

## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA (NPP)**

**I. Esta notificación describe cómo se puede utilizar su información médica, divulgar y cómo puede acceder a esta información.** Por favor, léela detenidamente.

### **II. Es mi deber legal salvaguardar su información médica protegida (PHI).**

Por ley, debo asegurarme de que su PHI se mantenga privada. La PHI constituye información creada o anotada por mí que puede usarse para identificarlo. Contiene datos sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la prestación de servicios de atención médica para usted o el pago de dicha atención médica. Debo proporcionarle esta notificación sobre mis procedimientos de privacidad. Esta notificación debe explicar cuándo, por qué y cómo usaría y/o divulgar su PHI. El uso de PHI significa cuando comparto, aplico, utilizo, examino y analizo información dentro de mi práctica; la PHI se divulga cuando la libero, transfiero, doy o de otra manera la revelo a un tercero fuera de mi consultorio. Con algunas excepciones, no puedo usar ni divulgar más información sobre su PHI de la que sea necesaria para lograr el propósito para el cual se hizo el uso o la divulgación; sin embargo, siempre estoy legalmente obligado a seguir las prácticas de privacidad descritas en esta notificación.

Tenga en cuenta que me reservo el derecho de cambiar los términos de esta notificación y mis políticas de privacidad en cualquier momento según lo permita la ley. Cualquier cambio se aplicará a la PHI que ya tengo archivada. Antes de realizar cualquier cambio importante en mis políticas, cambiaré inmediatamente esta notificación y publicaré una nueva copia del mismo en mi oficina y en mi sitio web [si corresponde]. También puede solicitarse una copia de este, o puede ver una copia del mismo en mi oficina o en mi sitio web, que se encuentra en [insertar la dirección del sitio web, si corresponde].

### **III. Cómo utilizaré y divulgaré su PHI.**

Utilizaré y divulgaré su PHI por muchos motivos diferentes. Algunos de los usos o divulgaciones requerirán su autorización previa por escrito; otros, sin embargo, no. A continuación encontrará las diferentes categorías de mis usos y divulgaciones, con algunos ejemplos.

**A. Usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o la atención médica**  
**Las operaciones no requieren su consentimiento previo por escrito.** Puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

**1. Para tratamiento:** Puedo usar su PHI dentro de mi práctica para brindarle tratamiento de salud mental, lo que incluye discutir o compartir su PHI con mis practicantes y pasantes. Puedo divulgar su PHI a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros proveedores de atención médica autorizados que le brinden servicios de atención médica o que estén involucrados de otra manera en su atención. Ejemplo: si un psiquiatra lo está tratando, puedo divulgar su PHI para coordinar su atención con cuidado.

**2. Para operaciones de atención médica:** Puedo divulgar su PHI para facilitar el funcionamiento eficiente y correcto de mi consultorio. Ejemplos: Control de calidad – Puede que utilice su PHI para evaluar la calidad de los servicios de atención médica que ha recibido o para evaluar el desempeño de los profesionales de la atención médica que le brindaron estos servicios. También puedo proporcionar su PHI a mis abogados, contadores, consultores y otros para asegurarme de que cumplo con las leyes aplicables.

**3. Para obtener el pago de un tratamiento:** Puedo usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago del tratamiento y los servicios que le he proporcionado. Ejemplo: Puedo enviar su PHI a su compañía de seguros o plan de salud para obtener el pago de los servicios de atención médica que le he proporcionado. También puedo proporcionar su PHI a socios comerciales, como empresas de facturación, empresas de procesamiento de reclamos y otras que procesan reclamos de atención médica para mi consultorio.

**4. Otras divulgaciones:** Ejemplos: No se requiere su consentimiento si necesita tratamiento de emergencia, siempre que intente obtener su consentimiento después de que se le brinde el tratamiento. En caso de que intente obtener su consentimiento pero no pueda comunicarse conmigo (por ejemplo, si está inconsciente o sufre un dolor intenso), pero creo que daría su consentimiento para dicho tratamiento si pudiera, puedo divulgar su PHI.

#### **B. Ciertos otros usos y divulgaciones no requieren su consentimiento**

Puedo usar y/o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

(Nota para los terapeutas: la siguiente lista es una compilación de leyes federales y de California).

**1. Cuando la divulgación sea requerida por la ley federal, estatal o local; procedimientos judiciales, de junta o administrativos; o por la aplicación de la ley.** Ejemplo: Puedo hacer una divulgación a los funcionarios apropiados cuando una ley me exige que informe información a agencias gubernamentales, personal de aplicación de la ley y/o en un procedimiento administrativo.

