

Dra. Kariely Monge Álvarez
Oceana HUB Center – Oficina 203
Urb. Villa Blanca, 2 Calle Acerina, Caguas, PR 00725
dra.monge@wellsoulpsych.onmicrosoft.com

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La fecha de efectividad de esta notificación es la fecha de la firma de este documento.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD Y
CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

I. MI COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:

ENTIENDO que la información de salud sobre usted y su atención médica es personal.

ME COMPROMETO a proteger su información de salud. Creo un expediente de la atención y los servicios que recibe de mí. Necesito este expediente para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los expedientes de su atención generados por esta práctica de atención de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información de salud. También describo sus derechos a la información de salud que guardo sobre usted, y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y la divulgación de su información de salud.

La ley me exige que:

- Me asegure de que la información médica protegida ("PHI") que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este aviso de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Siga los términos del aviso que está actualmente en vigor.
- Puedo cambiar los términos de este Aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenga sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a pedido, en mi oficina y en mi sitio web.

II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que uso y divulgo la información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaré lo que quiero decir y trataré de dar algunos ejemplos. No se incluirán en la lista todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin

embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

- 1. Para el pago de tratamientos u operaciones de atención médica:** Las reglas federales de privacidad (regulaciones) permiten a los proveedores de atención médica que tienen una relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usar o divulgar la información de salud personal del paciente/cliente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo el propio tratamiento, pago u operaciones de atención médica del proveedor de atención médica. También puedo divulgar su información médica protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede hacer sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un médico consultara con otro proveedor de atención médica autorizado sobre su afección, se nos permitiría usar y divulgar su información de salud personal, que de otro modo sería confidencial, para ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de su afección de salud mental. Las divulgaciones para fines de tratamiento no se limitan al estándar mínimo necesario porque los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso a la historia clínica completa y/o a la información completa para proveer un cuidado de calidad. La palabra "tratamiento" incluye, entre otras cosas, la coordinación y gestión de los proveedores de atención médica con un tercero, las consultas entre proveedores de atención médica y las derivaciones de un paciente para atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

- 2. Demandas y disputas:** Si usted está involucrado en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información de salud sobre su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

1. Notas de psicoterapia. Conservo "notas de psicoterapia" tal como se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su autorización a menos que el uso o divulgación sea:

- a. Para mi uso en el tratamiento suyo.
- b. Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarlos a mejorar sus habilidades en asesoramiento o terapia grupal, articular, familiar o individual.
- c. Para mi uso en la defensa en procedimientos legales iniciados por usted.
- d. Para uso del Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
- e. Requerido por la ley y el uso o divulgación está limitado a los requisitos de dicha ley.
- f. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud relacionadas con el originador de las notas de psicoterapia.
- g. Requerido por un médico forense que está desempeñando funciones autorizadas por la ley.

h. Necesario para ayudar a evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de los demás.

2. Fines de marketing: Como psicoterapeuta, no usaré ni divulgaré su PHI con fines de marketing.

3. Venta de PHI: Como psicoterapeuta, no venderé su PHI en el curso regular de mi negocio.

IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.

Sujeto a ciertas limitaciones en la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la divulgación sea requerida por la ley estatal o federal, y el uso o la divulgación cumpla y se limite a los requisitos relevantes de dicha ley.

2. Para actividades de salud pública, incluida la denuncia de sospechas de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o la prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

3. Para actividades de supervisión de la salud, incluidas auditorías e investigaciones.

4. Para procedimientos judiciales y administrativos, incluida la respuesta a una orden judicial o administrativa, aunque prefiero obtener una Autorización de su parte antes de hacerlo.

5. Para fines de aplicación de la ley, incluida la denuncia de delitos que ocurren en mis instalaciones.

6. A los médicos forenses cuando dichas personas estén desempeñando funciones autorizadas por la ley.

7. Con fines de investigación, incluido el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia con la de aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma afección.

8. Funciones gubernamentales especializadas, entre ellas, garantizar la correcta ejecución de las misiones militares; proteger al Presidente de los Estados Unidos; la realización de operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o bien, ayudar a garantizar la seguridad de las personas que trabajan o viven en instituciones correccionales.

9. Para fines de compensación de trabajadores. Aunque mi preferencia es obtener su autorización, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las normas de los trabajadores leyes de compensación.

10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica servicios o beneficios que ofrezco.

V. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE Oponerse.

