

## **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

**I. ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REPÁSELO CUIDADOSAMENTE.**

**II. ES MI DEBER LEGAL SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS).**

La ley me requiere asegurar que su IPS se mantenga privada. Su IPS constituye información creada o conocida por mí que pueda ser utilizada para identificarle. Esta contiene datos sobre su salud o condición pasada, presente, o futura, sobre el proveerle servicios de cuidado médico, o el pago por dichos servicios de salud. Me requieren proveerle este aviso sobre mis procedimientos de privacidad. Esta notificación debe explicar cuándo, por qué, y cómo usaría y/o divulgaría su IPS. El Uso de su IPS significa cuando comparto, aplico, utilizo, examino, o analizo información dentro de mi práctica; la IPS es divulgada cuando yo la cedo, transfiero, doy, o revelo de otra manera a terceras personas fuera de mi práctica. Con algunas excepciones, puede que yo no utilice o divulgue más de su IPS que lo que sea necesario para lograr el propósito de la divulgación; sin embargo, yo siempre soy requerido(a) legalmente a seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Observe por favor que reservo el derecho a cambiar los términos de este aviso y mis prácticas de privacidad en cualquier momento según lo permite la ley. Cualquier cambio se aplicará a su IPS ya archivado conmigo. Antes de que haga cualquier cambio importante a mis prácticas, cambiaré inmediatamente este aviso y exhibiré una copia nueva del mismo en mi oficina y en mi website. Usted también puede pedirme una copia de este aviso, o ver una copia en mi oficina o en mi website, el cual está localizado en [WWW.DRIRINAZAMORA.COM](http://WWW.DRIRINAZAMORA.COM).

### **III. CÓMO UTILIZARÉ Y DIVULGARÉ SU IPS.**

Utilizaré y divulgaré su IPS por muchas razones diversas. Algunos de los usos o divulgaciones requerirán su autorización escrita por anticipación; otras, sin embargo, no. A continuación encontrará las diferentes categorías de mis usos y divulgaciones, con algunos ejemplos.

**A. Usos y Divulgaciones Relacionados al Tratamiento, El Pago, o las Operaciones de Cuidado Médico No Requieren Su Consentimiento Escrito con Anticipación. Yo puedo utilizar y divulgar su IPS sin su consentimiento por las razones siguientes:**

**1. Para tratamiento. Puedo utilizar su IPS dentro de mi práctica para proveerle tratamiento de salud mental, incluyendo discutir o compartir su IPS con mis aprendices e internos. Puedo divulgar su IPS a médicos, psiquiatras, psicólogos, y otros proveedores licenciados de cuidado médico que le proveen servicios de cuidado médico o están implicados de otra manera en su cuidado. Por ejemplo: Si un psiquiatra está tratándole, puedo divulgar su IPS a ella o a él para coordinar su tratamiento.**

**2. Para las operaciones del cuidado médico. Puedo divulgar su IPS para facilitar la operación eficiente y correcta de mi práctica. Por ejemplo: Para control de calidad - puede ser que utilice su IPS en la evaluación de la calidad de los servicios del cuidado médico que usted ha recibido o para evaluar el desempeño de los profesionales de cuidado médico que le proveyeron a usted estos servicios. También puedo proporcionar su IPS a mis abogados, contables, consultores, y a otros para cerciorarse de que esté en conformidad con leyes pertinentes.**

**3. Para obtener pago por el tratamiento. Puedo utilizar y divulgar su IPS para mandar la cuenta y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcioné. Por ejemplo: puede que envíe su IPS a su compañía de seguro o a su plan de salud para conseguir pago por los servicios de cuidado de salud que le he proporcionado. Podría también proporcionar su IPS a socios, tales como compañías de cobro, a compañías que procesan facturas, y a otras compañías que procesan facturas de cuidado de salud para mi oficina.**

**4. Otras divulgaciones. Ejemplos: Su consentimiento no es requerido si usted necesita tratamiento de emergencia, con la condición de que trate de conseguir su consentimiento después de recibir el tratamiento. En caso de que intente conseguir su consentimiento pero usted no puede comunicarse conmigo (por ejemplo, si usted está inconsciente o teniendo dolor intenso) pero yo pienso que usted consentiría a tal tratamiento si pudiera, yo podría divulgar su IPS.**

