



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

I. MI PROMESA EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo que la información de salud sobre usted y su atención médica es personal. Me comprometo a proteger su información de salud. Creo un registro de la atención y los servicios que recibe de mí. Necesito este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros de su cuidado generados por esta práctica de cuidado de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información de salud. También describo sus derechos sobre la información de salud que guardo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y la divulgación de su información de salud. La ley me exige:

- Asegurarme de que la información de salud protegida ("PHI") que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que estén actualmente en vigencia.
- Poder cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre usted. La nueva notificación estará disponible al usted pedirlo, en mi oficina y en mi sitio web en www.polariscounseling.com.

II. CÓMO PUEDO UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que uso y divulgo 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 caerán dentro de una de las categorías.

Para pago de tratamiento u operaciones de atención médica: las normas y regulaciones federales de privacidad permiten a los proveedores de atención médica que tienen una relación de tratamiento directo con el cliente usar o divulgar la información personal de salud del cliente sin la autorización escrita del cliente. , pagos u operaciones de atención médica. También puedo divulgar su información de salud protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede hacer sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un médico consultara con su médico sobre la condición de otro

proveedor de atención médica con licencia, se nos permitiría utilizar y divulgar la información de salud de su persona, que de otro modo sería confidencial, para ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad estado de salud.

Las divulgaciones para fines de tratamiento no están limitadas al estándar mínimo necesario. Debido a que los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro completo y / o información completa y completa para brindar atención de calidad. La palabra "tratamiento" incluye, entre otras cosas, la coordinación y gestión de proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores de atención médica y derivaciones de un paciente para atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

Demandas y disputas: si está involucrado en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información de salud sobre su hijo en respuesta a una citación, descubrimiento

solicitud, u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

1. Notas de psicoterapia. Sí conservo "notas de psicoterapia" según se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de tales notas requiere su Autorización a menos que el uso o la divulgación sea:

a. Para mi uso en el tratamiento de usted.

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

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

d. Para uso del Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.

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

f. Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de la salud relacionadas con el autor de las notas de psicoterapia.

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

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

2. Propósitos de mercadeo. Como psicoterapeuta, no utilizaré ni divulgaré su PHI con fines de comercialización.

3. Venta de PHI. Como psicoterapeuta, no venderé su PHI en el curso regular de mi negocio.

IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AURTORIZACIÓN:

Sujeto a ciertas limitaciones de la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su Autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la ley estatal o federal exija la divulgación, y el uso o la divulgación cumpla y se limite a los requisitos pertinentes de dicha ley.

2. Para actividades de salud pública, que incluyen la denuncia de abuso infantil, a personas mayores 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 propósitos de aplicación de la ley, incluyendo reportar crímenes ocurriendo en mis instalaciones.
6. A médicos forenses o examinadores médicos, cuando tales personas están realizando 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 versus los 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; llevando a cabo operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o, ayudando a garantizar la seguridad de quienes trabajan en instituciones correccionales o están alojados en ellas.
9. Para fines de compensación laboral. Aunque mi preferencia es obtener una autorización de usted, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral.
10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted y recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrezco.

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

1. Divulgaciones a familiares, amigos u otros. Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que indique que está involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que se oponga total o parcialmente. La oportunidad de consentimiento se puede obtener retroactivamente en situaciones de emergencia.

VI. 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 pedirme que no use o divulgue cierta PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a aceptar su solicitud, y puedo decir "no" si considero que afectaría su atención médica.
2. El derecho a solicitar restricciones de gastos de bolsillo pagados por completo. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre divulgaciones de su PHI a planes de salud para fines de pago o de operaciones de atención médica si la PHI pertenece únicamente a un artículo de atención médica o a un servicio de atención médica que pagó de su bolsillo por completo.

3. El derecho a elegir cómo le envío PHI. Tiene derecho a pedirme que lo contacte de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina) o para enviar 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", usted tiene derecho a obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información que tengo 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 cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.

5. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he hecho. Tiene derecho a solicitar una lista de instancias en las cuales he divulgado su PHI para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para la cual me proporcionó una Autorización. Responderé a su solicitud de un informe de 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 tiempo más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraré 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 falta información importante de su PHI, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o que agregue la información faltante. Puedo decir "no" a su solicitud, pero le diré por qué por escrito dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud.

7. El derecho a obtener una copia en papel o electrónica de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso y tiene derecho a obtener una copia de este aviso por correo electrónico. Y, incluso si ha aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel del mismo.

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD:

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y la divulgación de su información de salud protegida. Al firmar este documento, reconoce que recibió una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

Firma del cliente o su representante personal

Nombre impreso del cliente o representante personal

Relación con el cliente

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

Firma del representante autorizado de esta práctica