



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Conforme a la Ley HIPAA · Vigente desde el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN.**

### Mi compromiso con su privacidad

Estoy obligada por ley a proteger la privacidad de su información de salud, a entregarle este aviso sobre mis prácticas y sus derechos, y a cumplir con los términos del aviso que esté vigente. También estoy obligada a notificarle si ocurre una brecha que afecte su información no asegurada.

### Usos y divulgaciones que no requieren su autorización

**Tratamiento.** Puedo usar su información para brindarle servicios y coordinarlos con otros profesionales que participen en su cuidado.

**Pago.** Puedo usarla para facturar y recibir el pago de los servicios, incluyendo la preparación de recibos y estados de cuenta.

**Operaciones.** Puedo usarla para actividades administrativas propias de la práctica, como evaluar la calidad del servicio o cumplir con auditorías y licencias.

### Notas de psicoterapia

Las notas de psicoterapia son mis apuntes personales sobre el contenido de la sesión y se guardan separadas del resto del expediente. **No las divulgo sin su autorización escrita**, salvo en las situaciones excepcionales que la ley permite (por ejemplo, una orden judicial o una emergencia de seguridad).

### Usos que sí requieren su autorización escrita

Necesito su autorización escrita para la mayoría de los usos de sus notas de psicoterapia, para cualquier uso con fines de mercadeo y para cualquier divulgación que constituya una venta de su información. Usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento; la revocación no afecta lo que ya se divulgó antes.

### Divulgaciones permitidas o exigidas por ley sin su autorización

Puedo o debo divulgar información, sin su autorización, en estas circunstancias: cuando la ley lo exige; ante sospecha de maltrato o negligencia hacia un menor, una persona de edad avanzada o un adulto con impedimentos; ante un riesgo serio e inminente de daño a usted o a otra persona identificable; en respuesta a una orden judicial o cita válida; a autoridades de salud pública o de supervisión de servicios de salud; a un funcionario forense o director funerario; para funciones gubernamentales especializadas; y en reclamaciones de compensación a trabajadores.

### Sus derechos sobre su información

**Ver y obtener copia.** Puede pedir ver u obtener copia de su expediente. Respondo dentro de 30 días y puedo cobrar un cargo razonable por el costo de reproducción.

**Pedir una corrección.** Si entiende que algo está incorrecto o incompleto, puede pedir por escrito que se enmiende.

**Saber a quién se divulgó.** Puede pedir un listado de las divulgaciones que hice de su información durante los seis años anteriores, con las excepciones que la ley establece.

**Pedir restricciones.** Puede pedir que limite ciertos usos o divulgaciones. No siempre estoy obligada a aceptar, pero **sí debo aceptar** no divulgar información a un plan médico cuando usted pagó el servicio en su totalidad de su propio bolsillo.

**Comunicaciones confidenciales.** Puede pedir que me comunique con usted por un medio o en un lugar específico.

**Copia impresa.** Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque lo haya recibido por medios electrónicos.

**Notificación de brecha.** Tiene derecho a que se le notifique si su información no asegurada resulta comprometida.

### Cambios a este aviso

Me reservo el derecho de cambiar este aviso y de aplicar el aviso revisado a la información que ya tengo. Si lo cambio, tendrá una copia disponible en la oficina y se la entregaré a solicitud.

### Si entiende que se violaron sus derechos

Puede presentarme una queja directamente, o radicarla ante la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal** (Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services). **No habrá represalia alguna** por presentar una queja, ni afectará los servicios que recibe.

### Persona de contacto para asuntos de privacidad

Tatiana Morales, M.A., Psy. — Tel. 787-603-5273 — [psic.tatianamorales@gmail.com](mailto:psic.tatianamorales@gmail.com)

### ACUSE DE RECIBO

Reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

---

### Firma del paciente o representante

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_