

Aviso de Prácticas de Privacidad

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO Este aviso entró en vigor el _____

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

I. MI COMPROMISO CON SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo que la información sobre usted y su cuidado de salud es personal por lo que me comprometo a proteger su información de salud. Creamos un expediente de los servicios que usted recibe por mi parte, el cual es necesario para brindarle un cuidado de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los expedientes de su cuidado generados por esta práctica de salud mental. Este aviso le informará sobre las maneras en que puedo usar y divulgar su información de salud. También describo sus derechos sobre la información de salud que mantengo sobre usted y ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información.

Por ley, estoy obligado a:

- Asegurarme de que la información de salud protegida que le identifica se mantenga privada.
- Entregarle este aviso sobre mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.
- Cumplir con los términos del aviso que esté vigente actualmente.

Puedo cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios aplicarán a toda la información que tenga sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible previa solicitud, en mi oficina y en mi página web.

II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizo y divulgo la información de salud. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones, pero todas las formas en que se me permite manejar la información entrarán en alguna de estas categorías.

Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Cuidado de Salud: Las reglas de privacidad federales permiten a los proveedores de salud que tienen una relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usar o divulgar la información personal de salud sin la autorización escrita del paciente para llevar a cabo su propio tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. También puedo divulgar su información de salud protegida para fines de tratamiento de cualquier otro proveedor de salud. Por ejemplo, si un clínico consultara con otro proveedor de salud licenciado sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar su información de salud para asistir en el diagnóstico y tratamiento.

Divulgaciones para fines de tratamiento: No están limitadas al estándar de "mínimo necesario", ya que los proveedores de salud necesitan acceso al expediente completo para brindar un cuidado de calidad. El término "tratamiento" incluye la coordinación y el manejo de proveedores con un tercero, consultas entre proveedores y referidos de un paciente.

Demandas y Disputas: Si usted está involucrado en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información sobre su hijo(a) en respuesta a una citación (subpoena), requerimiento de descubrimiento de prueba u otro proceso legal legítimo por parte de alguien involucrado en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Notas de Psicoterapia: Mantengo "notas de psicoterapia" según definido en 45 CFR § 164.501. Cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su Autorización, a menos que el uso sea para:

- Mi propio uso al tratarle.
- Uso en adiestramiento o supervisión de practicantes de salud mental.
- Uso para defenderme en procesos legales iniciados por usted.
- Uso por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
- Requerido por ley o para actividades de supervisión de salud.
- Requerido por un médico forense que realiza funciones autorizadas por ley.
- Necesario para ayudar a evitar una amenaza seria a la salud o seguridad de otros.

Fines de Mercadeo: Como psicoterapeuta, no utilizaré ni divulgaré su información confidencial para fines de mercadeo.

Venta de información de salud protegida: Como psicoterapeuta, no venderé su información de salud en el curso regular de mis funciones.

IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Sujeto a ciertas limitaciones legales, puedo divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

- Cuando la divulgación es requerida por ley estatal o federal.
- Para actividades de salud pública (reportar sospecha de abuso de menores, personas de edad avanzada o adultos dependientes).
- Para actividades de supervisión de salud (auditorías o investigaciones).
- Para procedimientos judiciales y administrativos (aunque prefiero obtener su autorización primero).
- Para fines de cumplimiento de la ley (reportar delitos ocurridos en mis instalaciones).
- A médicos forenses para funciones autorizadas por ley.

- Para fines de investigación, bajo criterios estrictos.
- Funciones gubernamentales especializadas (misiones militares, protección del Presidente, seguridad nacional).
- Para fines de compensación a trabajadores (Fondo del Seguro del Estado). Aunque prefiero su autorización, puedo proveer su información para cumplir con las leyes de compensación laboral.
- Recordatorios de citas y beneficios relacionados con la salud: Para recordarle sus citas o informarle sobre alternativas de tratamiento.

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

Divulgaciones a familiares o amigos: Puedo proveer su información de salud protegida a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su cuidado o el pago del mismo, a menos que usted se oponga total o parcialmente. En emergencias, el consentimiento se puede obtener retroactivamente.

VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN PROTEGIDA:

Derecho a solicitar límites: Puede pedirme que no use o divulgue cierta información de salud protegida para tratamiento o pago. No estoy obligado(a) a aceptar si entiendo que afectaría su cuidado.

Derecho a restricciones por pagos por cuenta propia: Si usted pagó por un servicio o artículo en su totalidad de su propio bolsillo, tiene derecho a solicitar que esa información de salud protegida no sea divulgada al plan médico.

Derecho a elegir cómo me comunico con usted: Puede pedir que le contacte de una manera específica (ej. solo al celular o a una dirección alterna).

Derecho a ver y obtener copias: Exceptuando las "notas de psicoterapia", tiene derecho a obtener una copia electrónica o en papel de su expediente. Proveeré la copia o un resumen en un plazo de 30 días y podría cobrar una tarifa razonable por los costos de reproducción.

Derecho a una lista de divulgaciones: Puede solicitar una lista de las veces que he divulgado su PHI para fines ajenos al tratamiento, pago u operaciones. La lista cubrirá los últimos seis años.

Derecho a corregir o actualizar: Si cree que hay un error, puede pedir que lo corrija. Puedo denegar la petición, pero le explicaré por qué por escrito en un plazo de 60 días.

Derecho a una copia física de este aviso: Aunque lo reciba por correo electrónico, tiene derecho a pedir una copia en papel.

Acuse de Recibo del Aviso de Privacidad

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida. Al marcar la casilla a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

☐ He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS PUNTOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o representante: _____

Fecha: _____