**2. Si la divulgación es obligada por una de las partes en un procedimiento ante un tribunal de un organismo administrativo en virtud de su autoridad legal.**

**3. Si la divulgación es requerida por una orden de allanamiento emitida legalmente a una agencia gubernamental encargada del cumplimiento de la ley.**

**4. Si el paciente o su representante exigen la divulgación de conformidad con los códigos de salud y seguridad de California o las leyes federales correspondientes estatutos de reglamentos, como la regla de privacidad que requiere esta notificación.**

**5. Para evitar daños.** Puedo proporcionar PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley o a personas que puedan prevenir o mitigar una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona o del público (es decir, una reacción adversa a medicamentos).

**6. Si la divulgación es obligada o permitida por el hecho de que usted se encuentra en tal condición mental o emocional que es peligrosa para usted mismo o para la persona o propiedad de otros, y si determinó que la divulgación es necesaria para prevenir el peligro amenazado.**

**7. Si la divulgación es obligatoria según la ley de denuncia de abuso y negligencia infantil de California.** Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso o negligencia infantil, descuido.

**8. Si la divulgación es obligatoria según la ley de California sobre denuncia de abuso de ancianos o adultos dependientes.** Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso de ancianos o maltrato a adultos dependientes.

**9. Si la divulgación se ve obligada o permitida por el hecho de que usted me informa de una amenaza grave/inminente de violencia física por su parte contra una persona razonablemente víctima o víctimas identificables.**

**10. Para actividades de salud pública.** Ejemplo: En caso de fallecimiento, si se permite o se exige una divulgación, es posible que deba proporcionar información sobre usted al médico forense del condado.

**11. Para actividades de supervisión de la salud.** Ejemplo: Es posible que se me pida que proporcione información para ayudar al gobierno en el curso de una investigación o inspección de una organización o proveedor de atención médica.

**12. Para funciones gubernamentales específicas.** Ejemplos: puedo divulgar información médica protegida de personal militar y veteranos en determinadas circunstancias. También puedo divulgar información médica protegida en interés de la seguridad nacional, como para proteger al presidente de los Estados Unidos o ayudar con operaciones de inteligencia.

**13. Para fines de investigación.** En determinadas circunstancias, puedo proporcionar PHI para: Realizar investigaciones médicas.

**14. Para fines de compensación laboral.** Puedo proporcionar PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral.

**15. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Ejemplos: Puedo usar la PHI para proporcionar recordatorios de citas. Puedo usar la PHI para brindarle información sobre opciones de tratamiento alternativo u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrezco.

**16. Si un árbitro o un panel de arbitraje exige la divulgación,** cuando el arbitraje es solicitado legalmente por cualquiera de las partes, de conformidad con una citación duces tectum (por ejemplo, una citación para registros de salud mental) o cualquier otra disposición que autorice la divulgación en un procedimiento ante un árbitro o panel arbitral.

**17. Si se requiere o permite la divulgación a una agencia de supervisión de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley.** Ejemplo: Cuando lo obligue la ley de los EE. UU. El Secretario del HHS investigará o evaluará mi cumplimiento con las regulaciones HIPAA.

**18. Si la divulgación es requerida específicamente por ley.**

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

Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención o es responsable del pago de su atención médica, a menos que usted se oponga total o parcialmente. Se puede obtener un consentimiento retroactivo en situaciones de emergencia.

**D. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito**

En cualquier otra situación no descrita en las Secciones IIIA, IIIB y IIIC anteriores, solicitaré su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar cualquier información médica protegida sobre usted. Incluso si ha firmado una autorización para divulgar su información médica protegida, puede revocar posteriormente dicha autorización, por escrito, para detener cualquier uso o divulgación futura (suponiendo que no haya tomado ninguna medida posterior a la autorización original) de su información médica protegida por mí.

#### **IV. Los derechos que usted tiene con respecto a su PHI**

##### **A. El derecho a ver y obtener copias de su PHI.**

En general, usted tiene derecho a ver su PHI que esté en mi poder o a obtener copias de la misma; sin embargo, debe solicitarlo por escrito. Si no tengo su PHI, pero sé quién la tiene, le informaré cómo puede obtenerla. Recibirá una respuesta de mi parte dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. En determinadas circunstancias, puedo sentir que debo rechazar su solicitud, pero si lo hago, le daré, por escrito, las razones de la denegación. También le explicaré su derecho a que mi denegación sea rechazada. Revisado. Si solicita copias de su PHI, no le cobraré más de \$0,25 por página. Es posible que considere conveniente proporcionarle un resumen o una explicación de la PHI, pero solo si acepta esto y acepta el costo por adelantado.

