

**Fremont Psychotherapy**  
**Graciela M. Fix, MFT**  
**Licensed Marriage and Family Therapist, MFC 47357**

**Aviso de Prácticas de Privacidad**  
**Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA)**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a ella. Por favor lea este documento cuidadosamente.

Cuando usted recibe servicios de salud mental, creo expedientes y a veces obtengo información médica y de salud mental sobre usted. La información tiene que ver con (1) su salud o estado físico pasado, actual o futuro; (2) los servicios de salud mental que usted recibe; y (3) el pago pasado, actual o futuro de salud mental. Esta información se conoce como “información de salud protegida.”

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su información de salud protegida. La información de salud protegida que está en su expediente es confidencial. Esta protección se aplica a toda la información que tengo sobre usted. En ciertas circunstancias puedo usar o divulgar su información de salud protegida sin su permiso, según lo explica este aviso. Solamente utilizaré o divulgaré la información de salud protegida estrictamente necesaria para realizar mi trabajo.

La siguiente lista le indica como podría utilizar o divulgar su información de salud protegida. Si necesito utilizar o divulgar su información de salud protegida por alguna razón diferente a las mencionadas en esta lista, le pediré su autorización por escrito. Si usted me autoriza usar o divulgar su información de salud protegida, puede revocar (negar) esta autorización en el momento que usted lo decida. Si revoca el permiso, no tengo ninguna responsabilidad legal por haber usado o divulgado su información médica antes de saber que usted había revocado el permiso. En caso de que usted firme una autorización para compartir su información de salud protegida con algún otro proveedor de servicios, me comunicaré con usted y seguiré sus instrucciones.

La ley requiere que siga las prácticas de privacidad en la siguiente lista. Me reservo el derecho de hacer cambios a este aviso. Si decido hacer cambios a mis prácticas de privacidad, le informaré de estos cambios por escrito durante su siguiente sesión.

Puedo utilizar y divulgar información sin su autorización en los siguientes casos:

**Para tratamiento:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveerle tratamiento y servicios de salud mental. Por ejemplo, puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida con médicos, psiquiatras y otros proveedores que le dan, le han dado o le darán servicios.

**Para pagos:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida para obtener pagos (de usted, su seguro médico o de terceras personas) por mis servicios. Por ejemplo, puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida con su seguro médico para determinar si tiene beneficios de salud mental o para cobro de mis servicios.

**Para transacciones relacionadas con el cuidado de su salud:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida a su seguro médico o plan de salud con el propósito de administrar y coordinar servicios del cuidado de su salud.

**Para citas y notificaciones:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida para recordarle o avisarle de algún cambio en su cita. Por ejemplo, si estoy enferma puedo pedirle a un(a) colega que se comuniquen con usted para cancelar su cita. Si usted prefiere que no me comunique con usted para avisarle de algún cambio en su cita, por favor solicítelo por escrito y deme instrucciones de como prefiere que me comunique con usted. Aceptaré su petición siempre y cuando sea razonable.

**Para personas involucradas en su cuidado:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida a su familia u otra(s) persona(s) que estén involucrados(as) en su cuidado o pago médico. Por ejemplo,

**Fremont Psychotherapy**  
**Graciela M. Fix, MFT**  
**Licensed Marriage and Family Therapist, MFC 47357**

puedo discutir su condición médica con su hijo(a) adulto encargado(a) de hacer arreglos para su cuidado en el hogar. Si usted desea que no comparta esta información con sus familiares u otras personas encargadas de su cuidado, por favor solicítelo por escrito y seguiré sus instrucciones, siempre y cuando sean razonables. Si usted no está presente o no puede dar su autorización para divulgar su información de salud protegida porque está incapacitado o es una situación de emergencia, usaré mi juicio profesional para determinar si el divulgar esta información es lo que más le conviene a usted. Si decido divulgar esta información a un familiar o amigo(a) cercano(a), únicamente divulgaré la información que sea relevante para su cuidado médico o pago de servicios.

**Para actividades de salud pública:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida a agencias encargadas del cuidado de la salud, conforme a lo que requiere la ley. Por ejemplo, puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida para asistir a el gobierno cuando hace investigaciones, auditoría o inspecciona a un proveedor de servicios u organización.

