

(Spanish) Aviso de prácticas de privacidad

Aviso de prácticas de privacidad (ES - Notice of Privacy Practices)

Psychological Behavioral Health Inc.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

I. MI COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD: Entiendo que su información y su atención médica son personales. Estoy comprometido a proteger su información de salud. Siempre elaboro un registro de la atención y los servicios que usted recibe de mi parte. Necesito este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por este consultorio de cuidado de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información médica. También describo sus derechos a la información médica que tengo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información médica. Estoy obligado por ley a: ****

- Asegurarme de que la información de salud protegida (PHI, sus siglas en inglés) que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este aviso de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que está actualmente vigente.
- 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, bajo solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.

**

**II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que uso y divulgo la información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaré lo que quiero decir e intentaré dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

**

**Para pagos de tratamiento u operaciones de atención médica: Las reglas federales de privacidad (regulaciones) 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 propios del proveedor. También puedo divulgar su información médica protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede realizar sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un médico consultara con otro proveedor de atención médica autorizado sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar su información médica, que de otro modo es confidencial, para ayudar al médico a diagnosticar y tratar su estado de salud mental.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no se limitan al estándar mínimo necesario. Esto se debe a que los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro y / o información completa para poder brindar atención de calidad. La palabra «tratamiento» incluye, entre otras cosas, la coordinación y la administración de proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores y derivaciones de un paciente de un proveedor a otro.

**

****Juicios y disputas:** Si está involucrado en una demanda, puedo divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo 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 u obtener una orden que proteja a la Información requerida.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN DE SU AUTORIZACIÓN:

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

a. Para mi propio uso en su tratamiento.

b. Para mi uso en la capacitación o la supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en consejería o terapia grupal, conjunta, familiar o individual.

c. Para mi uso en la defensa de procedimientos legales instituidos por usted.

d. Para uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en la investigación de mi cumplimiento con HIPAA.

e. Requerido por la ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.

f. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud pertenecientes al creador de las notas de psicoterapia.

g. Requerido por un forense que esté realizando tareas autorizadas por la ley.

h. Requerido para ayudar a evitar una amenaza grave contra la salud y seguridad de los demás.

1. Fines de marketing. Como psicoterapeuta, no usaré ni divulgaré su PHI con fines de marketing.

2. Venta de PHI. Como psicoterapeuta, no venderé su PHI durante el curso normal de mi negocio.

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

1. Cuando la ley estatal o federal exige la divulgación, y el uso o divulgación cumple con los requisitos relevantes de dicha ley y se limita a ellos.

2. Para actividades de salud pública, que incluyen denunciar sospechas de abuso de niños, adultos mayores o adultos dependientes, o prevenir o reducir una amenaza grave contra la salud o seguridad de cualquier persona.

3. Para actividades de supervisión de la salud, incluyendo auditorías e investigaciones.

4. Para procedimientos judiciales y administrativos, incluida la respuesta a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es obtener una autorización suya antes de hacerlo.
5. Para fines de cumplimiento con la ley, incluidos los delitos denunciados que ocurren en mis instalaciones.
6. A médicos forenses o examinadores médicos, cuando dichas personas realicen tareas autorizadas por la ley.
7. Para fines de investigación, incluido el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma afección.
8. Funciones gubernamentales especializadas, que incluyen garantizar la ejecución adecuada 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 dentro o están alojados en instituciones correccionales.
9. Para fines de compensación al trabajador. Aunque mi preferencia es obtener su autorización, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.
10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted con el fin de recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrezco.

**

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

1. Divulgaciones a familiares, amigos u otros. Puedo proporcionar su PHI a un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted indique como involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que presente una objeción total o parcial. La oportunidad de consentir puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

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

1. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI. Tiene derecho a pedirme que no use o divulgue cierta información en su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a aceptar su solicitud, y puedo negarme si creo que puede afectar su atención médica.
2. El derecho a solicitar restricciones para gastos de bolsillo pagados en su totalidad. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la divulgación de su PHI a los planes de salud para fines de pago o de operaciones de atención médica si la PHI se refiere únicamente a un artículo de atención médica o un servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad.
3. El derecho a elegir cómo le envío su PHI. Tiene derecho a pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que envíe un correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.
4. 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 del mismo, 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.

5. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he realizado. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de casos en los que he divulgado su PHI para fines distintos al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para los que proporcionó una autorización. Responderé a su solicitud de un informe de las divulgaciones dentro de los 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 plazo más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraré una tarifa basada en un costo razonable por cada solicitud adicional.
6. El derecho a corregir o actualizar su PHI. Si cree que hay un error en su PHI, o que falta información importante en su PHI, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o añada la información faltante. Puedo negarme a su solicitud, pero le diré por qué por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.
7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia impresa o una copia electrónica de este aviso. Si ha aceptado recibir este aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

FECHA EFECTIVA DE ESTE AVISO

Este aviso entró en vigencia el [INSERTE LA FECHA]

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Según la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, sus siglas en inglés), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Al marcar la casilla a continuación, admite que ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

**

**AL HACER CLIC ABAJO ACEPTO QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO.