



Dr. B Psychiatry Consult, PC
Jose G. Bejarano, MD
Psiquiatra de adultos certificado por la Junta

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestra oficina se dedica a proteger los derechos de privacidad de nuestros pacientes y la información confidencial que se nos confía. El compromiso de cada empleado para garantizar que su información de salud nunca se vea comprometida es un concepto principal de nuestra práctica. Podemos, de vez en cuando, modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad, pero siempre le informaremos de cualquier cambio que pueda afectar sus derechos.

PROTEGIENDO SU INFORMACIÓN PERSONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos la información que recopilamos de usted solo según lo permitido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) y el Estado de TX. Esto incluye problemas relacionados con su tratamiento, pago y nuestras operaciones de atención médica. Su información de salud personal nunca se entregará a nadie más, ni siquiera a miembros de la familia, sin su consentimiento por escrito. Usted, por supuesto, puede dar autorización por escrito para que divulguemos su información a quien usted elija, para cualquier propósito.

Nuestras oficinas y sistemas electrónicos están protegidos contra el acceso no autorizado y nuestros empleados están capacitados para asegurarse de que la confidencialidad de sus registros esté siempre protegida. Nuestra política y prácticas de privacidad se aplican a todos los pacientes anteriores, actuales y futuros, por lo que puede estar seguro de que su información de salud protegida nunca será divulgada o liberada de manera inapropiada.

El oficial de HIPAA para esta práctica es Jose G. Bejarano, MD

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Solo solicitaremos la información personal necesaria para proporcionar nuestro estándar de atención médica de calidad, implementar actividades de pago, realizar operaciones de práctica de salud adecuadas y cumplir con la ley. Esto puede incluir su nombre, dirección, números de teléfono, número de seguro social, datos de empleo, historial médico, registros de salud, etc. Si bien la mayor parte de la información se recopilará de usted, podemos obtener información de terceros si se considera necesario. Independientemente de la fuente, su información personal siempre estará protegida en toda la extensión de la ley.

DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Como se indicó anteriormente, podemos divulgar información según lo requiera la ley. Estamos obligados a proporcionar información a las fuerzas del orden y a los funcionarios gubernamentales bajo ciertas circunstancias. No utilizaremos su información para fines de marketing sin su consentimiento por escrito. Podemos usar y/o divulgar su información de salud para comunicar recordatorios sobre sus citas, incluidos mensajes de correo de voz, mensajes de contestador automático, mensajes de texto y correo electrónico.

DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene derecho a solicitar copias de su información de atención médica, a solicitar copias en una variedad de formatos y a solicitar una lista de los casos en los que nosotros, o nuestros asociados comerciales, hemos divulgado su información protegida para usos distintos a los indicados anteriormente. Todas estas solicitudes deben hacerse por escrito. Podemos cobrar por sus copias en una cantidad permitida por la ley. Si cree que se han violado sus derechos, le instamos a que nos lo notifique de inmediato. También puede notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Le agradecemos por ser paciente en nuestra oficina. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad y la protección de su información de salud personal.

Jose G. Bejarano, MD Houston, TX

AVISO DE PRÁCTICAS Y POLÍTICAS DE PRIVACIDAD, EFECTIVO EL 1 de enero de 2026

SEGÚN LO EXIGIDO POR LA LEGISLACIÓN FEDERAL, ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso se aplica a todos los registros en papel y electrónicos de su atención mantenidos por Jose G. Bejarano, MD, ya sean creados por mí, por mi personal o registros adquiridos de recursos externos como otros médicos involucrados en su atención e informes de laboratorio.

FORMAS EN QUE LA PRÁCTICA PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN

Las siguientes categorías describen las formas en que utilizo y comparto su información confidencial. La información confidencial incluye Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI es información que podría utilizarse para identificarlo. No se enumera cada uso o divulgación en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las siguientes categorías.

A. DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Las notas de psicoterapia se manejan por separado bajo HIPAA y tienen protecciones adicionales. Específicamente, las regulaciones establecen que en la mayoría de los casos una práctica debe obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de notas de psicoterapia. No se necesita autorización para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y los usos enumerados en situaciones rutinarias. Todas las demás circunstancias requieren una autorización válida de su parte para el uso y la divulgación.