**Para ciertas agencias gubernamentales:** bajo ciertas circunstancias, como la seguridad nacional, puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida a ciertas agencias gubernamentales, como por ejemplo la Armada de los Estados Unidos o el Departamento de Estado.

**Para investigaciones de abuso y negligencia:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida con el personal médico, policial o judicial si usted u otra(s) persona(s) está(n) en peligro, y la información es necesaria para evitar el daño físico. Si creo que usted está en peligro de hacerse daño, puedo contactar a un familiar o a otra(s) persona(s) que pueden ayudar a protegerlo. Si usted amenaza con hacerle daño a una persona(s), la ley me obliga a denunciarlo a la policía y a avisarle a la posible víctima. También tengo que denunciar el posible maltrato o descuido de un niño(a), adultos vulnerables (personas de 65 años de edad o mayores) y personas que viven en una institución o que no pueden valerse por sí mismos.

**Para procedimientos judiciales y administrativos:** puedo utilizar y divulgar su información de salud protegida en cualquier proceso penal o civil si un juez administrativo o de la corte ha dictado una orden o citación que exija que la divulgue. También la ley requiere que utilice y divulgue su información de salud protegida con las autoridades encargadas de asegurarse de que cumpla con los requisitos de este aviso.

### **Derechos Sobre su Información de Salud Protegida**

**Derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida:** usted puede solicitar por escrito el ver y obtener una copia de su información de salud protegida. Sin embargo, alguna información no puede ser divulgada por razones referentes a su tratamiento y a las leyes federales o estatales. Responderé por escrito a su petición en los siguientes 15 días hábiles después de haber recibido su solicitud. Habrá una tarifa razonable por las copias, las estampillas, y cualquier otro gasto relacionado con la copia de esta información.

**Derecho a solicitar restricciones:** usted puede pedir que limite algunas de las maneras en que uso o divulgo su información de salud protegida. Consideraré su petición pero la ley no me obliga a aceptarla. Si la acepto lo pondré por escrito y la cumpliré, excepto en casos de emergencia. En los casos que la ley lo exige, no puedo limitar el uso o la divulgación de su información de salud protegida.

**Derecho a hacer enmiendas:** si usted cree que su información de salud protegida es incorrecta o está incompleta, puede solicitar por escrito que la corrija o que le añada lo que le hace falta. Responderé por escrito a su petición en los siguientes 30 días hábiles. Me reservo el derecho de negar su petición si no la presenta por escrito y no me informa la razón por la que cree que hay que hacer cambios. También puedo negar su petición si la información o expediente no fueron creados por mí, si parte de la información que usted está solicitando que cambie no es correcta o si no es parte de la información que usted tiene derecho de inspeccionar y copiar.

**Derecho de obtener una lista:** usted puede solicitar por escrito una lista de las divulgaciones y el contenido de su información de salud protegida que he entregado a otras personas durante los últimos 6 años. Yo responderé a su petición en los siguientes 30 días hábiles. La lista no enumera las veces que divulgué su información de salud protegida para tratamiento, pago, administración de la atención médica y

**Fremont Psychotherapy**

**Graciela M. Fix, MFT**

**Licensed Marriage and Family Therapist, MFC 47357**

cumplimiento de la ley. La lista tampoco enumera divulgaciones hechas antes del 14 de Abril del 2003. La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses es gratis. Si usted solicita esta lista frecuentemente, puede haber un cargo. Yo le avisaré de cuanto es el cobro antes de que usted lo incurra, en caso de que cambie de opinión.

**Derecho a pedir un cambio en la forma de comunicación:** usted puede solicitar por escrito que me comunique con usted sobre asuntos de su salud mental en un lugar diferente o una manera distinta. Por ejemplo, usted puede solicitar que me comunique con usted únicamente al teléfono de su trabajo o por correo. Por favor indique como prefiere que me comunique con usted. Aceptaré su petición siempre y cuando sea razonable.

**Derecho a solicitar un copia de este aviso:** usted puede obtener una copia de este aviso cuando lo pida.

**Quejas**

Si usted cree que ha habido una violación en la utilización y divulgación de su información de salud protegida, se puede comunicar o poner una queja con La Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en la siguiente dirección: 200 Independence Ave. SW, Washington, DC 20201 o a la siguiente dirección electronica: <http://hhs.gov>. No habrá represalias en contra suya por comunicarse o poner una queja.

Recibí una copia de el Aviso de Prácticas de Privacidad:

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_