



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida ("PHI") y a proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"). Debemos cumplir con los términos de este Aviso y notificarle si se produce una violación de su PHI no asegurada. Podemos cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible previa solicitud, en nuestro consultorio y sitio web.

Salvo para los fines específicos establecidos a continuación, usaremos y entregaremos su PHI sólo con su autorización por escrito ("Autorización"). Es su derecho revocar dicha Autorización en cualquier momento, notificándome por escrito su revocación.

Los usos (internos al consultorio) y las divulgaciones (externas al consultorio) relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica no requieren su consentimiento por escrito. Puedo usar y entregar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. **Para su tratamiento.** Podemos usar y entregar su PHI para darle su tratamiento, lo que puede incluir entregar su PHI a otro profesional de la salud. Por ejemplo, si está siendo tratado por un médico o un psiquiatra, podemos entregarle su PHI a para ayudarle a coordinar su atención, aunque mi preferencia es que me dé una Autorización para hacerlo.
2. **Para obtener el pago de su tratamiento.** Podemos usar y entregar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, podríamos enviar su PHI a su compañía de seguros para que paguen por los servicios de atención médica que le hemos brindado, aunque mi preferencia es que me dé una Autorización para hacerlo.
3. **Para las operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su PHI con el fin de realizar operaciones de atención médica relacionadas con nuestro consultorio, lo que incluye comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, es posible que deba entregar su PHI a nuestros abogados para obtener asesoramiento sobre el cumplimiento de las leyes aplicables.

Ciertos usos y divulgaciones requieren su autorización.

1. **Notas de psicoterapia.** Nosotros conservamos "notas de psicoterapia" tal 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 divulgación sea:
 - a. Para nuestro uso en su tratamiento.

- b. Para nuestro uso en la capacitación o supervisión de otros profesionales de la salud mental para ayudarlos a mejorar sus habilidades en asesoramiento o terapia grupal, conjunta, familiar o individual.
 - c. Para nuestro uso en la defensa de nosotros mismos ante procedimientos legales iniciados por usted.
 - d. Para uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos a los fines de investigar nuestro cumplimiento de HIPAA.
 - e. Requerido por la ley, y el uso o divulgación se limita a los requerimientos de dicha ley.
 - f. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud relacionadas con el autor de las notas de psicoterapia.
 - g. Requerido por un forense que esté desempeñando funciones autorizadas por la ley.
 - h. Necesario para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de los demás.
2. **Fines de marketing.** Como psicoterapeutas, no usaremos ni entregaremos su PHI con fines de marketing.
3. **Venta de la PHI.** Como psicoterapeutas, no venderemos su PHI en el curso regular de nuestras actividades.

Ciertos usos y divulgaciones no requieren su autorización. Sujeto a ciertas limitaciones en la ley, podemos usar y entregar su PHI sin su Autorización por las siguientes razones:

- 1. Cuando la ley estatal o federal exija la entrega, y el uso o la divulgación cumplan con los requisitos pertinentes de dicha ley y se limite a ellos.
- 2. Para actividades de salud pública, incluida la denuncia de sospechas de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o la prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- 3. Para actividades de supervisión de la salud, incluidas 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 de usted antes de hacerlo.
- 5. Para fines de aplicación de la ley, incluida la denuncia de delitos que ocurran en mis instalaciones.
- 6. A médicos forenses o examinadores médicos, cuando dichas personas estén desempeñando funciones.
- 7. Para fines de investigación, incluido el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia frente a los que recibieron otra forma de terapia frente a la misma afección.

8. Funciones gubernamentales especializadas, incluyendo garantizar la ejecución adecuada de 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. A efectos de indemnización por accidentes de trabajo. Aunque nuestra preferencia es obtener una Autorización de su parte, podemos proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes de trabajo.
10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Podemos usar y entregar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y entregar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrecemos.

Ciertos usos y divulgaciones requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse.

1. Divulgación a familiares, amigos u otras personas. Podemos proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique, que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que usted se oponga en su totalidad o en parte. La oportunidad para lograr consentimiento puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

Usted 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 pedirnos que no usemos ni entreguemos cierta PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligado a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si creemos que ello afectaría su atención médica.
2. **El derecho a solicitar restricciones para los gastos de bolsillo pagados en su totalidad.** Tiene derecho a solicitar restricciones en la entrega de su PHI a planes de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, si la PHI se refiere únicamente a un ítem de atención médica o un servicio de atención médica que haya pagado de su bolsillo en su totalidad.
3. **El derecho a elegir cómo le enviamos su PHI.** Tiene derecho a pedirme que me ponga en contacto con usted de una manera específica (ej. teléfono de su casa u oficina) o que le envíe un correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.
4. **El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** Aparte de las "notas de psicoterapia", tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información que tengamos sobre usted. Le daremos una copia de su registro, o un resumen del mismo, si está de acuerdo en recibir un resumen, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, y podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.

5. **El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he realizado.** Tiene derecho a solicitar una lista de casos en los que hemos entregado su PHI para fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para los que nos concedió una Autorización. Responderemos dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daremos incluirá las entregas realizadas en los últimos seis años, a menos que solicite un plazo más corto. Le entregaremos la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo por cada solicitud adicional.

6. **El derecho a corregir o actualizar su PHI.** Si cree que hay un error en su PHI, o que le falta información importante, tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o agregue la que falta. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos la razón 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.** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso, y a obtener una copia del mismo por correo electrónico. Incluso si hubiera aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel del mismo.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante mí, como Oficial de Privacidad de mi consultorio, y mi dirección y número de teléfono son:

Berenice D. Rosillo, LMFT
 21241 Ventura Blvd., Ste. 182, Woodland Hills, CA 91364
 (818) 268-8920

No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad. Puede presentar una queja civil ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, Oficina de Derechos Civiles:

1. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201;
2. Llamando al 1-877-696-6775; o,
3. Ingresando a www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE AVISO

Este aviso entró en vigencia el 1ro de diciembre de 2015.

Al firmar este formulario, usted reconoce la recepción y la comprensión completa de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

 Nombre del Cliente

 Fecha

 Firma del Cliente