



Gathered Connections Counseling

Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

Derechos del Cliente y Deberes del Terapeuta

Este documento contiene información importante sobre la ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA), que proporciona protecciones de privacidad y derechos del paciente con respecto al uso y divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI) utilizada para el propósito de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

HIPAA requiere que le proporcione un aviso de prácticas de privacidad (el aviso) para su uso y divulgación de PHI para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. El aviso explica HIPAA y su aplicación a su PHI con mayor detalle.

La ley requiere que obtenga su firma reconociendo que le he proporcionado esto. Si tiene alguna pregunta, es su derecho y obligación de preguntar para que pueda tener una discusión adicional antes de firmar este documento. Cuando firme este documento, también representará un acuerdo entre nosotros. Puede revocar este Acuerdo por escrito en cualquier momento. Esa revocación será vinculante a menos que haya tomado medidas para confiar en ella.

LÍMITES A LA CONFIDENCIALIDAD

La ley protege la privacidad de toda la comunicación entre un paciente y un terapeuta. En la mayoría de las situaciones, solo puedo divulgar información sobre su tratamiento a otros si usted firma un formulario de autorización por escrito que cumpla con ciertos requisitos legales impuestos por HIPAA. Hay algunas situaciones en las que me permiten o se les exige que divulgue información sin su consentimiento o autorización. Si tal situación surge, limitaré mi divulgación a lo que es necesario. Razones por las que tenga que divulgar su información sin autorización:

- Si está involucrado en un procedimiento judicial y se solicita información sobre su diagnóstico y tratamiento, dicha información está protegida por la ley de privilegios psicólogos-pacientes. No puedo proporcionar ninguna información sin su autorización por escrito (o su representante legal), o una orden judicial, o si recibo una citación de la que le han notificado adecuadamente y no me ha informado que se opone a la citación. Si está involucrado o contemplando litigios, debe consultar con un abogado para determinar si es probable que un tribunal me ordene que revele información.
- Si una agencia gubernamental solicita información para las actividades de supervisión de la salud, dentro de su autoridad legal apropiada, es posible que deba proporcionarla.
- Si un paciente presenta una queja o demanda en mi contra, puedo divulgar información de informes que miran a ese paciente para defender a mí mismo.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



Gathered Connections Counseling

- Si un paciente presenta el reclamo de compensación de un trabajador, y estoy proporcionando el tratamiento necesario relacionado con ese reclamo, debo, superando la solicitud apropiada, presentar informes de tratamiento a las partes apropiadas, incluir el empleo del paciente, el transportista de información o un proveedor de rehabilitación calificado autorizado.

- Puedo divulgar la información de salud mínima necesaria a mis socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios. Mis socios comerciales firman acuerdos para proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni divulgar ninguna información que no sea especificada en nuestro contrato.

Hay algunas situaciones en las que estoy legalmente obligado a tomar medidas, que creo que son necesarias para intentar proteger a otros del daño, y es posible que tenga que revelar información sobre el tratamiento de un paciente:

- Si sé, o tengo razones para sospechar, que un niño menor de 18 años ha sido abusado, abandonado o descuidado por un padre, custodio legal, cuidador o cualquier otra persona responsable del bienestar del niño, la ley requiere que presente un informe ante la línea directa de abuso de Arizona. Una vez que se presente dicho informe, es posible que deba proporcionar información adicional.
- Si sé o tengo una causa razonable para sospechar que un adulto vulnerable ha sido abusado, descuidado o explotado, la ley requiere que presente un informe ante la línea directa de abuso de Arizona. Una vez que se presente dicho informe, es posible que deba proporcionar información adicional.
- Si creo que existe una probabilidad clara e inmediata de daño físico para el paciente, a otros individuos o a la sociedad, es posible que deba divulgar información para tomar medidas protectivas, incluida la comunicación de la información a la posible víctima, y/o un miembro de la familia apropiado, y/o a la policía o a buscar hospitalización del paciente.

DERECHOS DEL CLIENTE Y DEBERES DEL TERAPEUTA

Uso y divulgación de información de salud protegida:

- Para el tratamiento: uso y divulgo su información de salud internamente en el curso de su tratamiento. Si deseo proporcionar información fuera de nuestra práctica para su tratamiento por parte de otro proveedor de atención médica, debe firmar una autorización para la divulgación de información. Además, se requiere autorización para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



Gathered Connections Counseling

- Para el Pago - Puedo usar y divulgar su información de salud para obtener el pago por los servicios proporcionados a usted, como se detalla en el Acuerdo de Terapia.
- Para Operaciones – Puedo usar y divulgar su información de salud como parte de nuestras operaciones internas. Por ejemplo, esto podría significar una revisión de registros para asegurar la calidad. También puedo usar su información para informarle sobre servicios, actividades educativas y programas que considero que podrían ser de su interés.

