

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. PUEDE TENER DERECHOS ADICIONALES BAJO LA LEY ESTATAL Y LOCAL. POR FAVOR, BUSQUE ASESORÍA LEGAL DE UN ABOGADO AUTORIZADO EN PUERTO RICO SI TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD.

FECHA DE EFECTO DE ESTE AVISO

Este aviso entra en vigor el [19/11/2024].

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (en adelante, "HIPAA"), usted tiene ciertos derechos respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida (en adelante, "PHI").

I. MI COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo que la información de salud sobre usted y su atención médica es personal. Estoy comprometido a proteger la información de salud sobre usted. Creo un registro de la atención y los servicios que recibe de mí. Necesito este registro para proporcionarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de atención de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar información de salud sobre usted. También se describen sus derechos sobre la información de salud que mantengo sobre usted y ciertas obligaciones que tengo respecto al uso y divulgación de su información de salud.

Estoy obligado por ley a:

- Asegurarme de que la PHI que lo identifica se mantenga privada.
- Proporcionarle este aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que esté en vigor actualmente.

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 a solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.

II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en las que uso y divulgo información de salud. Para cada categoría utilizaré ejemplos. No se enumerará cada uso o divulgación 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 Tratamiento, Pago o Operaciones de Salud: Las reglas federales de privacidad permiten a los proveedores de atención médica que tienen una relación de tratamiento directa con el paciente/cliente utilizar o divulgar la información de salud personal del paciente/cliente sin la autorización escrita del paciente, para llevar a cabo el tratamiento, pagos u operaciones de salud del proveedor. También puedo divulgar su PHI para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de salud. Esto también se puede hacer sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un

clínico consulta con otro proveedor de salud licenciado sobre su condición, se nos permitirá usar y divulgar su PHI, que de otro modo sería confidencial, para ayudar al clínico en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud. También puedo utilizar su PHI para propósitos operativos, incluyendo enviarle recordatorios de cita, facturas y otra documentación.

Leyes, 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 usted o su(s) hijo(s) menor(es) en respuesta a una citación o solicitud de descubrimiento, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Notas de Psicoterapia: Mantengo “notas de psicoterapia” según se define en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su autorización, a menos que el uso o divulgación sea:

1. Para mi uso en su tratamiento.
2. Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en terapia grupal, familiar o individual.
3. Para mi uso en defensa en procedimientos legales iniciados por usted.
4. Para uso por parte del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
5. Requerido por ley y el uso o divulgación está limitado a los requisitos de dicha ley.
6. Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de salud relacionadas con el originador de las notas de psicoterapia.
7. Requerido por un forense que esté realizando funciones autorizadas por la ley.
8. Requerido para ayudar a evitar una amenaza seria para la salud y seguridad de otros.

Propósitos de Marketing: No usaré ni divulgaré su PHI para fines de marketing sin su consentimiento previo por escrito. Por ejemplo, si le solicito una reseña y planeo compartirla públicamente en línea o en otros lugares para publicitar mis servicios, le proporcionaré un formulario de liberación y autorización HIPAA. Se requiere la autorización HIPAA en caso de que su reseña contenga PHI (por ejemplo, su nombre, la fecha del servicio que recibió, el tipo de tratamiento que busca u otros detalles personales de salud). Dado que puede que no se dé cuenta de qué información que proporciona se considera “PHI”, le enviaré una autorización HIPAA y solicitaré su firma independientemente del contenido de su reseña. Una vez que complete la autorización HIPAA, tendré el derecho legal de usar su reseña para fines publicitarios y de marketing, incluso si contiene PHI. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento enviándome una solicitud por escrito a través de la dirección de correo electrónico que tengo registrada o por correo certificado a mi dirección. Una vez que reciba su solicitud escrita de revocación de consentimiento, eliminaré su reseña de mi sitio web y de cualquier otro lugar donde la haya publicado. No puedo garantizar que otros que hayan copiado su reseña de mi sitio web o de otros lugares también la eliminarán. Este es un riesgo del que quiero que esté consciente en caso de que me dé permiso para publicar su reseña.

Venta de PHI: No venderé su PHI.

IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Sujeta a ciertas limitaciones en la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las

siguientes razones. Debo cumplir con ciertas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos propósitos:

- Recordatorios de cita y beneficios o servicios relacionados con la salud: Puedo usar y divulgar su PHI para contactarlo 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.
- Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumple con y está limitado a los requisitos relevantes de dicha ley.
- Para actividades de salud pública, incluyendo la denuncia de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o la prevención o reducción de una amenaza seria para la salud o seguridad de cualquier persona.
- Para actividades de supervisión de salud, incluyendo auditorías e investigaciones.
- Para procedimientos judiciales y administrativos, incluyendo la respuesta a una orden judicial o administrativa o citación, aunque mi preferencia es obtener una autorización de usted antes de hacerlo, si así lo permite la corte o funcionarios administrativos.
- Para propósitos de orden público, incluyendo la denuncia de delitos que ocurran en mis instalaciones.
- A forenses o médicos forenses, cuando tales individuos realizan funciones autorizadas por la ley.
- Para fines de investigación, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de pacientes que recibieron una forma de terapia frente a aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.
- Funciones gubernamentales especializadas, incluyendo asegurar la correcta ejecución 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 o están detenidos en instituciones correccionales.
- 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.
- Para solicitudes de donación de órganos y tejidos.

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

Divulgaciones a familiares, amigos u otros: Tiene el derecho y la opción de informarme que puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique está involucrada en su atención o el pago por su atención médica, o compartir su información en una situación de asistencia humanitaria. La oportunidad de consentir puede obtenerse de manera retroactiva en situaciones de emergencia para mitigar una amenaza seria e inmediata para la salud o la seguridad o si usted está inconsciente.

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

Tiene el derecho de pedirme que no use o divulgue cierta PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de salud. No estoy obligado a aceptar su solicitud, y puedo negarme si creo que afectaría su atención médica.

- El Derecho a Solicitar Restricciones para Gastos de Su Propio Bolsillo Pagados en Su Totalidad: Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre la divulgación de su PHI a planes

de salud para fines de pago u operaciones de salud si la PHI se refiere exclusivamente a un ítem o servicio de salud que usted ha pagado de su propio bolsillo en su totalidad.

- El Derecho a Elegir Cómo Le Envío Su PHI: Tiene el derecho de pedirme que lo contacte de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de oficina) o que envíe correspondencia a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.
- El Derecho a Ver y Obtener Copias de Su PHI: Aparte de circunstancias limitadas, tiene el derecho de obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información que tengo sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaré una copia de su registro, o si usted lo acepta, un resumen del mismo, dentro de los 30 días posteriores a recibir su solicitud por escrito. Puede que cobre un costo razonable por este servicio.
- El Derecho de Obtener una Lista de las Divulgaciones que He Realizado: Tiene el derecho de solicitar una lista de ocasiones en las que he divulgado su PHI para propósitos distintos a tratamiento, pago u operaciones de salud, así como otras divulgaciones (como cualquier solicitud particular que me haga). Pregúnteme cómo hacerlo. 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 proporcionaré incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, a menos que solicite un período más corto. Le proporcionaré esta lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, cobraré un costo razonable por cada solicitud adicional.
- El Derecho a Corregir o Actualizar Su PHI: Si usted cree que hay un error en su PHI, o que falta información importante, tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente o que agregue la información faltante. Puedo decir "no" a su solicitud, pero le explicaré por escrito dentro de los 60 días de recibir su solicitud.
- El Derecho a Obtener una Copia en Papel o Electrónica de Este Aviso: Tiene el derecho a obtener una copia en papel de este Aviso, y también tiene el derecho de recibir este Aviso por correo electrónico. Además, aunque haya aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene el derecho de solicitar una copia en papel.
- El Derecho a Elegir a Alguien que Actúe en Su Nombre: Si le ha otorgado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede tomar decisiones sobre su información de salud.
- El Derecho a Revocar una Autorización.
- El Derecho a Optar por No Recibir Comunicaciones y Recaudaciones de Fondos de Nuestra Organización.
- El Derecho a Presentar una Queja: Puede presentar una queja si siente que he violado sus derechos al contactarme utilizando la información en la primera página o al presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles de HHS ubicada en 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, llamando a HHS al (877) 696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaré represalias contra usted por presentar una queja.

VII. CAMBIOS A ESTE AVISO

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 a solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sus derechos, no dude en comunicarse conmigo.