La información confidencial puede ser divulgada para fines de pago y operaciones de atención médica solo a planes de seguro médico y sus agentes y asociados comerciales de la práctica. Esto puede ser restringido, en algunos casos, por los pacientes. La definición de plan de seguro médico no incluye compañías de seguros de vida, compañías de seguros de automóviles o aseguradoras de compensación laboral. Estas no están cubiertas bajo HIPAA. Por lo tanto, si desea que se envíe información a una de estas compañías, se requerirá una autorización, a menos que la ley estatal o federal exija lo contrario.

También obtendré una autorización de su parte antes de usar o divulgar:

- PHI de una manera que no se describe en este Aviso.
- PHI para fines de marketing.
- PHI de una manera que se considere una venta de PHI.

B. SITUACIONES RUTINARIAS

1. Para el tratamiento Puedo usar información sobre usted para brindarle tratamiento médico o servicios. El tratamiento es cuando proporciono, coordino o gestiono su atención médica y otros servicios relacionados con su atención médica. Un ejemplo de tratamiento es cuando consulto con otro proveedor de atención médica, como su médico de atención primaria.

2. Para el pago Puedo usar y divulgar información sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en la práctica puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado de usted, una compañía de seguros o un tercero (incluida una agencia de cobranza si es necesario). Por ejemplo, puedo dar a su plan de seguro médico información sobre los servicios que recibió en la práctica para que su plan de seguro médico pague a mi práctica o le reembolse por los servicios. También puedo decirle a su plan de salud o plan de seguro sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

3. Para operaciones de atención médica Puedo usar y compartir información sobre usted para funciones administrativas necesarias para dirigir mi consultorio y promover una atención de calidad. Puedo compartir información con asociados comerciales que brindan servicios necesarios para dirigir mi consultorio, como empresas de transcripción o servicios de facturación. Contractualmente obligaré a estos terceros a proteger su información como yo lo haría. Además, puedo permitir que su plan de seguro médico u otros proveedores revisen registros que contienen información sobre usted para ayudarles a mejorar la calidad del servicio que se le brinda.

4. Comunicación con usted y otras personas involucradas en su atención Mi consultorio puede contactarlo para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. En ciertas situaciones, puedo compartir información sobre usted con un amigo o familiar que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, a menos que usted haya solicitado que dichas divulgaciones no ocurran y yo haya aceptado. La información divulgada será directamente relevante para la participación de dicha persona en su atención o el pago relacionado con su atención. Siempre que sea posible, esta persona será identificada por usted. Sin embargo, en emergencias u otras situaciones en las que no pueda indicar su preferencia, es posible que deba compartir información sobre usted con otras personas u organizaciones para coordinar su atención o notificar a su familia.

C. SITUACIONES ESPECIALES

1. Según lo requerido por la ley: Divulgaré información sobre usted cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, puedo divulgar información sobre usted en respuesta a una citación judicial válida.

2. Actividades de supervisión de la salud: Puedo divulgar información a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo: auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

3. Para procedimientos judiciales o administrativos: Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información sobre los servicios profesionales que ha recibido dentro de mi consultorio y los registros de los mismos, dicha información puede estar protegida por el privilegio bajo la ley estatal, y no divulgaré información sin la autorización por escrito de usted o su representante legal, o en caso de emisión. Este también puede ser el caso en la instancia de una citación judicial que requiera la provisión de dicha información de la cual usted ha sido debidamente notificado y en respuesta a la cual no se ha opuesto a la citación judicial dentro del formato y plazo legalmente especificados, o en la instancia de la emisión de una orden judicial que me obligue a proporcionar Información de Salud Protegida (PHI). Este privilegio no se aplica cuando usted está siendo evaluado para un tercero o cuando la evaluación es ordenada por el tribunal. Se le informará con antelación si este es el caso.

4. Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: Puedo divulgar su información confidencial de salud mental a cualquier persona sin autorización si creo razonablemente que la divulgación evitará o minimizará un peligro inminente para su salud o seguridad, o la salud o seguridad de cualquier otra persona. Estas divulgaciones pueden ser a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para responder a un delito violento o para proteger al objetivo de un delito violento. Por ejemplo, la amenaza de dañar a otra persona puede ser reportada a las autoridades correspondientes.

5. Compensación laboral: Si usted presenta un reclamo de compensación laboral, con ciertas excepciones, debo poner a disposición, en cualquier etapa del procedimiento, toda la información PHI en nuestra posesión que sea relevante para esa lesión en particular en opinión de su empleador, su representante y el Departamento de Texas bajo solicitud.

6. Riesgos para la salud pública: Puedo divulgar información sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- a. Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- b. Para informar sobre abuso o negligencia infantil
- c. Para informar sobre abuso de adultos y abuso doméstico
- d. Para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos
- e. Para notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar usando
- f. Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección
- g. Para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

7. Cumplimiento de la ley: Puedo divulgar información sobre usted si me lo solicita un funcionario del orden público:

- a. En respuesta a una orden judicial, citación, orden de registro, emplazamiento o proceso similar
- b. Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- c. Si se sospecha que usted es víctima de un delito, generalmente con su permiso
- d. Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva
- e. Sobre conducta delictiva en el hospital
- f. En circunstancias de emergencia, para informar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

8. Otras circunstancias especiales: Cuando el uso y la divulgación sin su consentimiento o autorización están permitidos bajo

otras secciones de la Sección 164.512 de la Regla de Privacidad y la ley de confidencialidad estatal. Esto incluye ciertas divulgaciones estrictamente definidas a agencias del orden público (ver arriba), a una agencia de supervisión de salud (como HHS o un departamento de salud estatal), a un forense o examinador médico, para fines de salud pública relacionados con enfermedades o productos regulados por la FDA, o para funciones gubernamentales especializadas como aptitud para deberes militares, elegibilidad para beneficios de VA y seguridad nacional e inteligencia.

SUS DERECHOS COMO PACIENTE

Además de las disposiciones de la práctica para proteger su información confidencial, usted tiene derecho a seis (6) derechos específicos como paciente.

1. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso y el intercambio de información sobre usted para tratamiento, pago, funciones administrativas o con personas involucradas en su atención. Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito. En su solicitud, debe indicarme: (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se aplique. No estoy obligado a aceptar su solicitud. Si acepto, cumpliré con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

2. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que solo lo contactemos en su teléfono celular, correo electrónico personal, dirección particular, etc. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. No le preguntaré el motivo de su solicitud. Intentaré atender todas las solicitudes razonables.

3. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener copias. Usted tiene derecho a revisar y obtener copias de la información que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y registros de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia, información recopilada de manera razonable anticipación de una acción o procedimiento legal; e información confidencial relacionada con ciertas pruebas de laboratorio bajo las Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos (CLIA). Para inspeccionar y copiar información que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre usted, debe presentarme su solicitud por escrito. Es posible que se le cobre una tarifa por los costos de copia, envío postal u otros suministros asociados con su solicitud. En las siguientes circunstancias, puedo denegar su solicitud de inspeccionar y copiar información:

- a. He determinado, en el ejercicio de mi juicio profesional, que el acceso solicitado es razonablemente probable que ponga en peligro su vida o seguridad física o la de otra persona.
- b. La información hace referencia a otra persona (a menos que la otra persona sea un proveedor de atención médica) y he determinado, en el ejercicio de mi juicio profesional, que el acceso solicitado es razonablemente probable que cause un daño sustancial a la otra persona.
- c. La solicitud de acceso es realizada por su representante y he determinado, en el ejercicio de mi juicio profesional, que proporcionar acceso a su representante personal es razonablemente probable que cause un daño sustancial a usted o a otra persona. Si se le deniega el acceso, puede solicitar una revisión de la denegación por parte de otro profesional médico con licencia. Cumpliré con el resultado de la revisión.