**B. Ciertos Otros Usos y Divulgaciones No Requieren Su Consentimiento. Puedo utilizar y/o divulgar su IPS sin su consentimiento o autorización por las razones siguientes:**

**1. Cuando la divulgación es requerida por la ley federal, estatal, o local; por procedimientos judiciales, de junta, o administrativos; o, agencia de ejecución de la ley. Ejemplo: Puedo hacer una divulgación a los funcionarios apropiados cuando una ley me requiere divulgar información a agencias estatales, personal de ejecución de la ley y/o durante un procedimiento administrativo.**

**2. Si la divulgación es forzada por una de las partes de un procedimiento frente a una corte de una agencia administrativa conforme a su autoridad legal.**

**3. Si la divulgación es requerida por una orden de registro emitida legalmente a una agencia gubernamental de ejecución de la ley.**

**4.** Si el paciente o el representante del paciente obliga la divulgación de acuerdo con los códigos de salud y seguridad de California o a los estatutos federales de regulaciones correspondientes, por ejemplo la Regla de Privacidad que requiere esta notificación.

**5. Para evitar daño.** Puedo proporcionar su IPS al personal de ejecución de la ley o personas capaces de prevenir o de atenuar una amenaza seria a la salud o a la seguridad de una persona o el público (i.e., reacción adversa a medicinas).

**6.** Si la divulgación es requerida o permitida por el hecho de que usted esté en condiciones mentales o emocionales tales como el ser un peligro a si mismo, a otros, o a la propiedad de otros, y si yo determino que la divulgación es necesaria para prevenir el peligro presente.

**7.** Si la divulgación es mandada por la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia de Niños de California. Por ejemplo, si tengo sospecha razonable de abuso o negligencia de niños.

**8. Si la divulgación es mandada por la Ley de Reporte de Abuso y Negligencia de Ancianos y Adultos Dependientes de California.** Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso de ancianos o adultos dependientes.

**9.** Si la divulgación es mandada o permitida por el hecho de que usted me diga de una amenaza seria/inminente de violencia de parte de usted contra una víctima o víctimas razonablemente identificables.

**10. Para actividades de salud pública.** Ejemplo: En caso de su muerte, si se permite o se obliga una divulgación, puedo necesitar dar la información sobre usted al médico forense del condado.

**11. Para actividades de supervisión de salud.** Ejemplo: Puedo ser requerido a proporcionar información para asistir al gobierno en el curso de una investigación o inspección de una organización o de un proveedor de cuidado de salud.

**12. Para funciones específicas del gobierno.** Ejemplos: Puedo divulgar IPS de personal militar y de veteranos militares bajo ciertas circunstancias. También puedo divulgar IPS en los intereses de la seguridad nacional, tales como la protección del Presidente de los Estados Unidos o asistiendo con operaciones de inteligencia.

**13. Para propósitos de investigación.** En ciertas circunstancias, puedo proporcionar IPS para conducir investigación médica.

**14. Para propósito de Remuneración De Trabajadores.** Puedo proporcionar IPS para cumplir con las leyes de Remuneración de Trabajadores.

**15. Recordatorios de citas y ventajas o servicios relacionados de la salud.** Ejemplos: Puedo utilizar IPS para proveer recordatorios de citas. Puedo utilizar IPS para darle información sobre opciones alternativas de tratamiento, u otros servicios de cuidado médico o beneficios que ofrezco.

**16. Si un árbitro o panel de arbitraje obliga la divulgación**, cuando el arbitraje es solicitado legalmente por cualquiera de las partes, conforme a la citación *duces tectum* (e.g., una citación para producir expedientes de salud mental) o cualquier otra disposición autorizando divulgación en un procedimiento frente a un árbitro o a un panel de arbitraje.

**17. Si la divulgación es requerida o permitida a una agencia de supervisión de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley.** Ejemplo: Cuando sea obligado por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los E.U. para investigar o para determinar mi conformidad con regulaciones de HIPAA.

**18.** Si la divulgación está de otra manera requerida específicamente por la ley.

### **C. Ciertos Usos y Divulgaciones Requieren el que Usted Tenga la Oportunidad a Objetar.**

**1. Divulgaciones a la familia, a los amigos, o a otros.** Puedo proporcionar su IPS a un miembro de la familia, a un amigo, o a otro individuo a quién usted indica que está envuelto en su cuidado o es responsable del pago por su cuidado médico, a menos que usted se oponga completamente o parcialmente. Consentimiento retroactivo puede ser obtenido en situaciones de emergencia.

