Aurolina Valdez, M.S.
Licensed Marriage and Family Therapist
Registered Play Therapist

# Notice of Privacy Practices

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MéDICA PUEDE SER UTILIZADA O LIBERADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

**POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO.**

La privacidad en una preocupación válida para muchos de mis clientes. Las prácticas descritas en éste documento estan diseñadas para proteger su privacidad cumpliendo con las leyes estatales y federales además de cumplir con los estándares éticos de mi profesión.

Debido a la complejidad de estos requerimientos éticos y legales algunas partes de este documento son muy detalladas. Por favor siéntase en confianza de hacer preguntas en caso de que la información no sea clara.

## A. Introducción

Este aviso comparte con usted como es que su información privada sera manejada, como utilizo su información en mi oficina, bajo que circunstancias la comparto con otros profesionales u organizaciones y como puede tener usted accesso a ella. El propósito de este documento es el que usted esté informado pra poder tomar las mejores decisions para usted y su familia. En cualquier momento durante su tratamiento usted puede volver a pedir explicación de como se utiliza su información privada

## B. Definición de "Información de Salud Protegida"

**(Protected Health Information -PHI)**

Cada vez que usted visita mi oficina o la oficina de cualquier proveedor médico (hospital, clinica, etc) se genera y se colecta información acerca de usted y de su salud fisica o mental. Esto puede incluir información presente, de su pasado o expectativas a futuro, asi como tambien pruebas, evaluaciones, diagnóstcos, tratamientos y pagos relacionados. El conjunto de toda esta información es conocida como Información de Salud Protegida (Protected Health Information). La información que yo recaudo y genero de usted puede incluir, pero no esta limitada, a lo siguiente:

- Su historia personal y familiar: experiencias en la infancia, escuela, trabajo, relaciones personales y otros eventos personales.
- Razones por las cuales vino a tratamiento: sus problemas, preocupaciones, síntomas, necesidades y objetivos.
- Diagnosticos: términos medicos para sus problemas o síntomas.
- Plan de Tratamiento: lista de los tratamientos, técnicas y otros servicios que yo creo le pueden ser de utilidad.

- Notas de Progreso: que describen nuestras conversaciones, objetivos, estrategias y mis observaciones.
- Evaluaciones psicológicas, cuestionarios, otros reportes.
- Reportes que me hayan sido compartidos por otros proovedores de servicios.
- Informacion acerca de medicamentos que haya tomado o este tomando.
- Asuntos legales.
- Informaión acerca de pagos y cobro de servicios.
- Otros reportes relacionados con su salud física o mental.

La Información de Salud Protegida la necesito o puedo utilizar para las siguientes y otras razones:

- Planeación y evaluación de su tratamiento.
- Comprobar los servicios que le he dado especialmente cuando un tercero es el responsible por el pago de dichos servicios.
- Consultas con otros profesionales que también esten relacionados con su salud.

Es importante que usted entienda que información esta contenida en su record médico (archivo) y como se utiliza dicha información. De esta manera usted podrá tomar mejores decisiones acerca de quien, cuando y por cuales razones alguien puede tener acceso a esta información.

Aun cuando sus récords de salud son propiedad física mia, la información contenida en ellos le pertenece a usted. Eso significa que usted puede leer su record en mi oficina y que me puede pedir alteraciones o correcciones. En muy raras circunstancias limitaría yo su acceso a su archivo.

Si usted desea una copia de sus records necesita solicitarlo por escrito, el costo de copias o envios será responsabilidad de usted. En el caso de que yo considere que ver alguna parte de su archivo puede ser dañino para usted es mi obligación profesional no remover temporalmente dicha sección. Aquellas partes de mi archivo acerca de usted que hayan sido generadas por otro proveedor de salud las debe de solicitar directamente con ellos ya que yo no tengo permiso de copiarlas o compartirlas.

**C. Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud**
**(Privacy and the Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA)**
La ley federal HIPPA, que entró en vigencia en 1996 me obliga a explicarle a usted, a través de este documento, cuales son mis responsabilidades y limitaciones para proteger su información. Si en algún momento esta ley cambia no estoy obligada a informar a todos mis pacientes de este cambio pero si estoy obligada a dar una copia actualizada a la gente que lo solicite.

**D. Maneras en las que puedo usar o compartir su Información de Salud Protegida (PHI)**
Como regla general, cuando necesito compartir con alguien más su PHI compartiré sólamente lo mínimo necesario. Por favor revise bien y firme el documento "Informed Consent Español" en donde explico con detalle las situaciones en las que me veo forzada a compartir su información.

