



Notificación de Privacidad

Your Therapy Houston, LLC se adhiere a las siguientes regulaciones pertinentes a la Información de Salud del Paciente (PHI). Esta notificación describe como información médica y psicológica acerca de usted puede ser usada y divulgada, y como usted puede obtener acceso a esta información. Esta notificación asimismo incluirá sus derechos como paciente, de limitar los usos y divulgaciones. Por favor revisar cuidadosamente:

Usos y divulgaciones para gestiones de tratamiento, pago y cuidados de salud

Jessica Medina de Your Therapy Houston, LLC, puede usar o divulgar su información de salud protegida (PHI) para fines de tratamiento, pago, y gestiones de cuidado de salud por medio del consentimiento general. Para aclarar esto términos, estas son algunas de las definiciones:

- “*PHI*” se refiere a la información en su historial de salud que pudiera identificarle a usted
- “*Tratamiento, Pago y Gestiones de Cuidado de Salud*”
 - Tratamiento es cuando yo proporciono, coordino, o manejo su cuidado de salud y otros servicios relacionados al cuidado de su salud. Un ejemplo de tratamiento seria cuando yo consulto con otro proveedor de cuidados de salud; puede ser su médico de familia o un colega
 - Pago es cuando yo obtengo reembolsos por su cuidado de salud o para determinar elegibilidad o cobertura.
 - Gestiones de Cuidado de Salud son actividades que se relacionan con el desempeño y actividad de mi consultorio. Ejemplos de servicios de cuidado de salud serian evaluación de calidad, y actividades de mejoramiento, asuntos relacionados a los negocios como auditorias y servicios administrativos, supervisión, y coordinación y manejo de casos.
- “*Usos*” es aplicable solo a actividades dentro de mi práctica, como utilizar información que le identifique.
- “*Divulgación*” es aplicable a actividades fuera de mi práctica, como revelar, transferir, o suministrar acceso a información acerca de usted, a otros.

Usos y Divulgaciones que Requieren Autorización

Yo podría usar o revelar PHI para fines externos a tratamiento, pago, y gestiones de cuidado de salud cuando una autorización apropiada es obtenida de usted. Una “*autorización para revelar información*” es un permiso escrito que va más allá del consentimiento general, el cual permite solo divulgaciones específicas. En esos casos cuando nos pidieran información para propósitos externos a tratamiento, pago, o gestiones de cuidado de salud, yo obtendré autorización de usted antes de divulgar esta información. Asimismo, yo debo obtener una autorización antes de entregar las notas de su psicoterapia. “*Notas de psicoterapia*” son notas que yo he hecho sobre nuestras conversaciones acerca de sesiones privadas, de grupo, conjuntas, o de familia. Estas notas son otorgadas un nivel de protección mayor que PHI.

Usted puede anular dichas autorizaciones (PHI o notas de psicoterapia) en cualquier momento, siempre que cada anulación sea hecha por escrito. Usted puede anular una autorización en la medida que (1) hemos confiado en esa autorización; o (2) si la autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro, y la ley otorga al asegurador el derecho de disputar la reclamación bajo la póliza.

5900 Memorial Dr., Suite 218
Houston, TX 77007
832-475-3904
info@yourtherapyhouston.com



Usos y Divulgaciones sin Consentimiento ni Autorización

Jessica Medina de Your Therapy Houston, LLC, puede usar o divulgar su información de salud protegida (PHI) sin consentimiento ni autorización en las siguientes situaciones:

- **Abuso Infantil:** Si tengo razón para creer que un menor de edad ha sido o está siendo abusado física y/o sexualmente, o descuidado, debo reportar esto dentro de 48 horas al Departamento de Servicios de Protección y Reglamentación de Texas (Texas Department of Protective and Regulatory Services), a la comisión juvenil de Texas (Texas Youth Commission), o a cualquier agencia de aplicación de la ley local o estatal.
- **Abuso a los Ancianos o Minusválidos:** Si tengo razón para creer que un anciano o persona minusválida está siendo abusada física y/o sexualmente, descuidada o explotada, debo reportar esto dentro de 48 horas al Departamento de Servicios de Protección y Reglamentación de Texas (Texas Department of Protective and Regulatory Services), a la comisión juvenil de Texas (Texas Youth Commission), o a cualquier agencia de aplicación de la ley local o estatal.
- **Mala Conducta Sexual por Parte de un Terapeuta:** Estoy obligada a reportar cualquier incidente de mala conducta sexual de un terapeuta actual o anterior a las autoridades de licenciatura del terapeuta que cometió la ofensa.
- **Negligencia Regulatoria:** Si una queja es presentada en contra de un terapeuta con las autoridades reglamentarias, ellos tienen la autoridad de citar judicialmente la información confidencial de salud mental relevante a la queja.
- **Procesos Judiciales o Administrativos:** Si usted está envuelto en un proceso judicial y una solicitud es hecha acerca de información sobre usted, su diagnóstico, el tratamiento y el historial mismo, esta información es privilegiada bajo la ley, y yo no revelaré esta información sin una autorización escrita de su parte o el personal legalmente asignado a representarle, o por una orden de la corte.
- **Amenaza Seria a la Salud o la Seguridad:** Si yo determino que hay una probabilidad de lesiones físicas para usted u otros, o si hay una probabilidad de daños emocionales o mentales inmediatos para usted, yo podría divulgar información confidencial referente a su salud mental al cuerpo médico o al personal de aplicación de la ley.
- **Compensación del Trabajador:** Si usted presenta un reclamo de compensación al trabajador, yo podría divulgar el historial relacionado a su diagnóstico y tratamiento a la compañía aseguradora de su empleador.

Derechos del Cliente y mis Deberes Profesionales

Derechos del cliente:

- **Derecho a Requerir Restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones para ciertos usos y divulgaciones de la información de salud protegida, acerca de usted. Sin embargo, yo no estoy obligada a acceder a su solicitud de restricción.
- **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales por Medios Alternos y en Ubicaciones Alternas:** Usted tiene derecho a solicitar y a recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternos y en ubicaciones alternas. (Por ejemplo, usted puede no querer que miembros de su

5900 Memorial Dr., Suite 218
Houston, TX 77007
832-475-3904

info@yourtherapyhouston.com



familia sepan que usted está buscando estos servicios. Al recibo de su solicitud, nosotros enviaremos las facturas y otra correspondencia a otra dirección)

- **Derecho a Inspección y a Copia:** Usted tiene el derecho a inspeccionar u obtener una copia (o a ambas cosas) de PHI y de notas psicoterapéuticas en su historial de salud mental y de su cuenta, usados para hacer decisiones acerca de usted. Siempre y cuando el PHI permanezca en el registro. Podríamos negarle acceso a PHI bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos usted puede hacer revisar esta decisión. A solicitud suya, yo discutiré con usted los detalles del proceso de solicitud y de negación.
- **Derecho a Enmendar:** Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda de PHI en la medida que el PHI permanezca en el registro. Yo *podría* negar su solicitud. A petición suya, discutiremos los detalles del proceso de enmienda.
- **Derecho a una Contabilidad:** Usted generalmente tiene el derecho de recibir una cuenta de divulgaciones de PHI para las cuales usted no ha suplido consentimiento ni autorización (como fue descrito en la sección previamente de esta notificación). A petición suya, yo discutiré con usted los detalles del proceso de cuenta.
- **Derecho a una Copia de Papel:** Usted tiene el derecho a obtener una copia en papel de esta notificación una vez solicitada, aunque usted haya accedido a recibir la notificación electrónicamente.

Deberes profesionales de Jessica Medina de Your Therapy Houston, LLC:

- Your Therapy Houston, LLC está obligada por ley a mantener la privacidad de PHI y a entregarle una notificación de cualquier deber legal y prácticas de privacidad con respecto a PHI.
- Your Therapy Houston, LLC reserva el derecho a cambiar las pólizas y prácticas de privacidad descritas en la notificación. No obstante, a menos que usted sea notificado de estos cambios por escrito, Your Therapy Houston, LLC está obligada a acatar los términos en efecto actualmente.
- Si, Your Therapy Houston, LLC, revisa su pólizas y procedimientos, habrá una copia actualizada disponible en mi oficina. Usted también puede solicitar una copia personal.

Preguntas y Quejas

Si usted tiene preguntas acerca de esta notificación y está en desacuerdo con una decisión que Your Therapy Houston, LLC tome acerca del acceso a su historial, o tiene otras inquietudes acerca de sus derechos de privacidad, usted puede contactar la oficina al 832-475-3904. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados y desea presentar una queja en contra de Your Therapy Houston, LLC, usted puede enviar una queja escrita a 5900 Memorial Dr. Suite 218, Houston, TX 77007. Usted también puede enviar una queja escrita a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La dirección apropiada puede ser suplida a petición suya. Usted tiene derechos específicos bajo la Regla de Privacidad y Your Therapy Houston, LLC no tomara represalias en su contra por ejercer su derecho a presentar una queja.

Fecha de Entrada en Vigor, Restricciones y Cambios a la Póliza de Privacidad

Esta notificación entrará en vigor el cuatro de octubre del año 2018 (10/04/2018). Como recordatorio, me reservo el derecho de cambiar los términos de esta notificación y de hacer efectivas nuevas disposiciones

5900 Memorial Dr., Suite 218
Houston, TX 77007
832-475-3904
info@yourtherapyhouston.com



de notificación para todos los PHI que yo mantenga. Yo proveeré una notificación revisada en mi oficina. Usted puede solicitar una copia personal en cualquier momento.

Reconocimiento

Su firma abajo confirma que usted ha leído y entiende la póliza de privacidad que le fue proveída.

Nombre del cliente (en imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____