

HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha Efectiva: 04-14-03

Creative Family Counseling, LLC,
4330 South Lee St, Suite 600-A, Buford, GA 30518

Este **Aviso de Prácticas de Privacidad** describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente y discuta cualquier pregunta o inquietud con su terapeuta.

La ley federal y estatal me exige que mantenga la privacidad y seguridad de su información médica protegida ("PHI") y que le proporcione este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"). Debo cumplir con los términos de este Aviso, y debo notificarle si ocurre un incumplimiento de su PHI sin garantía. Puedo cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y cualquier cambio se aplicará a toda la información que tengo sobre usted. El nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad estará disponible para usted en su próxima cita o puede solicitar una copia del Aviso más reciente en cualquier momento. Excepto para los propósitos específicos expuestos a continuación, usaré y revelaré su PHI solamente con su autorización por escrito ("Autorización"). Es su derecho de revocar dicha autorización en cualquier momento, dándome un aviso por escrito de su revocación.

USO Y DIVULGACIÓN DE PHI PARA PROPORCIONAR SERVICIOS

La prestación de servicios de tratamiento, la recaudación de pagos y la realización de operaciones de atención médica son actividades necesarias para la atención de calidad. Las leyes estatales y federales nos permiten usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

Para su tratamiento. Puedo usar y divulgar su PHI para tratarlo, lo que puede incluir revelar su PHI a otro profesional de la salud. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por un médico o un psiquiatra, puedo divulgar su PHI a él o ella para ayudar a coordinar su cuidado. Excepto en casos de emergencia, es mi práctica pedir su autorización por escrito antes de cualquier consulta.

Para obtener el Pago. Puedo usar y revelar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios proporcionados por mí a usted. Por ejemplo, podría usar y divulgar su PHI a su compañía de seguros para verificar sus beneficios y cobertura de seguro, procesar reclamos y cobrar tarifas. Al comienzo del tratamiento, le pediré su autorización para hacerlo.

Para operaciones de atención médica. Puedo usar y revelar su PHI con el propósito de llevar a cabo operaciones de atención médica relacionadas con mi práctica, incluyendo ponerse en contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, es posible que deba revelar su PHI al personal de la oficina, contadores o abogados para obtener asesoramiento sobre el cumplimiento de las prácticas y leyes aplicables.

Requerido por la ley. Cuando la revelación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumple con los requisitos pertinentes de dicha ley y se limita a los mismos.

Para actividades de salud pública, incluyendo reportar sospechas de abuso infantil, anciano o dependiente de adultos, o prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona.

Para actividades de supervisión de la salud, incluidas auditorías e investigaciones.

Para procedimientos judiciales y administrativos, incluyendo responder a una orden judicial o administrativa, o una orden de registro, aunque mi preferencia es obtener una Autorización de usted antes de hacerlo.

Para propósitos de aplicación de la ley, incluyendo reportar crímenes que ocurren en mis instalaciones.

A los forenses, examinadores médicos y directores de funerarias cuando éstos desempeñan funciones autorizadas por la ley.

Para propósitos de investigación, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia versus los que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.

Funciones especiales del gobierno, entre ellas, asegurar la correcta ejecución de las misiones militares; Proteger al Presidente de los Estados Unidos; Realizar operaciones de inteligencia o contrainteligencia; O ayudar a garantizar la seguridad de quienes trabajan dentro o en instituciones penitenciarias.

Para propósitos de compensación de trabajadores. Aunque mi preferencia es obtener una autorización de usted, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.

Para recordatorios de citas. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted para recordarle que tiene una cita conmigo o para darle información sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que usted pueda necesitar o puede ser de su interés.

Comunicaciones con familiares, amigos u otros. Puedo divulgar su PHI a la persona que usted nombró en su Poder Duradero de Cuidado de la Salud (si tiene uno) o a un amigo o miembro de la familia que es su representante personal.

Menores. Si usted es un menor de edad (menor de 18 años), es posible que tenga que divulgar ciertos tipos de información a sus padres o tutor de acuerdo con la ley aplicable.

Si la Divulgación de otra manera esta específicamente requerida por la ley.

CIERTOS USOS Y REVELACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

En cualquier otra situación que no esté cubierta por este aviso, solicitaré su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI. Si elige autorizar el uso o la divulgación, puede revocar esta autorización notificándome por escrito su decisión. Usted entiende que soy incapaz de recuperar las revelaciones que ya han sido hechas con su permiso. También continuaré cumpliendo con las leyes que requieren ciertas revelaciones. También estoy obligado por ley a mantener ciertos registros de la atención que se le ha proporcionado a usted.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

El derecho a solicitar límites sobre usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene el derecho de pedirme que no use o revele cierta PHI para propósitos 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. Usted no tiene el derecho de limitar los usos o revelaciones que estoy legalmente obligado o permitido hacer.

El derecho a solicitar restricciones para gastos de bolsillo pagados en su totalidad. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre las revelaciones de su PHI a los planes de salud para propósitos de operaciones de pago o de atención médica si la PHI pertenece únicamente a un artículo de atención médica o un servicio de salud que usted pagó por su bolsillo en su totalidad.

El derecho a elegir cómo le envío PHI. Usted tiene el derecho de pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, su teléfono de casa en vez de teléfono de la oficina) o enviar correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las peticiones razonables.

El derecho a ver y obtener copias de su PHI. En general, usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información que tengo sobre usted. Sin embargo, debe solicitarlo por escrito. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen de ella, si acepta recibir un

resumen, dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito, y puedo cobrar un honorario razonable basado en el costo por hacerlo.

El derecho a obtener una lista de las revelaciones que he hecho. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de casos en los que he revelado su PHI para propósitos diferentes al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud o para los cuales usted me ha proporcionado una Autorización. Responderé a su solicitud de una contabilidad de divulgaciones dentro de 60 días de recibir su solicitud. La lista que le daré incluirá las revelaciones hechas en los últimos seis años a menos que usted solicite un tiempo más corto. Le proporcionaré la lista sin costo alguno, pero si hace más de una solicitud en el mismo año, le cobrará un costo razonable basado en la tarifa 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 una información importante de su PHI, tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente o agregue la información que falta. Puedo decir "no" a su petición, pero le diré por qué por escrito dentro de 60 días de recibir su solicitud.

El derecho de obtener una copia en papel o electrónica de este aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este Aviso, y usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso por correo electrónico. Y, incluso si ha aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene el derecho de solicitar una copia en papel del mismo.

COMO QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si piensa que puede haber violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja conmigo, como Oficial de Privacidad para mi práctica. Mi dirección y número de teléfono están al principio de este documento. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaré represalias contra usted si presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad.

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN: 11-24-2018