

Sonoma Family Therapy Inc. 2635 Cleveland Ave, Suite 10  
Santa Rosa, CA 95403 707-483-9061

## **NOTIFICACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE QUÉ MODO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.**

Por ley se nos requiere mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (o "PHI" siglas en inglés de Protected Health Information) y proporcionarle esta Notificación sobre las Normas de Prácticas de Privacidad (Notificación). Debemos cumplir con los términos de esta Notificación, y notificarlo si se produce una violación de su PHI sin garantía. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación, y dichos cambios se aplicarán a toda la información médica que tenemos sobre usted. La nueva Notificación estará disponible bajo petición. Asimismo, si se realizan modificaciones usted será informado y recibirá una copia de la Notificación actualizada. A excepción de las circunstancias específicas que se establecen a continuación, nosotros usaremos y divulgaremos su información médica sólo con su autorización por escrito (Autorización). Usted está en su derecho de revocar dicha Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de dicha revocación.

**Usos (Práctica interna) y divulgaciones (Práctica externa) relacionados con el tratamiento, pagos u operaciones de atención médica que no requieren su consentimiento por escrito.** Podemos usar y divulgar su PHI sin su Autorización por las siguientes razones:

**1. Para su tratamiento.** Usaremos y divulgaremos su PHI con motivos de su tratamiento, lo que podría incluir divulgar su PHI a otro profesional de la salud. Por ejemplo: si usted está siendo tratado por un médico o psiquiatra, estamos habilitados a divulgar su PHI a dicho profesional o ayudarlo a coordinar su atención, aunque preferentemente sería mejor que nos otorgue una Autorización para dicho caso.

**2. Para obtener el pago por su tratamiento.** Usaremos y divulgaremos su PHI para facturar y cobrar el pago de su tratamiento y por los servicios prestados a usted. Por ejemplo: al enviar su PHI a la compañía de seguros para recibir el pago por los servicios de atención médica prestados, aunque preferentemente sería mejor obtener una Autorización para dicho caso.

**3. Para operaciones de atención médica.** Usaremos y divulgaremos su PHI con el fin de realizar operaciones de atención médica relacionadas con nuestra práctica, incluyendo ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, es posible que se requiera divulgar su PHI ante su(s) abogado(s) para obtener asesoramiento sobre el cumplimiento de las leyes aplicables.

**Ciertos usos y divulgaciones requieren su Autorización.**  
**1. Notas de psicoterapia.** Mantenemos las "notas de psicoterapia" en base a la definición que figura en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere de expresa Autorización, con excepción de que el uso o divulgación sea:

a. Para nuestro uso durante su tratamiento.  
b. Para nuestro uso en la capacitación y supervisión de otros profesionales de la salud mental con el objetivo de ayudarlos a mejorar sus habilidades en asesoría o terapia grupal, de pareja, familiar o individual.  
c. Para el uso en nuestra defensa durante

procedimientos legales iniciados por usted.d. Para el uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para investigar nuestro cumplimiento con las normativas de HIPAA.e. Según lo requiera la ley, cuando el uso o divulgación sean limitados a los requerimientos de dicha ley. f. Cuando lo requiera la ley para ciertas actividades de supervisión y salud relacionadas con el autor de las notas de psicoterapia. g. Cuando lo requiera un juez durante en el desempeño de sus deberes autorizados por la ley. h. Cuando se requiera para ayudar a evitar una grave amenaza a la salud y seguridad de otros. 2. **Fines comerciales.** No utilizaremos o divulgaremos su PHI con fines comerciales. 3. **Venta de la PHI.** No venderemos su PHI en el giro ordinario de nuestros negocios.

**Ciertos usos y divulgaciones no requieren su Autorización.** Sujeto a ciertas limitaciones de la ley, podemos usar y divulgar su PHI sin su Autorización por las siguientes razones:1. Cuando se requiera la divulgación por parte del estado o la ley federal, y el uso o divulgación cumpla y se limite a los requisitos pertinentes de dicha ley.

2. Para actividades relacionadas con la salud pública, incluyendo denunciar sospechas de abuso de menores, ancianos o adultos a cargo, o para prevenir o reducir una amenaza grave a la salud y la seguridad de cualquier persona.

3. Para las actividades de supervisión de salud, incluyendo auditorías e investigaciones.

4. Para los procedimientos judiciales o administrativos, incluyendo una orden judicial o administrativa, aunque preferentemente sería mejor que nos otorgue una Autorización en dicho caso. 5. A efectos de la aplicación de la ley, incluyendo denunciar crímenes ocurridos en nuestras instalaciones.