**D. Otras Aplicaciones y Divulgaciones Requieren su Autorización Escrita con Anticipación.** En cualquier otra situación no descrita en las secciones IIIA, IIIB, e IIIC descritas anteriormente, yo solicitaré su permiso escrito antes de usar o de divulgar cualquiera de su IPS. Aún si usted ha firmado una autorización para divulgar su IPS, usted puede revocar dicha autorización más adelante, por escrito, para detener cualquier uso y divulgación en el futuro (asumiendo que no he tomado ninguna acción después de la autorización original) de su IPS por mí.

## **IV. QUÉ DERECHOS USTED TIENE CON RESPECTO A SU IPS**

Los siguientes son sus derechos con respecto a su IPS:

**A. El Derecho de Ver y de Obtener copias de su IPS.** En general, usted tiene el derecho de ver su IPS en mi posesión, o conseguir copias de ella; sin embargo, usted debe solicitarla por escrito. Si yo no tengo su IPS, pero sé quién la tiene, le aconsejaré cómo puede conseguirla. Usted recibirá una respuesta de mí parte en un plazo de 30 días a partir de cuando recibí su petición escrita. Bajo ciertas circunstancias, puedo sentirme que debo negar su petición, pero si lo hago, le daré por escrito las razones por las cuales niego su petición. También le explicaré sus derechos para que mi negación sea revisada.

Si usted pide copias de su IPS, yo le cobraré no más que \$.25 por página. Puede ser que crea que sea apropiado proveerle con un resumen o una explicación de la IPS, pero solamente si usted está de acuerdo, así como con el costo, de antemano.

**B. El Derecho de Solicitar Límites en Usos y Divulgaciones de su IPS.** Usted tiene el derecho de pedir que limite cómo utilizo y divulgo su IPS. Aunque consideraré su petición, no estoy obligado(a) legalmente a estar de acuerdo. Si estoy de acuerdo con su petición, pondré esos límites por escrito y los seguiré excepto en situaciones de emergencia. Usted no

tiene el derecho a limitar el uso y las divulgaciones que me requieren o están permitidas por la ley.

**C. El Derecho a Elegir Cómo le Envío su IPS. Es su derecho pedir que su IPS le sea enviada a una dirección alterna (por ejemplo, que se le envíe la información a su dirección de trabajo en vez de a su dirección residencial) o por un método alternativo (por ejemplo, vía correo electrónico en vez de por correo regular). Estoy obligado(a) a acceder con su petición siempre que pueda darle la IPS, en el formato que usted solicitó, sin inconveniencia excesiva. Yo puedo pedirle, pero no requerirle, una explicación en cuanto a la base para su petición como condición para proporcionar comunicaciones de una manera confidencial.**

**D. El Derecho a Conseguir una Lista de las Divulgaciones que He Hecho. Usted tiene derecho a una lista de las divulgaciones de su IPS que yo haya hecho. La lista no incluirá los usos o las divulgaciones a los cuales usted ha consentido ya, i.e., para el tratamiento, pago, u operaciones de cuidado médico, las enviadas directamente a usted o a su familia; la lista tampoco incluirá las divulgaciones hechas para propósitos de seguridad nacional, a personal de correcciones o a personal de ejecución de la ley, o divulgaciones hechas antes del 15 de abril del 2003. Después del 15 de abril del 2003, registros de las divulgaciones serán mantenidos por seis años.**

**Yo responderé a su pedido por una lista de divulgaciones en un plazo de 60 días desde el momento de recibir su petición. La lista que le daré incluirá las divulgaciones hechas dentro de los seis años anteriores (el primer período de seis años corresponde al 2003-2009) a menos que usted indique un período más corto. La lista incluirá la fecha de la divulgación, a quién la IPS fue divulgada (incluyendo su dirección, si es conocida), una descripción de la información divulgada, y la razón para la divulgación. Le proporcionaré la lista sin ningún costo, a menos que usted haga más de una petición en el mismo año, en cuyo caso le cobraré una suma razonable basada en un honorario establecido para cada petición adicional.**

