



Urb. Lomas Verdes 2U8 Ave. Laurel
Bayamon PR 00956
939-745-9363
unicomyd@gmail.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE. USTED PUEDE TENER DERECHOS ADICIONALES BAJO LAS LEYES ESTATALES Y LOCALES. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE SALUD, CONSULTE A UN ABOGADO LICENCIADO EN SU ESTADO.

FECHA DE EFECTIVIDAD DE ESTE AVISO

Este aviso entró en vigor el [INSERTAR FECHA].

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (en adelante, “HIPAA”), usted tiene ciertos derechos relacionados con el uso y divulgación de su información médica protegida (en adelante, “PHI”).

I. MI COMPROMISO CON LA INFORMACIÓN DE SALUD

Entiendo que la información sobre su salud y su atención médica es personal. Estoy comprometido(a) a proteger la información sobre su salud. Creo un expediente del cuidado y servicios que usted recibe de mí. Necesito este expediente para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los expedientes de su atención generados por esta práctica de salud mental.

Este aviso le informará las maneras en las cuales puedo usar y divulgar información sobre su salud. También describe sus derechos respecto a la información de salud que mantengo y ciertas obligaciones que tengo respecto al uso y divulgación de su información de salud.

La ley me exige:

- Asegurar que la PHI que lo identifica se mantenga privada.
- Entregarle este aviso sobre mis deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud.
- Cumplir con los términos del aviso actualmente vigente.

Puedo cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios 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 SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en las que utilizo y divulgo información de salud. Para cada categoría explicaré lo que significa e intentaré dar algunos ejemplos. No todos los usos o divulgaciones posibles estarán listados. Sin embargo, todas las maneras permitidas de usar y divulgar información caerán dentro de una de estas categorías.

Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica

Las reglas federales de privacidad permiten a los proveedores de salud que tienen una relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usar o divulgar la información médica personal del paciente/cliente sin autorización escrita, para llevar a cabo sus propias actividades de tratamiento, pago u operaciones de salud.

También puedo divulgar su PHI para actividades de tratamiento de otros proveedores de salud. Esto también puede hacerse sin autorización escrita. Por ejemplo, si un clínico consulta con otro proveedor de salud licenciado sobre su condición, se nos permite usar y divulgar su PHI, que de otro modo sería confidencial, para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud.

También puedo utilizar su PHI para propósitos operacionales, incluyendo:

- Enviar recordatorios de citas.
- Facturación.
- Envío de documentación relacionada.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no están limitadas al estándar de “mínimo necesario”, ya que terapeutas y otros proveedores necesitan acceso al expediente completo para brindar atención de calidad.

El término “tratamiento” incluye, entre otras cosas:

- Coordinación y manejo de servicios médicos con terceros.
- Consultas entre proveedores de salud.
- Referidos de un proveedor a otro.

Demandas y disputas

Si usted está involucrado(a) en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información sobre usted o su(s) hijo(s) menor(es) en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento de prueba u otro proceso legal, 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

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, excepto cuando el uso o divulgación sea:

- Para mi uso en su tratamiento.
- Para entrenamiento o supervisión de profesionales de salud mental.
- Para defenderme en procedimientos legales iniciados por usted.
- Para investigaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) relacionadas con cumplimiento de HIPAA.
- Requerido por ley y limitado a lo exigido por dicha ley.
- Requerido para ciertas actividades de supervisión de salud.
- Requerido por un forense autorizado por ley.
- Necesario para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad.

Propósitos de mercadeo

No utilizaré ni divulgaré su PHI para propósitos de mercadeo sin su consentimiento previo por escrito.

Por ejemplo, si solicito una reseña sobre mis servicios y deseo compartirla públicamente para anunciar mi práctica, le proporcionaré una autorización HIPAA y formulario de relevo.

La autorización HIPAA es necesaria si su reseña contiene PHI, como:

- Su nombre.
- Fecha del servicio.
- Tipo de tratamiento recibido.
- Otros detalles de salud.

Aunque usted no identifique cierta información como PHI, solicitaré autorización independientemente del contenido de la reseña.