6. Para los investigadores médicos o forenses, cuando tales individuos se encuentren realizando exámenes autorizados por la ley. 7. Para fines de investigación, incluyendo el estudio y comparación de la salud mental de pacientes que hayan recibido una forma de terapia versus aquellos pacientes que hayan recibido otra forma de terapia para la misma condición. 8. Para funciones especializadas de gobierno, incluyendo, garantizar la adecuada ejecución de las misiones militares; protegiendo al Presidente de los Estados Unidos; realizando operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o, ayudando a asegurar la seguridad de aquellos que trabajan dentro o están alojados en instituciones penitenciarias.9. Para compensación laboral. Aunque nuestra preferencia sea obtener una Autorización de su parte, nosotros podemos proporcionar su PHI con el fin de cumplir con las leyes de compensación laboral.

10. Notificación de citas y beneficios relacionados con la salud y los servicios. Podemos utilizar y divulgar su PHI para contactarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También utilizaremos y divulgaremos su PHI para ofrecerle alternativas de tratamiento, u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrecemos.

**Ciertos usos y divulgaciones que requieren que usted tenga la oportunidad de rechazar. 1. Divulgaciones a familiares, amigos u otros.** Aunque sea nuestra práctica general obtener su consentimiento por escrito antes de hacerlo, bajo circunstancias limitadas, podemos proporcionarle su PHI a un miembro de su familia, amigo u otra persona que usted indique que se encuentra involucrada en su cuidado o en el pago por la atención médica, a menos que usted se oponga total o parcialmente. La oportunidad de expresar dicho consentimiento puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.

## SUS DERECHOS RESPECTO DE SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI: **1. El derecho a solicitar límites en el uso y divulgación de su PHI.** Usted tiene el derecho a requerir que no usemos o divulguemos cierto PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica relacionadas. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podríamos negarnos si creemos que esto podría afectar su atención médica. **2. El derecho a solicitar restricciones para los gastos corrientes pagados en su totalidad.** Usted tiene el derecho a requerir restricciones sobre las divulgaciones de su PHI para los planes de salud de pago u operaciones de atención médica si el PHI pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica que haya pagado en su totalidad. **3. El derecho a elegir de qué manera le enviamos su PHI.** Usted tiene derecho a solicitar que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo: a su hogar o teléfono laboral) o le enviemos un correo electrónico a una dirección diferente, y estaremos de acuerdo con todas las peticiones razonables. **4. El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** Además de las "notas de psicoterapia", usted tiene el derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otras informaciones que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia de su registro, o un resumen del mismo, si está de acuerdo con recibir un resumen, dentro de los 30 días de la recepción de su solicitud por escrito, se le cobrará una suma razonable por dicho servicio. **5. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones realizadas por nosotros.** Usted tiene el derecho a solicitar una lista de los casos en los que hemos divulgado su PHI con fines que no estén relacionados con el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica, o para lo que usted haya proporcionado una Autorización. Nosotros responderemos a su solicitud para rendir cuenta de las divulgaciones dentro de un plazo de 60

días de recibida la misma. La lista incluirá las divulgaciones realizadas durante los últimos 6 (seis) años, a menos que usted solicite un período de tiempo más corto. Le proporcionaremos una lista sin cargo, pero si usted realiza más de una solicitud en el mismo año, se le cobrará una suma razonable basada en el costo 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 información importante en la misma, usted tiene el derecho de solicitar la corrección de la información existente o agregar la información que falta. Podríamos negarnos a su solicitud, pero se lo comunicaremos por escrito dentro de un plazo de 60 días luego de recibir su petición.

**7. El derecho a obtener una copia por escrito o en formato electrónico de esta Notificación.** Usted tiene el derecho a obtener una copia por escrito de esta Notificación, y también una copia a través del correo electrónico. Y, aunque usted haya aceptado recibir esta Notificación por correo electrónico, también tiene el derecho de solicitar una copia por escrito.

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si usted cree que podríamos haber incurrido en una violación de sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con Jennifer Ballard, Oficial de Privacidad de Sonoma Family Therapy INC, cuya dirección y número telefónico son: 2635 Cleveland Ave., Suite 10, Santa Rosa CA 95403, 707-483-9061. Asimismo, podrá presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por los derechos civiles: **1.** Enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; **2.** Llamando al 1-877-696-6775; o, **3.** Visitando la Web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

No tomaremos represalias contra usted por presentar una

queja sobre nuestras prácticas de privacidad. **ENTRADA EN VIGOR DE ESTA NOTIFICACIÓN** Esta notificación entrará en vigor el 1º de marzo de 2016.