**E. El Derecho de Enmendar su IPS. Si usted cree que hay un error en su IPS o que información importante ha sido omitida, es su derecho solicitar que yo corrija la información existente o añada la información que falta. Su pedido especificando la razón para su petición debe hacerse por escrito. Usted recibirá una respuesta en un plazo de 60 días desde el momento en que reciba su petición. Yo puedo negar su petición, por escrito, si encuentro lo siguiente: La IPS es (a) correcta y completa, (b) prohibida a ser divulgada, (c) no es parte de mis expedientes, o (d) escrita por alguien que no soy yo. Mi negación debe ser por escrito y debe indicar las razones de la negación. Debe también explicar su derecho a archivar una declaración escrita objetando a la negación. Si usted no archiva una objeción escrita, usted todavía tiene el derecho a pedir que su petición y mi negación se incluyan con cualquier divulgación futura de su IPS. Si yo apruebo su petición, haré el(los) cambio(s) a su IPS. Además, le informaré que se han realizado los cambios, y yo le avisaré a todos los otros que necesiten saber sobre el(los) cambio(s) a su IPS.**

**F. El Derecho a Recibir este Aviso por Correo Electrónico. Usted tiene el derecho a recibir este aviso por correo electrónico. Usted también tiene el derecho a pedir una copia por**

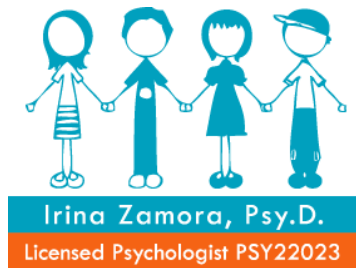
escrito (o en papel) de este aviso.

#### **V. COMO QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si, en su opinión, yo puedo haber violado sus derechos de privacidad, o si usted se opone a alguna decisión que hice sobre la divulgación de su IPS, usted tiene el derecho a someter una queja con la persona identificada en la sección VI siguiente. Usted también puede enviar su queja por escrito a la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. Si usted archiva una queja sobre mis prácticas de privacidad yo no tomaré ninguna acción vengativa contra usted.

#### **VI. PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE PARA INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si usted tiene cualquier pregunta sobre este aviso o cualquier queja sobre mis prácticas de privacidad, o quisiera saber cómo archivar una queja con la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, por favor comuníquese conmigo como sigue: *Irina Zamora, Psy.D, 21231 Hawthorne Blvd, Torrance, CA 90503, (310)-213-1814, [info@dririnzamora.com](mailto:info@dririnzamora.com).*



## Reconocimiento del Recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia de la  
Notificación de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

*Nombre del Paciente:* \_\_\_\_\_

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

Es su derecho declinar el firmar este documento.

### Para El Uso De la Oficina Solamente:

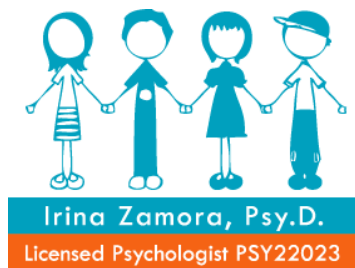
La razón por la cual no se obtuvo un reconocimiento estándar (como el antedicho) del recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad:

\_\_\_\_\_ El paciente rechazó firmar.

\_\_\_\_\_ Barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento.

\_\_\_\_\_ Una situación de emergencia previno a esta oficina de obtenerlo.

\_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_



## CONFIDENCIALIDAD

Toda la información divulgada dentro de sesiones y los expedientes escritos con referencia a esas sesiones son confidenciales y no pueden ser revelados a ninguna persona sin su permiso escrito (del cliente), excepto donde la divulgación es requerida por la ley. La ley requiere que un sicoterapeuta o psicólogo reporte a las autoridades indicadas si se entera que un cliente es un peligro a sí mismo o a otras personas. Igualmente, se le requiere a un sicoterapeuta o psicólogo que haga un reporte de instancias de abuso de niños, abuso sexual, o de personas mayores. Que están ocurriendo en el presente, o hayan ocurrido en el pasado.

Tal reporte será hecho de acuerdo a la ley y con el propósito de asegurar la seguridad, salud, y bienestar de nuestros clientes y la comunidad.

Su firma abajo indica que usted ha leído esta declaración, entiende su contenido, y acepta estas condiciones de tratamiento para su hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo/a

\_\_\_\_\_  
Fecha