Una vez complete la autorización, tendré el derecho legal de usar su reseña con fines publicitarios. Usted puede retirar este consentimiento en cualquier momento mediante solicitud escrita enviada al correo electrónico registrado o por correo certificado.

Tras recibir la revocación escrita:

- Eliminaré la reseña de mi sitio web.
- La removeré de otros lugares donde haya sido publicada.

No puedo garantizar que terceros que hayan copiado la reseña también la eliminen.

Venta de PHI

No venderé su PHI.

IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Sujeto a ciertas limitaciones legales, puedo usar y divulgar su PHI sin autorización para:

- Recordatorios de citas.
 - Informarle sobre alternativas de tratamiento o servicios disponibles.
 - Cuando la ley estatal o federal lo requiera.
 - Actividades de salud pública.
 - Reportar sospecha de abuso infantil, abuso de envejecientes o adultos dependientes.
 - Prevenir amenazas serias a la salud o seguridad.
 - Auditorías e investigaciones.
 - Procesos judiciales y administrativos.
 - Propósitos de ley y orden.
 - Reportar delitos ocurridos en mis instalaciones.
 - Funciones de médicos forenses.
 - Investigación científica.
 - Funciones gubernamentales especializadas.
 - Cumplimiento con leyes de compensación laboral.
 - Donación de órganos y tejidos.
-

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

Divulgaciones a familiares, amistades u otras personas

Usted tiene el derecho de indicarme si puedo compartir su PHI con:

- Un familiar.
- Un amigo(a).
- Otra persona involucrada en su cuidado o pago de servicios médicos.

También puedo compartir información en situaciones de desastre o emergencia. En emergencias, el consentimiento puede obtenerse posteriormente si es necesario para reducir una amenaza inmediata a la salud o seguridad o si usted está inconsciente.

VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADOS CON SU PHI

Derecho a solicitar límites en el uso y divulgación de PHI

Puede solicitar que no use o divulgue cierta PHI para tratamiento, pago u operaciones. No estoy obligado(a) a aceptar la solicitud.

Derecho a solicitar restricciones para gastos pagados completamente de su bolsillo

Puede solicitar restricciones sobre divulgación a planes médicos cuando haya pagado totalmente el servicio de su bolsillo.

Derecho a elegir cómo enviarle PHI

Puede solicitar ser contactado(a) de una manera específica o en una dirección diferente.

Derecho a revisar y obtener copias de su PHI

Tiene derecho a obtener copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información que mantengo sobre usted.

Le proporcionaré:

- Una copia.
- O un resumen.

Dentro de 30 días de recibir la solicitud escrita. Puede aplicarse un cargo razonable.

Derecho a obtener una lista de divulgaciones

Puede solicitar una lista de divulgaciones realizadas para propósitos distintos a tratamiento, pago u operaciones médicas.

Responderé dentro de 60 días.

Derecho a corregir o actualizar PHI

Puede solicitar correcciones si considera que existe un error o falta información importante.

Puedo negar la solicitud, pero explicaré por escrito las razones.

Derecho a obtener copia impresa o electrónica de este Aviso

Tiene derecho a recibir este aviso en papel o electrónicamente.

Derecho a designar a otra persona para actuar en su nombre

Si alguien tiene poder legal médico o es su tutor legal, podrá tomar decisiones sobre su información de salud.

Derecho a revocar una autorización

Derecho a excluirse de comunicaciones y recaudaciones de fondos de nuestra organización

Derecho a presentar una querrela

Puede presentar una querrela si considera que se han violado sus derechos:

- Comunicándose conmigo utilizando la información de contacto de la primera página.
- O presentando una querrela ante la Oficina de Derechos Civiles del HHS:

200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: (877) 696-6775

También puede visitar:

[HHS Office for Civil Rights HIPAA Complaints](#)

No tomaré represalias contra usted por presentar una querrela.

VII. CAMBIOS A ESTE AVISO

Puedo cambiar los términos de este Aviso y dichos cambios aplicarán a toda la información que mantengo sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.