4. Usted tiene derecho a enmendar información confidencial. Si siente que la información que tengo sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirme que enmiende la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para mi práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud y una razón que la respalde deben hacerse por escrito y enviármelas. Puedo denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud. Además, puedo denegar su solicitud si me pide que enmiende información que:

- a. No fue creada por mi práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda. En tales casos, consideraría la solicitud
- b. No es parte de la información conservada por o para mi práctica
- c. No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar
- d. Es precisa y completa

5. Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información confidencial. Puede pedir recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas sobre usted que no estaban relacionadas con los usos rutinarios enumerados anteriormente. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentarme su solicitud por escrito. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser mayor a seis (6) años e indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o en un archivo electrónico). La primera lista que solicite será gratuita. Por listas adicionales, puedo cobrarle el costo de proporcionar la lista. Le notificaré el costo estimado involucrado y usted puede optar por retirar o modificar sus solicitudes debido a cualquier costo incurrido. Las divulgaciones no tienen que realizarse cuando dichas divulgaciones son:

- a. Para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica
- b. A individuos sobre información confidencial acerca de ellos mismos
- c. Como resultado de una autorización asignada

- d. Para el directorio de la práctica o para personas involucradas en su cuidado
- e. Para fines de seguridad nacional o inteligencia; o
- f. A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley

6. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso bajo solicitud. Incluso si ha solicitado una copia electrónica, le proporcionaré una copia impresa de este Aviso a su solicitud.

7. Usted tiene derecho a restringir las divulgaciones cuando ha pagado por su cuidado de su propio bolsillo. Usted tiene derecho a restringir cierta divulgación de PHI a un plan de salud cuando pague de su propio bolsillo la totalidad de mis servicios.

8. Usted tiene derecho a ser notificado si hay una violación de su PHI no asegurada. Usted tiene derecho a ser notificado de: (a) que hay una violación (un uso o divulgación de su PHI en violación de la regla de privacidad de HIPAA) que involucra su PHI; (b) que la PHI no ha sido cifrada según los estándares gubernamentales; y (c) mi evaluación de riesgos no logra determinar que existe una baja probabilidad de que su PHI haya sido comprometida.

DEBERES DE MI CONSULTA

Además de sus derechos como paciente, mi consulta tiene el deber de proteger su información confidencial e informarle sobre cambios en las medidas de protección. Por ley, estoy obligado a mantener la privacidad de la información confidencial y proporcionarle un aviso sobre mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información. Estoy obligado a cumplir con los términos de este Aviso actualmente en vigor.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Me reservo el derecho de revisar o cambiar las disposiciones de este aviso. Haré que las nuevas disposiciones del Aviso sean efectivas para toda la información confidencial que mantengo. Revisaré y distribuiré puntualmente mi Aviso siempre que haya un cambio en los usos o divulgaciones, sus derechos y mis deberes, u otras prácticas de privacidad establecidas en este Aviso. Enviaré electrónicamente actualizaciones de mi aviso a todos los pacientes activos. Los pacientes que estén inactivos en el momento del envío pueden recibir una copia actualizada en su próxima cita programada. Una copia del Aviso actual estará disponible en toda mi consulta. El Aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la parte superior de la primera página.

QUEJAS

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante mí o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 800-368-1019. Todas las quejas deben presentarse o verificarse por escrito. Usted tiene derechos específicos bajo la Regla de Privacidad. No será penalizado por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN

Otros usos y divulgaciones de información no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a mi consulta se realizarán solo con su permiso por escrito. Si le otorga a mi consulta permiso específico para usar o divulgar información sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaré ni divulgaré información sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya se haya realizado con su permiso y que estoy obligado a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

OFICIAL DE PRIVACIDAD

Soy el oficial de privacidad de mi consulta. Puede contactarme con preguntas o comentarios por teléfono al 713-817-0296, o por correo a: Jose G. Bejarano, MD. 1701 ½ Post Oak Blvd. Houston, TX 77056

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Estoy obligado a proporcionarle una copia de este Aviso y documentar su recepción. Por favor, firme el formulario como reconocimiento de recepción del Aviso de Privacidad después de recibir este Aviso. Puede contactarme con preguntas o comentarios por teléfono al 713-817-0296:

José G. Bejarano, MD
1701 ½ Post Oak Blvd. Houston, TX 77056