



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

I. MI PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Entiendo que la información médica sobre usted y su atención médica es personal. Me comprometo a proteger su información médica. Creamos un registro de los servicios que usted recibe de nosotros. Necesitamos este registro para proveer atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de servicios generados por esta práctica de atención de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que se puede usar y divulgar su información médica. También describo sus derechos sobre la información médica que guardo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información médica. Estoy obligada por ley a:

Asegurarme que la información médica protegida (“PHI”) que lo identifica se mantenga privada. Darle este aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto. Puedo cambiar los términos de este Aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, en mi oficina y en mi sitio web.

II. CÓMO PUEDO UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizo y divulgo información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaré lo que quiero decir y trataré de dar algunos ejemplos. No se enumerará todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Para el pago del tratamiento u operaciones de atención médica: las reglas (regulaciones) de privacidad federales permiten a los proveedores de atención médica que tienen una relación de tratamiento directa con el paciente / cliente usar o divulgar la información médica personal del paciente / cliente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica del propio proveedor de atención médica. También puedo divulgar su información médica protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede hacer sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un consejero(a) consulta con otro proveedor de atención médica con licencia sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar su información médica, que de otro modo es confidencial, para ayudar al consejero(a) en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud mental.

Las divulgaciones para fines de tratamiento no se limitan al estándar mínimo necesario. Porque los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro completo y / o información completa para proveer un servicio de calidad. La palabra "tratamiento" incluye, entre otras cosas, la coordinación con otros proveedores de atención médica con un tercer consultante, consultas entre proveedores de atención médica y referencias de un paciente para atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

Demandas y disputas: si está involucrado en una demanda, podemos divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que protegiendo la información requerida.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

A. Notas de psicoterapia. Conservo "notas de psicoterapia" como se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su autorización a menos que el uso o la divulgación sea:

- i. Para mi uso en su tratamiento.
- ii. Para mi uso de entrenamiento o supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en la consejería o terapia de grupo, conjunto, familiar o individual.
- iii. Para mi uso en defenderme en procedimientos legales iniciados por usted.
- iv. Para uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
- v. Requerido por ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.
- vi. Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de la salud pertenecientes al creador de las notas de psicoterapia.
- vii. Requerido por un médico forense que esté desempeñando funciones autorizadas por la ley.
- viii. Requerido para ayudar a prevenir una amenaza seria a la salud y seguridad de otros.

B. Fines de marketing. Como consejera, no usaré ni divulgaré su PHI por razones de promoción.

C. Venta de PHI. Como consejera, no venderé su PHI en el curso normal de mi negocio.

IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN. Sujeto a ciertas limitaciones de la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

- A. Cuando la divulgación sea requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumpla y se limite a los requisitos relevantes de dicha ley.
- B. Para actividades de salud pública, incluida la denuncia de sospechas de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o la prevención o reducción de serias amenazas de la salud o la seguridad de cualquier persona.
- C. Para actividades de supervisión de la salud, incluidas auditorías e investigaciones.
- D. Para procedimientos judiciales y administrativos, incluida la respuesta a una orden judicial o administrativa, aunque prefiero obtener una autorización de usted antes de hacerlo.
- E. Para fines de aplicación de la ley, incluida la denuncia de delitos que ocurren en el edificio.

- F. A los forenses o examinadores médicos, cuando dichas personas estén desempeñando funciones autorizadas por la ley.
- G. Con fines de investigación, incluido el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia con los que recibieron otra forma de terapia para la misma condición de salud mental.
- H. Funciones gubernamentales especializadas, que incluyen asegurar la correcta ejecución de las misiones militares; proteger al presidente de los Estados Unidos; realizar operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o ayudar a garantizar la seguridad de quienes trabajan o se encuentran alojados en instituciones correccionales.
- I. Para fines de compensación laboral. Aunque prefiero obtener una Autorización de usted, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral.
- J. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted y recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de salud que ofrecemos.

V. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR.

- A. Divulgaciones a familiares, amigos u otras personas. Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su tratamiento o en el pago de su tratamiento, a menos que se oponga total o parcialmente. La oportunidad de dar su consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

- A. El derecho a solicitar límites sobre el uso y la divulgación de su PHI. Tiene derecho a pedirme que no use o divulgue cierta PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. No estoy obligada a aceptar su solicitud y puedo decir "no" si creo que afectaría su cuidado de salud.
- B. El derecho a solicitar restricciones para los gastos de bolsillo pagados en su totalidad. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre la divulgación de su PHI a los planes de salud para propósitos de pago u operaciones de cuidado de salud si la PHI se refiere únicamente a un artículo de cuidado de salud o un servicio de cuidado de salud que haya pagado de su bolsillo en su totalidad.
- C. El derecho a elegir cómo le envíe su PHI. Tiene derecho a pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de su casa o de la oficina) o que le envíe correo a una dirección diferente, y estaré de acuerdo con todas las solicitudes razonables.
- D. El derecho a ver y obtener copias de su PHI. Además de las “notas de psicoterapia”, tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información que tenga sobre usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen, si acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, y puedo cobrar una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.
- E. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho. Tiene derecho a solicitar una lista de los casos en los que he divulgado su PHI para propósitos que no sea de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, o para los que me proporcionó una autorización. Responderé a su solicitud de un informe de divulgaciones dentro 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daré incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, a menos que solicite un período más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo, pero si pide más de una solicitud en el mismo año, le cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada solicitud adicional.

- F. El derecho a corregir o actualizar su PHI. Si cree que hay un error en su PHI, o que falta un dato importante en su PHI, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o agregue la información que falta. Puedo decir “no” a su solicitud, pero le diré el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- G. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso y tiene derecho a recibir una copia de este aviso por correo electrónico. Y, incluso si ha aceptado recibir este aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED ACEPTA QUE HA LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTA LA INFORMACIÓN CONTENIDO EN ESTE DOCUMENTO

Firma de cliente (escrita cursiva)

Fecha

Firma de cliente

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida.