

**Comprehensive Family Counseling, Inc.**  
**9485 SW 72 Street (Sunset Drive)**  
**Suite A-242**  
**Miami, Florida 33173**  
**Telephone 786-534-8386**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, REVÍSE CUIDADOSAMENTE**

**I. MI PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

Entiendo que la información de salud sobre usted y su atención médica es personal. Me comprometí 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 médica sobre usted. También describo sus derechos a la información de salud que guardo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información médica. La ley me exige:

- Asegúrese de que Protected health information que lo identifica se mantenga privada.
- Le dé este aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Siga los términos del aviso que está actualmente en vigor.
- Puedo cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenga sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible bajo petición, en mi oficina y en mi sitio web.

**II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:**

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que utilizo y divulgo información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaré lo que quiero decir y trataré de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

Para el Pago de Tratamiento, u Operaciones de Atención Médica: Las reglas federales de privacidad (regulaciones) permiten a los proveedores de atención médica que tienen relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usar o divulgar la información de salud personal del paciente/cliente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo las propias operaciones de tratamiento, pago o atención médica del proveedor de atención médica. También puedo divulgar su información médica 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 otro proveedor de atención médica con licencia sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar la información médica de su persona, que de otro modo es confidencial, con el fin de ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud mental.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no se limitan 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 proporcionar atención de calidad. La palabra "tratamiento" incluye, entre otras cosas, la coordinación y gestión de los proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores de atención médica y referencias de un paciente para la atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

Demandas y disputas: Si usted está involucrado en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información médica sobre su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

### III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

1. **Notas de psicoterapia.** Guardo "notas de psicoterapia" como se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su Autorización a menos que el uso o divulgación será. Para mi uso en el tratamiento debido Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en el grupo, articular, familia o asesoramiento o terapia individual.c. Por mi uso en la defensa de mí mismo en los procedimientos legales iniciados por usted.d. Para su uso por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.e. Requerido por la ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.f. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud pertenecientes al originador de las notas de psicoterapia.g. Requerido por un forense que está desempeñando funciones autorizadas por law.h. Necesario para ayudar a evitar una seria amenaza para la salud y la seguridad de los demás.
2. **Fines de marketing.** Como psicoterapeuta, no usaré ni revelaré su PHI con fines de marketing.
3. **Venta de Protected health información.** Como psicoterapeuta, no venderé tu PHI en el curso regular de mi negocio.

### IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.

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

1. Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumple y se limita a los requisitos pertinentes de dicha ley.
2. Para actividades de salud pública, incluyendo reportar presuntos abusos de niños, ancianos o adultos dependientes, o prevenir o reducir 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, incluyendo responder a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es obtener una autorización de usted antes de hacerlo.
5. Para fines policiales, incluyendo la denuncia de crímenes ocurridos en mis instalaciones.
6. A los forenses o médicos forenses, cuando dichas personas están desempeñando funciones autorizadas por la ley.
7. Con fines de investigación, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.
8. Funciones gubernamentales especializadas, incluyendo, garantizar la correcta ejecución de las misiones militares; proteger al presidente de los Estados Unidos; llevar a cabo operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o, ayudando a garantizar la seguridad de aquellos que trabajan dentro o alojados en instituciones correccionales.
9. A efectos de compensación de los trabajadores. Aunque mi preferencia es obtener una Autorización de usted, puedo proporcionar su PHI con el fin de cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores.
10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted para 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 TENGA LA OPORTUNIDAD DE Oponerse.**

*Revelaciones a familiares, amigos u otros. Puedo proporcionar su PHI a un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención o el pago de su atención médica, a menos que se oponga total o parcialmente. La oportunidad de consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.*

## **VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE PRIVATE HALTH:**

1. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su información personal de salud (PHI). Usted tiene derecho a pedirme que no use o divulgue cierta PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a aceptar su solicitud, y puedo decir "no" si creo que afectaría su atención médica.
2. El derecho a solicitar restricciones para los gastos de su bolsillo pagados en su totalidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en las divulgaciones de su PHI a los planes de salud para fines de pago o operaciones de atención médica si la PHI pertenece únicamente a un artículo de atención médica o a un servicio de atención médica que haya pagado por su bolsillo en su totalidad.
3. El derecho a elegir cómo le envío PHI. Usted tiene derecho a pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que envíe correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.
4. El derecho a ver y obtener copias de su PHI. Aparte de las "notas de psicoterapia", usted tiene derecho a obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información que yo tenga sobre usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen de él, si acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito, y puedo cobrar una tarifa razonable basada en costos por hacerlo.
5. El derecho a obtener una lista de las revelaciones que he hecho. Usted tiene derecho a solicitar una lista de casos en los que he divulgado su PHI para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para los que me proporcionó una autorización. Responderé a su solicitud de una contabilidad de divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daré incluirá revelaciones hechas en los últimos seis años a menos que solicite un tiempo más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo alguno, pero si hace más de una solicitud en el mismo año, le cobraré una tarifa razonable basada en costos 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 una información importante de su PHI, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o agregue la información que falta. Puedo decir "no" a su solicitud, pero le diré por escrito dentro de los 60 días de recibir su solicitud.
7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este Aviso. Usted 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 usted ha aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel de la misma.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSE CUIDADOSAMENTE.

### **I. MI PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

Entiendo que la información de salud sobre usted y su atención médica es personal. Me comprometí 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 médica sobre usted. También describo sus derechos a la información de salud que guardo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información médica. La ley me exige:

- Asegúrese de que la información de salud protegida ("PHI") que lo identifica se mantenga privada.
- Le dé este aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Siga los términos del aviso que está actualmente en vigor.
- Puedo cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenga sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible bajo petición, en mi oficina y en mi sitio web.

## II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED:

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que utilizo y divulgo información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaré lo que quiero decir y trataré de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

Para el Pago de Tratamiento, u Operaciones de Atención Médica: Las reglas federales de privacidad (regulaciones) permiten a los proveedores de atención médica que tienen relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usar o divulgar la información de salud personal del paciente/cliente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo las propias operaciones de tratamiento, pago o atención médica del proveedor de atención médica. También puedo divulgar su información médica 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 otro proveedor de atención médica con licencia sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar la información médica de su persona, que de otro modo es confidencial, con el fin de ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud mental.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no se limitan 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 proporcionar atención de calidad. La palabra "tratamiento" incluye, entre otras cosas, la coordinación y gestión de los proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores de atención médica y referencias de un paciente para la atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

Demandas y disputas: Si usted está involucrado en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información médica sobre su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

## III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

1. **Notas de psicoterapia.** Guardo "notas de psicoterapia" como se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su Autorización a menos que el uso o divulgación será. Para mi uso en el tratamiento debido Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en el grupo, articular, familia o asesoramiento o terapia individual.c. Por mi uso en la defensa de mí mismo en los procedimientos legales iniciados por usted.d. Para su uso por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.e. Requerido por la ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.f. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud pertenecientes al originador de las notas de psicoterapia.g. Requerido por un forense que está desempeñando funciones autorizadas por law.h. Necesario para ayudar a evitar una seria amenaza para la salud y la seguridad de los demás.
2. **Fines de marketing.** Como psicoterapeuta, no usaré ni revelaré su PHI con fines de marketing.
3. **Venta de PHI.** Como psicoterapeuta, no venderé tu PHI en el curso regular de mi negocio.

#### **IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.**

Sujeto a ciertas limitaciones en la ley, puedo usar y divulgar su información Protected health información su Autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumple y se limita a los requisitos pertinentes de dicha ley.
2. Para actividades de salud pública, incluyendo reportar presuntos abusos de niños, ancianos o adultos dependientes, o prevenir o reducir 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, incluyendo responder a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es obtener una autorización de usted antes de hacerlo.
5. Para fines policiales, incluyendo la denuncia de crímenes ocurridos en mis instalaciones.
6. A los forenses o médicos forenses, cuando dichas personas están desempeñando funciones autorizadas por la ley.
7. Con fines de investigación, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.
8. Funciones gubernamentales especializadas, incluyendo, garantizar la correcta ejecución de las misiones militares; proteger al presidente de los Estados Unidos; llevar a cabo operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o, ayudando a garantizar la seguridad de aquellos que trabajan dentro o alojados en instituciones correccionales.
9. A efectos de compensación de los trabajadores. Aunque mi preferencia es obtener una Autorización de usted, puedo proporcionar su PHI con el fin de cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores.
10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted para 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 TENGA LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE.**

**Revelaciones a familiares, amigos u otros. Puedo proporcionar su PHI a un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención o el pago de su atención médica, a menos que se oponga total o parcialmente. La oportunidad de consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.**

#### **VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU PRIVATE HEALTH:**

1. El derecho a solicitar límites a los usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene derecho a pedirme que no use o divulgue cierta PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a aceptar su solicitud, y puedo decir "no" si creo que afectaría su atención médica.
2. El derecho a solicitar restricciones para los gastos de su bolsillo pagados en su totalidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en las divulgaciones de su PHI a los planes de salud para fines de pago o operaciones de atención médica si la PHI pertenece únicamente a un artículo de atención médica o a un servicio de atención médica que haya pagado por su bolsillo en su totalidad.
3. El derecho a elegir cómo le envío PHI. Usted tiene derecho a pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que envíe correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.
4. El derecho a ver y obtener copias de su PHI. Aparte de las "notas de psicoterapia", usted tiene derecho a obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información que yo tenga sobre usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen de él, si acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito, y puedo cobrar una tarifa razonable basada en costos por hacerlo.

5. El derecho a obtener una lista de las revelaciones que he hecho. Usted tiene derecho a solicitar una lista de casos en los que he divulgado su PHI para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para los que me proporcionó una autorización. Responderé a su solicitud de una contabilidad de divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daré incluirá revelaciones hechas en los últimos seis años a menos que solicite un tiempo más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo alguno, pero si hace más de una solicitud en el mismo año, le cobraré una tarifa razonable basada en costos 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 una información importante de su PHI, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o agregue la información que falta. Puedo decir "no" a su solicitud, pero le diré por escrito dentro de los 60 días de recibir su solicitud.
7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este Aviso. Usted 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 usted ha aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia en papel de la misma.

**Comprehensive Family Counseling, INC.  
9485 SW 72 STREET – SUITE A-242  
MIAMI, FLORIDA 33173  
TELÉFONO: 786-534-8386**

**FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO**

Fecha \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de la recepción del aviso de privacidad (HIPAA)**

**Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Al firmar a continuación, usted está reconociendo que ha recibido una copia del Aviso hipaa de prácticas de privacidad.**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

***Firma del paciente:*** \_\_\_\_\_

***Fecha:*** \_\_\_\_\_

***Imprime nombre:*** \_\_\_\_\_