1. Divulgaciones a familiares, amigos u otras personas. Puedo proporcionar su PHI a un miembro de la familia, amigo, u otra persona que tú indiques que está involucrada en tu cuidado o en el pago de tu atención médica, a menos que te opongas en su totalidad o en parte. La oportunidad de dar tu consentimiento puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.

VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

1. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI. Usted tiene derecho a pedirme que no use ni divulgue cierta PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a estar de acuerdo con su solicitud, y puedo decir "no" si creo que lo haría afectar su atención médica.

2. El derecho a solicitar restricciones para los copagos, deducibles o gastos pagados por usted pagados en su totalidad. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones en la divulgación de su PHI a los planes de salud para el pago o operaciones de atención médica si la PHI se refiere únicamente a un artículo de atención médica o a un servicio de atención que ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

3. El derecho a elegir cómo le envío su PHI. Tiene derecho a pedirme que me ponga en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de oficina) o para enviar correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.

4. El derecho a ver y obtener copias de su PHI. Excluyendo las "notas de psicoterapia", usted tiene el derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información que tengo de usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen del mismo, si usted acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, y yo podré cobrar una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.

5. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he hecho. Usted tiene derecho a solicitar una lista de los casos en los que he divulgado su PHI para fines distintos al tratamiento, operaciones de pago o de atención médica, o para las cuales usted me proporcionó una Autorización. Yo responderé a su solicitud de un informe de las divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que les daré incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, a menos que solicite un tiempo más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo, pero si hace más de una solicitud en el mismo año, le cobraré una tarifa 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 una pieza de información importante en su PHI, usted tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente o agregue la información faltante. Puedo decir "no" a su solicitud, pero le diré por qué por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.

7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este aviso. Usted tiene el derecho de obtener un papel copia de este Aviso, y usted tiene derecho a obtener una copia de este aviso por correo electrónico; aunque haya aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar un documento copia del mismo.

Dr. Kariely Monge Álvarez
Oceana HUB Center – Room 203
Urb. Villa Blanca, 2 Calle Acerina, Caguas, PR 00725
dra.monge@wellsoulpsych.onmicrosoft.com

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The effective date of this notice is the date of signature of this document.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

I. MY COMMITMENT REGARDING HEALTH INFORMATION:

I UNDERSTAND that health information about you and your health care is personal.

I AGREE to protect your health information. I create a record of the care and services you receive from me. I need this file to provide you with quality care and to meet certain legal requirements. This notice applies to all records of your care generated by this mental health care practice. This notice will tell you about the ways I may use and disclose your health information. I also describe your rights to the health information I maintain about you, and I describe certain obligations I have regarding the use and disclosure of your health information.

The law requires me to:

- Ensure that protected health information ("PHI") that identifies you is kept private.
- Give you this notice of my legal duties and privacy practices with respect to health information.
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.
- I may change the terms of this Notice, and those changes will apply to all information I have about you. The new Notice will be available upon request, in my office, and on my website.

II. HOW I MAY USE AND DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION:

The following categories describe different ways I use and disclose health information. For each category of uses or disclosures, I'll explain what I mean and try to give some examples. Not all uses or disclosures in a category will be listed. However, all the ways in which I am permitted to use and disclose information will fall into one of the categories.

- 1. For Payment for Treatments or Health Care Operations:** Federal privacy rules (regulations) allow health care providers who have a direct treatment relationship with the patient/client to use or disclose the patient's/client's personal health information without the patient's written authorization, to carry out the treatment itself, payment or health care operations of the health

care provider. I may also disclose your protected health information for the treatment activities of any health care provider. This can also be done without your written permission. For example, if a physician were to consult with another licensed health care provider about your condition, we would be permitted to use and disclose your otherwise confidential personal health information to assist the physician in the diagnosis and treatment of your mental health condition. Disclosures for treatment purposes are not limited to the minimum standard necessary because therapists and other health care providers need access to complete medical records and/or complete information to provide quality care. The word "treatment" includes, but is not limited to, the coordination and management of health care providers with a third party, consultations between health care providers, and referrals of a patient for health care from one health care provider to another.

2. **Lawsuits and Disputes:** If you are involved in a lawsuit, I may disclose health information in response to a court or administrative order. I may also disclose health information about your child in response to a subpoena, discovery request, or other legal process by another person involved in the dispute, but only if efforts have been made to inform you of the request or to obtain an order protecting the requested information.

III. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:

1. **Psychotherapy notes.** I retain "psychotherapy notes" as that term is defined in 45 CFR § 164.501, and any use or disclosure of such notes requires your authorization unless the use or disclosure is:

- a. For my use in treating you.
- b. For my use in training or supervising mental health professionals to help them improve their skills in group, joint, family, or individual counseling or therapy.
- c. For my use in defending myself in legal proceedings initiated by you.
- d. For use by the Secretary of Health and Human Services to investigate my compliance with HIPAA.
- e. Required by law and the use or disclosure is limited to the requirements of such law.
- f. Required by law for certain health oversight activities pertaining to the originator of the psychotherapy notes.
- g. Required by a forensic doctor who is performing duties authorized by law.
- h. Necessary to help avert a serious threat to the health and safety of others.

2. **Marketing Purposes:** As a psychotherapist, I will not use or disclose your PHI for marketing purposes.

3. **Sale of PHI:** As a psychotherapist, I will not sell your PHI in the regular course of my business.

IV. CERTAIN USES AND DISCLOSURES DO NOT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION.

Subject to certain limitations in the law, I may use and disclose your PHI without your authorization for the following reasons:

1. When disclosure is required by state or federal law, and the use or disclosure meets and is limited to the relevant requirements of such law.

2. For public health activities, including reporting suspected abuse of children, the elderly, or dependent adults, or preventing or reducing a serious threat to the health or safety of any person.

3. For health oversight activities, including audits and investigations.

4. For judicial and administrative proceedings, including responding to a court or administrative order, although I prefer to obtain an Authorization from you before doing so.

5. For law enforcement purposes, including reporting crimes that occur on my premises.

6. Forensic doctors when such persons are performing duties authorized by law.

7. For research purposes, including studying and comparing the mental health of patients who received one form of therapy with that of those who received another form of therapy for the same condition.

8. Specialized government functions, including, ensuring the proper execution of military missions; protecting the President of the United States; conducting intelligence or counterintelligence operations; or, helping to ensure the safety of those working within or housed in correctional institutions.

9. For workers' compensation purposes. Although my preference is to obtain your authorization, I may provide your PHI to comply with workers' compensation laws.

10. Appointment reminders and health-related benefits or services. I may use and disclose your PHI to contact you and remind you that you have an appointment with me. I may also use and disclose your PHI to tell you about treatment alternatives or other health care services or benefits I offer.

V. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE THAT YOU HAVE AN OPPORTUNITY TO OBJECT.

1. Disclosures to family, friends, or others. I may provide your PHI to a family member, friend, or other person whom you indicate is involved in your care or payment for your health care, unless you object in whole or in part. The opportunity to give consent may be obtained retroactively in emergency situations.

VI. YOU HAVE THE FOLLOWING RIGHTS WITH RESPECT TO YOUR PHI:

1. The right to request limits on the uses and disclosures of your PHI. You have the right to ask me not to use or disclose certain PHI for treatment, payment, or health care operations purposes. I am not required to agree to your request, and I can say "no" if I think it would affect your health care.

2. The right to request restrictions on co-payments, deductibles, or expenses paid by you paid in full. You have the right to request restrictions on the disclosure of your PHI to health plans for payment or health care operations purposes if the PHI relates only to a health care item or care service that you have paid for out of pocket in full.

3. The right to choose how I send you your PHI. You have the right to ask me to contact you in a specific way (e.g., home or office phone) or to send mail to a different address, and I will accommodate all reasonable requests.

4. The Right to View and Obtain Copies of Your PHI. Excluding "psychotherapy notes," you have The right to obtain an electronic or paper copy of your medical record and other information I have about you. I will provide you with a copy of your record, or a summary of it, if you agree to receive a summary,

within 30 days of receiving your written request, and I may charge a reasonable, cost-based fee for doing so.

5. The right to obtain a list of disclosures I have made. You have the right to request a list of instances in which I have disclosed your PHI for purposes other than treatment, payment or health care operations, or for which you provided me with an Authorization. I will respond to your request for an accounting of disclosures within 60 days of receiving your request. The list I will give you will include disclosures made in the last six years, unless you request a shorter time. I will provide you with the list free of charge, but if you make more than one request in the same year, I will charge you a reasonable, cost-based fee for each additional request.

6. The Right to Correct or Update Your PHI. If you believe there is an error in your PHI, or that an important piece of information is missing from your PHI, you have the right to request that I correct the existing information or add the missing information. I can say "no" to your request, but I will tell you why in writing within 60 days of receiving your request.

7. The right to obtain a paper or electronic copy of this notice. You have the right to obtain a copy of this Notice, and you have the right to obtain a copy of this Notice by email; even if you have agreed to receive this Notice by email, you also have the right to request a copy of it.