##### **B. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI**

Tiene derecho a solicitar que limite el uso y la divulgación de su PHI. Si bien consideraré su solicitud, no estoy legalmente obligado a aceptarla. Si acepto su solicitud, pondré esos límites por escrito y los cumpliré, excepto en situaciones de emergencia. No tiene derecho a limitar los usos y las divulgaciones que estoy legalmente obligado o autorizado a realizar.

##### **C. El derecho a elegir cómo le envío su PHI**

Tiene derecho a solicitar que le envíen su PHI a una dirección alternativa (por ejemplo, enviar la información a su dirección de trabajo en lugar de a su dirección de casa) o por un método alternativo (por ejemplo, por correo electrónico en lugar de correo postal). Estoy obligado a aceptar su solicitud siempre que pueda proporcionarle la PHI en el formato que usted solicitó.

##### **D. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he realizado**

Usted tiene derecho a una lista de las divulgaciones de su PHI que he realizado. La lista no incluirá los usos o divulgaciones a los que usted ya haya dado su consentimiento, es decir, aquellos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, enviados directamente a usted o a su familia; la lista tampoco incluirá divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional, divulgaciones a personal penitenciario o de aplicación de la ley, o divulgaciones realizadas antes del 15 de abril de 2003. Después del 15 de abril de 2003, los registros de divulgación se conservarán durante 6 años.

Responderé a su solicitud de un recuento de las divulgaciones dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. La lista que le daré incluirá las divulgaciones realizadas en los 6 años anteriores (el primer período de 6 años fue 2003-2009) a menos que indique un período más corto. La lista incluirá la

fecha de la divulgación, a quién se divulgó la PHI (incluida su dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada y el motivo de la divulgación. Le proporcionaré la lista sin costo, a menos que haga más de 1 solicitud en el mismo año, en cuyo caso le cobrará una suma razonable basada en una tarifa fija por cada solicitud adicional.

#### **E. El derecho a modificar su PHI**

Si cree que hay algún error en su PHI o que se ha omitido información importante, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o que agregue la información faltante. Su solicitud y el motivo de la solicitud deben realizarse por escrito. Recibirá una respuesta dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. Puedo rechazar su solicitud, por escrito, si encuentro que: la PHI es correcta y completa, (b) está prohibida su divulgación, (c) no forma parte de mis registros o (d) fue escrita por otra persona que no sea yo. Mi rechazo debe ser por escrito y debe indicar los motivos del rechazo. También debe explicar su derecho a presentar una declaración escrita objetando el rechazo. Si no presenta una objeción por escrito, aún tiene derecho a solicitar que su solicitud y mi rechazo se adjunten a cualquier divulgación futura de su PHI. Si apruebo su solicitud, haré los cambios a su PHI. Además, le informaré que se han realizado los cambios y avisaré a todas las demás personas que necesiten saber sobre los cambios en su PHI.

#### **F. El derecho a recibir esta notificación por correo electrónico**

Tiene derecho a recibir esta notificación por correo electrónico. También tiene derecho a solicitar una copia impresa del mismo.

#### **V. Cómo presentar una queja sobre mis prácticas de privacidad**

Si, en su opinión, pude haber violado sus derechos de privacidad, o si se opone a un Si usted presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad, no tomaré ninguna medida de represalia contra usted. Si usted presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad, no tomaré ninguna medida de represalia contra usted.

#### **VI. Persona de contacto para obtener información sobre esta notificación o para presentar una queja sobre mí prácticas de privacidad**

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o alguna queja sobre mis prácticas de privacidad, o si desea saber cómo presentar una queja ante el Secretario del DHHS, comuníquese conmigo a: **[inserte el nombre del terapeuta, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico]**.

#### **VII. RECONOCIMIENTO DE VIGILANCIA**

Reconozco que la instalación, I-BOS Counseling Center, utiliza videovigilancia en áreas comunes como parte de su evaluación de calidad y mejora de las actividades y operaciones de atención médica según lo definido en 45 CFR 164.501 y 164.506. Reconozco y doy mi consentimiento para la grabación de video, con el entendimiento de que las imágenes de dicha grabación pueden usarse solo para operaciones de atención médica de la instalación y no se divulgarán excepto según lo exija o permita la ley.

#### **VIII. Fecha de entrada en vigor de este notificación: Esta notificación entra en vigor a partir del 14 de abril de 2003.**

### NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA (NPP)

He leído atentamente el acuerdo anterior, las políticas de la oficina y la información general. Los entiendo y acepto cumplirlos. Acuso recibo de esta notificación.

---

Nombre del Cliente(en letra de imprenta)	Fecha	Firma
--	-------	-------

---

Nombre del Cliente(en letra de imprenta)	Fecha	Firma
--	-------	-------

---

Nombre del Cliente(en letra de imprenta)	Fecha	Firma
--	-------	-------

---

Terapeuta	Fecha
-----------	-------