Derechos del Paciente:

- Derecho al tratamiento: tiene derecho al tratamiento ético sin discriminación con respecto a la raza, el origen étnico, la identidad de género, la orientación sexual, la religión, el estado de discapacidad, la edad o cualquier otra categoría protegida.
- Derecho a la confidencialidad: Usted tiene derecho a proteger su información de atención médica. Si usted paga por un servicio o un servicio de atención médica de bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartimos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Aceptaré tal a menos que una ley requiera que compartimos esa información.
- Derecho a Solicitar Restricciones – Tienes el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida sobre ti. Sin embargo, no estoy obligado a aceptar una restricción que solicites.
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en ubicaciones alternativas: tiene el derecho de solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos y en ubicaciones alternativas.
- Derecho a inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia (o ambas) de PHI. Los registros deben solicitarse por escrito y la versión de información debe completarse. Además, hay un cargo por tarifa de copia de \$2.00 por página. Haga su solicitud con mucha anticipación y permita 2 semanas para recibir las copias. Si rechace su solicitud de acceso a sus registros, tiene derecho a revisar, que discutiré con usted a pedido.
- Derecho a enmendar: si cree que la información en sus registros es incorrecta y/o faltan información importante, puede pedirnos que hagamos ciertos cambios, también conocidos como modificación, a su información de salud. Tienes que hacer esta solicitud por escrito. Debe decirnos las razones por las que desea realizar estos cambios, y decidiré si es así y si me niego a hacerlo, le diré por qué dentro de los 60 días.
- Derecho a una copia de este aviso: si recibió el papeleo electrónicamente, tiene una copia en su correo electrónico. Si completó este documento en la oficina en su primera sesión, se le proporcionará una copia por su solicitud o en cualquier momento.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



Gathered Connections Counseling

- Derecho a una contabilidad: generalmente tiene derecho a recibir una contabilidad de divulgaciones de PHI con respecto a usted. A su solicitud, discutiré con usted los detalles del proceso de contabilidad.
- El derecho de elegir a alguien para que actúe por usted: si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud; Me aseguraré de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar alguna medida.
- Derecho a elegir: Usted tiene el derecho a decidir no recibir servicios conmigo. Si lo desea, le proporcionaré nombres de otros profesionales calificados.
- Derecho a rescindir: tiene el derecho de rescindir los servicios terapéuticos conmigo en cualquier momento sin ninguna obligación legal o financiera que no sean acumuladas. Le pido que discuta su decisión conmigo en sesión antes de terminar o al menos contactarme por teléfono haciéndome saber que está terminando los servicios.
- Derecho a divulgar información con consentimiento por escrito: con su consentimiento por escrito, cualquier parte de su registro se puede publicar a cualquier persona o agencia que designe. Juntos, discutiremos si creo que publicar o no la información en cuestión a esa persona o agencia podría ser perjudicial para usted.

Deberes del terapeuta:

- Estoy obligado por la ley para mantener la privacidad de PHI y proporcionarle un aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a PHI. Me reservo el derecho de cambiar las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Sin embargo, a menos que le notifique tales cambios, debo cumplir con los términos actualmente vigentes. Si reviso mis políticas y procedimientos, le proporcionaré un aviso revisado en el cargo durante nuestra sesión.

QUEJAS

Si le preocupa que haya violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomé sobre el acceso a sus registros, puede ponerse en contacto conmigo, con el Departamento de Salud del Estado de Arizona o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395



Gathered Connections Counseling

SU FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE HA LEÍDO ESTE ACUERDO Y ACEPTA SUS TÉRMINOS Y TAMBIÉN SIRVE COMO RECONOCIMIENTO DE QUE HA RECIBIDO EL FORMULARIO DE AVISO HIPAA DESCRITO ARRIBA.

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Gathered Connections Counseling, PLLC 623-201-0719

info@gatheredconnectionsounseling.com

1360 N Bullard Ave, Suite 200

Goodyear, AZ 85395