1. Razones para las cuales necesito autorización suya por escrito (cuando esta situación se presente le dare una forma que cuenta con todos los datos que necesito para esta autorización.

   a) Cuando usted me solicita contactar a otro proveedor de salud para compartir información.
   b) Cuando usted me solicita compartir información con un miembro de su familia
   c) Cuando usted solicita rembolso de su seguro medico para cubrir mis servicios como proveedor "Out of network" me esta autorizando a compartir cierta información con dicha compañia de seguros . En dicho caso yo le proveeré un recibo de servicios que incluye un diagnostico psicológico. Algunas compañias de seguros solicitan más información como por ejemplo como me contacto usted, sus diagnósticos, tratamientos, avance o progreso en terapia, fechas de tratamiento, etc.

II. Razones para las cuales no necesito su autorización

La ley aplicable y las normas éticas me permiten revelar información sobre usted sin su autorización sólo en ciertas situaciones. Puedo usar o revelar su PHI sin su consentimiento en las siguientes circunstancias:

- **Amenazas Graves a la Salud o Seguridad:** Si determino que hay probabilidad de daño físico inminente a usted mismo o a otros, o hay probabilidad de daño inmediato mental o emocional a usted mismo, me seria necesario liberar información necesario a médicos, hospitales o agentes del la policía.
- **Abuso de Niños:** Si tengo motivos para creer que un niño ha sido o está siendo descuidado o abusado física o sexualmente, estoy obligada a reportar tal información dentro de 48 horas al Texas Department of Family and Protective Services (Departamento de Familia y de Protección), o a la Texas Youth Commission (Comisión de la Juventud de Texas), o a cualquier agencia local o estatal que aplica la ley.
- **Abuso de Adultos y Abuso Doméstico:** Si tengo motivos para creer que una persona anciana o incapacitada es víctima de abuso, negligencia o explotación, es mi obligación legal informar de inmediato el Texas Department of Protective and Regulatory Services (Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Tejas).
- **Descuido de Salud:** Si se presenta una queja contra mi con el State Board of Examiners (Junta Estatal de Examinadores), la junta tiene la autoridad de demandar la información confidencial de su salud mental correspondiente a dicha denuncia.
- **Asesoria para su tratamiento.** En algunas ocasiones me podrís ser necesario consultar con otros profesionales acerca de la mejor manera de darle servicios.
- **Asociados.** Si yo contrato alguna persona administrativa para ayudarme con los asunto de pagos u oficinas estas personas podrian tener acceso a las partes de su archivo est´ritamente necesarias para su labor administrativa.
- **Para Otros Propósitos de la Aplicación de la Ley:** Podria serme necesario liberar información de salud a un oficial de la ley para cumplir con una citación u orden de la corte.
- **Para cumplir con leyes de salud** y prevenir la difuminación de ciertas engermedades contagiosas.
- **Si usted solicita "Workers Compensation" o servicios de "Disability" el gobierno podria solicitarme información relacionada con su salud mental.**

Cuando me es necesario compartir información de usted con otros estoy obligada por ley a mantener un record de lo que se compartió, cunado y con quien. Usted tiene derecho a solicitar una lista con estos detalles.

**E. Sus Derechos Relacionados a Información de Salud Protegida**

1. Tiene derecho a limitar los medios por los cuales me comunico con usted, por ejemplo puede negarme el uso de correo electrónico o teléfono celular (entre otros) para recordarle de sus citas.

2. Tiene el derecho a limitar que información suya comparto con otros y con quien comparto la información (a excepción de los casos anteriormente mencionados en los que la ley indica lo contrario).

3. Tiene derecho a leer la información que tengo de usted como sus records medicos y financieros. Para obtener copias es necesario solicitarlas por escrito y cubrir los pagos de copias y envio en caso de ser necesario.

4. Tiene derecho a hacer o solicitar correcciones a su archivo si usted considera que existen errores u omisiones. Me debe de hacer esta solicitud por escrito y explicando sus razones.

5. Tiene derecho a manter una copia de este documento y solicitar una copia cuando existan cambio.

6. Tiene derecho a poner una queja acerca de mis servicios si de alguna manera no esta satisfecho. Dicha queja se debe enviar a:

Texas State Board of Examiners of Marriage and Family Therapists
and/or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services

8. Usted puede tener otros derechos por la ley de nuestro estado. Estoy a su disposición para explorar otras situaciones.

**F. En caso de dudas o quejas**

Por favor haga todas las preguntas que usted necesite. Si tiene alguna queja de la manera en la que he tratado su información primero dirijase a mi, para tratar de arreglar el probleme. Aun cuando usted decidiera poner una queja de mi, la manera en la que yo lo atenderé seguirá siendo para buscar su bienestar. Cualquier queja o comentario por escrito me lo puede enviar a 2140 E Southlake Blvd. L-328, Southlake TX 76092 o al correo electrónico auro.valdes@gmail.com

(FIN)