS;
- Mental Health;
- Genetic Tests (in accordance with GINA 2009);
- Alcohol and drug abuse;
- Sexually transmitted diseases and reproductive health information; and
- Child or adult abuse or neglect, including sexual assault.

### YOUR RIGHTS

1. You have a right to see and get a copy of your health records.
2. You have a right to amend your health information.
3. You have a right to ask to get an Accounting of Disclosures of when and why your health information was shared for certain purposes.
4. You are entitled to receive a Notice of Privacy Practices that tells you how your health information may be used and shared.
5. You may decide if you want to give your Authorization before your health information may be used or shared for certain purposes, such as marketing. It is the policy of our office NOT to sell or disclose your information to any outside firms or business partners. Your information may be used, only within our office, for the purposes of presenting to you certain products or services which our dentist(s) or staff feel may present a benefit for you, your oral health or happiness with your smile. If you would like to opt out of this level of service, you may do so by informing the practice staff.
6. You have the right to receive your information in a confidential manner and restrict certain communication methods.
7. You have a right to restrict who receives your information.
8. You have a right to request amendment to be made to your health records by submitting the request in writing to our privacy officer. Your request does not guarantee the amendment, but does guarantee that it will be reviewed and considered.
9. If you believe your rights are being denied or your health information is not being protected, you can:
  - File a complaint with your provider or health insurer
  - File a complaint with the U.S. Government
10. Right to opt out of fundraising activities. If you would like to opt out of any fundraising programs that our office may participate in, such as cancer walks, or other fundraising programs you may do so by informing the office staff.

### COMPLAINTS

If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your medical information, about amending your medical information, about restricting our use or disclosure of your medical information, or about how we communicate with you about your medical information (including a breach notice communication), you may contact our Privacy Officer to register either a verbal or written complaint. You may also submit a written complaint to the Office for Civil Rights of the United States Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, Washington, DC, 20201. You may contact the Office for Civil Rights' hotline at 1-800-368-1019. We support your right to privacy of your medical information. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the US Department of Health and Human Services.

Updated 02-2026



## Aviso de Prácticas de Privacidad

### **ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de la información de salud protegida, que informemos a las personas sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a la información de salud protegida, y que notifiquemos a las personas afectadas por un acceso no autorizado a la información de salud protegida no asegurada. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras esté en vigencia. Este aviso entra en vigencia el 16 de febrero de 2026 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de modificar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando esos cambios estén permitidos por la ley vigente, y de que las nuevas disposiciones del aviso entren en vigencia para toda la información de salud protegida que nosotros conservamos. Cuando hagamos un cambio sustancial en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y publicaremos el nuevo aviso de manera clara y prominente en nuestro consultorio, y proporcionaremos copias del nuevo aviso si se solicita.

Puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o si desea copias adicionales de este aviso, utilice la información que se encuentra al final de este documento para ponerse en contacto con nosotros.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Podemos usar y divulgar su información de salud para distintos fines, incluido el tratamiento, el pago y las actividades de atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo. Cierta información, como información relacionada con el VIH, información genética, registros de tratamiento de trastornos por consumo de alcohol o sustancias, y los registros de salud mental pueden tener protecciones especiales de confidencialidad conforme a las leyes estatales o federales aplicables. Cumpliremos con estas protecciones especiales en lo que respecta a los casos correspondientes que incluyan estos tipos de registros.

**Tratamiento.** Podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a un especialista que le esté proporcionando tratamiento.

**Pago.** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener un reembolso por el tratamiento y los servicios que reciba de nosotros u otra entidad involucrada en su atención. Las actividades de pago incluyen facturación, cobranzas, manejo de reclamos y determinaciones de elegibilidad y cobertura a fin de obtener el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, podemos enviarle reclamos a su plan dental que incluyan determinada información de salud.

**Actividades de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información de salud vinculada a nuestras actividades de atención médica. Por ejemplo, las actividades de atención médica que incluyen actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, programas de capacitación y actividades relacionadas con la obtención de licencias.

**Personas involucradas en su atención o responsables del pago de su atención.** Podemos divulgar su información médica a su familia o amigos, o a cualquier otra persona que usted indique cuando participen en su atención o en el pago de su atención. Además, podemos divulgar su información a un representante de paciente. Si una persona cuenta con autorización legal para tomar decisiones de atención médica por usted, trataremos a ese representante de paciente de la misma manera que lo trataríamos a usted en lo que respecta a su información de salud.

**Asistencia en casos de catástrofes.** Podemos usar o divulgar su información de salud para brindar asistencia en actividades de ayuda en casos de catástrofe.

**Cuando la ley lo exija.** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley exija que lo hagamos.

**Actividades de salud pública.** Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública, que incluyen divulgaciones para:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- informar la negligencia o el abuso de niños
- informar reacciones a medicaciones o problemas con productos o dispositivos
- notificar a una persona sobre los productos o dispositivos que se retirarán del mercado, repararán o sustituirán
- notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o afección
- notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

**Seguridad nacional.** Podemos divulgarla información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares en determinadas circunstancias. Podemos divulgar la información de salud que los funcionarios federales autorizados requieran para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar la información de salud protegida de un recluso o paciente a una institución correccional o a una autoridad policial que tenga custodia legal de esa persona.



## Aviso de Prácticas de Privacidad

**Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).** Podemos divulgar su información de salud a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando lo requiera para investigar o determinar el cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

**Indemnización de trabajadores.** Podemos divulgar su información de salud protegida (PHI) en la medida en que se autorice y sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar su PHI para fines de cumplimiento de la ley en tanto lo permita la HIPAA, según lo exija la ley, o en respuesta a una citación u orden judicial.

**Actividades de control de la salud.** Podemos divulgar su PHI a una agencia de control para realizar actividades autorizadas por ley, que incluyen: auditorías, investigaciones, inspecciones y comprobación de credenciales, según sea necesario para otorgar licencias y para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación, petición de pruebas u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han tomado las medidas necesarias, ya sea de parte de nosotros o de la parte solicitante, para informarle sobre la petición o para obtener una orden de protección de la información solicitada.

**Investigación.** Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o privada que haya analizado la propuesta de investigación y establecido los protocolos para garantizar la privacidad de su información.

**Peritos forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar su PHI a un perito médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgarla PHI a los directores de funerarias de acuerdo con la ley vigente para que puedan realizar sus tareas.

**Recaudación de fondos.** Podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre nuestras actividades patrocinadas, que incluyen programas de recaudación de fondos, según lo permita la ley vigente. Si no desea que le enviemos esa información, puede optar por no recibir las Comunicaciones.

**Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD).** Si recibimos o mantenemos información sobre usted de un programa de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias que está cubierto por el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2 (un «programa de la Parte 2») a través de un consentimiento general que usted otorga al programa de la Parte 2 para usar y divulgar el registro del programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podemos usar y divulgar su registro del programa de la Parte 2 con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe en este aviso. Si recibimos o mantenemos su registro del programa de la Parte 2 a través del consentimiento específico que nos proporcione a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos su registro del programa de la Parte 2 solo según lo permita expresamente en el consentimiento que brinde. En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos su registro del programa de la Parte 2 o un testimonio que describa información contenida en su registro del programa de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo de ninguna autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que su consentimiento o la orden de un tribunal lo autorice después de que lo notifique la orden judicial.

### OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA PHI

Se requiere su autorización, con algunas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, el uso o la divulgación de PHI para fines de marketing y para la venta de la PHI. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines que no sean los descritos en este aviso (o salvo en los casos que lo autorice o exija la ley). Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en función de la autorización.

### SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD

**Acceso.** Tiene derecho a consultar u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Debe presentar una solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso. También puede enviar una carta al domicilio que se encuentra al final de este aviso para solicitar el acceso. Si solicita información que conservamos en papel, podemos proporcionarle fotocopias. Si solicita información que mantenemos en formato electrónico, tiene derecho a recibir una copia electrónica. Utilizaremos el formulario y el formato que usted solicite si está disponible. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo de los suministros y la mano de obra de la copia, y por el franqueo si desea que le envíen copias por correo. Utilice la información que se encuentra al final de este aviso para comunicarse con nosotros y solicitar una explicación de nuestra estructura de tarifas. Si se le deniega una solicitud de acceso, tiene derecho a que se revise la denegación de acuerdo con los requisitos de la ley vigente.



## Aviso de Prácticas de Privacidad

**Listado de la información divulgada.** Con excepción de ciertas divulgaciones, tiene derecho a recibir un listado de las divulgaciones de su información de salud conforme a las leyes y regulaciones vigentes. Para solicitar un listado de las divulgaciones de su información de salud, debe enviar la solicitud por escrito al funcionario encargado de la privacidad. Si solicita este listado más de una vez en un periodo de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a las solicitudes adicionales.

**Derecho a solicitar una restricción.** Tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales al uso o divulgación que nosotros hacemos de su PHI, enviando una solicitud por escrito al funcionario encargado de la privacidad. Su solicitud por escrito debe incluir: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea aplicar los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud salvo en el caso en que la divulgación se realice a un plan de salud para efectuar un pago o llevar a cabo actividades de atención médica, y la información se relaciona exclusivamente con un artículo o servicio de atención médica por el cual usted, o una persona en su nombre (que no sea el plan de salud), haya pagado íntegramente en nuestro consultorio.

**Comunicación alternativa.** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en relación con su información de salud a través de medios alternativos o en lugares alternativos. Debe solicitarlo por escrito. Su solicitud debe especificar los medios o lugares alternativos, y brindar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos conforme a los medios o lugares alternativos que usted solicite. Admitiremos todas las solicitudes razonables. Sin embargo, si no podemos comunicarnos con usted a través de los medios o lugares que ha indicado, podemos usar la información que tenemos para contactarlo.

**Enmienda.** Tiene el derecho de solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos rechazar su solicitud en ciertas circunstancias. Si aceptamos su solicitud, modificaremos sus registros y se lo notificaremos. Si rechazamos su solicitud de enmienda, le daremos una explicación por escrito de por qué la rechazamos y le explicaremos sus derechos.

**Derecho a recibir una notificación sobre un acceso no autorizado.** Recibirá notificaciones sobre los accesos no autorizados a su información de salud protegida no asegurada según lo exija la ley.

**Aviso electrónico.** Puede recibir una copia impresa de este aviso si la solicita, incluso si aceptó recibir este aviso en formato electrónico en nuestro sitio web o por correo electrónico.

### PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que usted hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud, o para que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternativos, puede enviarnos una queja utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos el domicilio para presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si la solicita.

Respalamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ningún tipo si decide presentar una queja ante nosotros o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.