



NOTIFICACION DE LAS POLITICAS Y PRACTICAS DE HIPAA PARA PROTEGER LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD

A NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION DE SALUD MENTAL, SICOLOGICA, Y MEDICA PUEDE UTILIZARSE O SE REVELA Y COMO USTED PUEDE ACCESAR ESTA INFORMACION

***** POR FAVOR REVISE/FIRME Y LE DAREMOS UNA COPIA PARA SU ARCHIVO *****

- ❖ Información de Salud Protegida (**ISP**) (*Protected Health Information – PHI en Inglés*) se refiere a la información de salud que existe en su archivo que puede identificarle.
- ❖ El uso solamente se aplica a actividades dentro de esta oficina tales como compartir, aplicar, utilizar, examinar y analizar información que le identifique.
- ❖ Revelar se aplica a actividades fuera de esta oficina tales como emitir, transferir, o dar acceso a su información a otros.

I. Usos y Revelación de información para propósitos de Tratamiento, Pago, y Operativos de los Cuidados de Salud Mental:

- Tratamiento es cuando accedamos, proveemos, y coordinamos sus cuidados de salud mental. Un ejemplo del tratamiento sería cuando consultemos con otro proveedor de salud tal como su médico familiar, siquiátra, y sicólogo.
- Pagos es cuando obtenemos pagos por el tratamiento y servicios que proveemos. Ejemplos de pagos son cuando revelamos su ISP a su seguro médico para obtener reembolso por sus cuidados de salud o determinar su elegibilidad y cobertura bajo su póliza de seguro médico.
- Operativos de los Cuidados de Salud Mental son las actividades relativas al desempeño y operativos de nuestra oficina. Ejemplos son mejorar la calidad de servicios, evaluaciones, auditorías, y administración de casos/ coordinación de casos.

II. Usos y Revelación de Información Requieren Autorización:

A.M.A. Counseling Services, LLC podría utilizar o revelar su ISP con propósitos fuera del tratamiento, referidos, y operativos de los cuidados de salud mental cuando su autorización es obtenida. Una autorización es un permiso escrito más allá de un consentimiento general que permite solamente revelar información específica. En esos instantes, esta oficina necesitaría obtener autorización suya para revelar esta información. Usted puede revocar todas las autorizaciones de ISP en cualquier momento por medio de una notificación escrita a A.M.A. Counseling Services, LLC a 3201 Highfield Dr, Suite M, Bethlehem, PA 18020. La revocación será efectiva solamente una vez que A.M.A. Counseling Services, LLC reciba la solicitud. Cualquier uso o información revelada que se haya hecho antes de la solicitud de revocar la autorización no será afectada por dicha solicitud.

III. Usos y Revelación de Información sin Autorización:

Su información podría ser revelada sin su consentimiento en las siguientes circunstancias:

- Abuso a menores – Si tengo causas razonables, en base a juicio profesional, hay sospecha de abuso contra menores con quienes tengo contacto durante mi capacidad como profesional, tengo el deber por ley de reportarlo al Departamento de Bienestar Público de Pensilvania.
- Adultos y Abuso Doméstico – Si tengo causas razonables de sospechar que un adulto de edad avanzada necesita servicios de protección (abuso, negligencia, abandono, explotación), puedo reportar dicha necesidad a la agencia local que supervisan los servicios de protección.
- Procedimientos Jurídicos y Administrativos – Si usted está involucrado en algún procedimiento jurídico y se ha recibido una solicitud para revelar información sobre su diagnóstico y tratamientos o los archivos, tal información tiene privilegio bajo las leyes estatales, y A.M.A. Counseling Services, LLC no revelará información sin su autorización escrita o una orden judicial. Usted será previamente notificado en dado caso.
- Amenazas Serias a su Salud o Seguridad – Si usted expresa amenazas serias, o intento de asesinato o lesiones serias a una persona identificada o que se pueda identificar o un grupo de personas, y yo determino que es posible que usted lo lleve a cabo, debemos tomar medidas razonables para prevenir daños. Medidas razonables puede incluir prevenir a la posible víctima de tales amenazas o los intentos.
- Compensación a los Trabajadores – Si usted somete un pedido de Compensación a los Trabajadores, yo tengo como requisito enviar reportes periódicamente a su empleador, lo cual puede incluir, cuando sea pertinente, historial, diagnóstico, tratamiento, y prognosis.

IV. Derechos del Paciente y Responsabilidades del Proveedor

- *Derecho a Solicitar Restricciones* – Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y revelaciones de su ISP.
- *Derecho a Recibir Comunicación Confidencial por Medios Alternativos o en Lugares Alternos* – Usted tiene derecho a solicitar y recibir comunicación confidencial de ISP por medios alternativos o en lugares alternos.
- *Derecho a Corregir* - Usted tiene derecho a solicitar una corrección de su ISP durante el tiempo en que exista un archivo de ISP. Nosotros podemos negar su solicitud. En su solicitud, abordaremos con usted los detalles del proceso para hacer dicha corrección.
- *Derecho a Contaduría* – Usted generalmente tiene derecho a recibir contaduría de sus ISP por los cuales no ha dado consentimiento o autorización (a como menciona la descripción en la Sección III de esta notificación). En su solicitud abordaremos los detalles del proceso de contaduría.
- *Derecho a Inspección y Fotocopia* – Usted tiene derecho a inspeccionar o de obtener fotocopia de su ISP sobre su archivo de salud mental y cobros por servicios utilizados para tomar decisiones sobre usted durante el tiempo en que exista el archivo. Podemos negar acceso a su ISP bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos, puede revisar estas decisiones. En su solicitud, abordaremos con usted los detalles de la solicitud o el proceso al negar la solicitud.
- *Derecho a Fotocopias* – Usted tiene derecho a obtener fotocopias de la notificación de privacidad de parte de A.M.A. Counseling Services, LLC aunque anteriormente haya acordado recibir la notificación de forma electrónica.

Responsabilidades del Proveedor:

Es mi deber bajo la ley de conservar la privacidad de ISP y de facilitarle con una notificación de mis responsabilidades legales y las prácticas de privacidad con respecto a la ISP. Me reservo el derecho a cambiar las políticas y prácticas de privacidad que se describen en esta notificación. Es mi deber seguir los términos de esta notificación al menos que lo notifique. Si hago revisiones en las políticas y los procedimientos, le facilitaré con una fotocopia actual al momento de su cita.

V. Preguntas o Reclamos:

Si usted tiene preguntas sobre alguna porción de esta notificación, desea más información sobre prácticas de privacidad, o si usted tiene preocupaciones con referencias sospechas de violaciones a sus derechos de privacidad, puede comunicarse por escrito con nuestra oficina A.M.A. Counseling Services, LLC a 3201 Highfield Dr., Suite M, Bethlehem, PA, 18020 o por teléfono al (610) 419-1536.

VI. Fecha de Vigencia: Esta notificación es vigente a partir del **1ro de Enero del 2018**.

Con su firma, usted acusa recibo de esta Notificación de las Políticas y Prácticas de HIPAA para Proteger la Privacidad de su Información de Salud.

Firma del Paciente (mayor de 14) _____ Fecha _____

Firma del Cónyuge (en terapia de pareja) _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián (menor de 18) _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián (menor de 18) _____ Fecha _____