



PRACTICAS DE PRIVACIDAD

One World Mental Health

Mary Y. Sa, doctora en Psicología, MSCP, ABMP
licenciada en Psicología
61 Lincoln St
suite 309
Framingham, MA 01702
mimsa@oneworldmentalhealth.com
774-777-5114

Aviso de Privacidad

Este aviso describe cómo información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

1. Información sobre mi salud

PROMESA CON RESPECTO A: Entiendo que la información sobre su salud y su cuidado de la salud es personal. Estoy comprometido a proteger la información sobre su salud. Se crea un registro de la atención y los servicios que recibe de mí. Necesito este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de salud mental. Este aviso le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar información sobre su salud. También describo sus derechos a la información de salud que mantenemos sobre usted, y describir ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información médica. Estoy obligado por la ley a:

- Asegúrese de que la información de salud protegida ("PHI") que le identifica se mantiene como privado.
- Darle este aviso de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica.
- Seguir los términos del aviso que está actualmente en vigor.
- Puedo cambiar los términos de este Aviso, y tales cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre ti. El nuevo aviso estará disponible a petición, en mi oficina y en mi sitio web.

II. CÓMO se me permite usar y divulgar información médica sobre usted: Las siguientes categorías describen diferentes maneras que utilizar y divulgar información de salud. Para cada categoría de usos o revelaciones voy a explicar lo que quiero decir

y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de cada categoría. Sin embargo, todas las formas se me permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

Para el pago del tratamiento o servicios de cuidado médico: Reglas Federales de privacidad (regulaciones) permiten a los proveedores de atención médica que tienen relación de tratamiento directo con el paciente para utilizar o revelar información personal de salud del paciente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo la de tratamiento, pago o atención médica propias operaciones de proveedor de salud. También podemos revelar su información protegida de salud para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención de la salud. Esto también puede hacerse sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un clínico fueron a consultar con otro proveedor de atención médica autorizado acerca de su condición, estaríamos permite usar y divulgar su información médica personal, que es de carácter confidencial, con el fin de ayudar al médico en el diagnóstico y el tratamiento de su salud mental estado de salud.

Divulgaciones para fines de tratamiento no se limitan a la norma mínima necesaria. Debido a que los terapeutas y otros profesionales de la salud necesitan tener acceso al registro completo y / o información plena y completa a fin de proporcionar una atención 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 los proveedores de salud y referencias de un paciente para el cuidado de la salud de un proveedor de cuidado de salud a otro.

Demandas y disputas: Si usted está involucrado en un pleito, que pueden revelar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puede divulgar información médica acerca de su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden para proteger la Información requerida.

III. USO Y DIVULGACIÓN DE CIERTAS requieren su autorización:

1. Notas de psicoterapia. Me guardo “notas de psicoterapia”, como se define dicho término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de este tipo de notas requiere su autorización a menos del uso o de la divulgación es: a. Para mi uso en el tratamiento de usted, para mi uso en el entrenamiento para ayudar a mejorar sus habilidades en el grupo, las articulaciones, la familia o el asesoramiento o therapy. Para mi uso en la defensa de mí mismo en las acciones judiciales ejercitadas por te. A rellenar por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar el cumplimiento de mi HIPAA. Requiere la ley y el uso o divulgación no se limita a los requisitos de dicho ley. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud relacionados con el autor de la notes.g psicoterapia. Requerido por un médico forense que está realizando tareas autorizado por ley.
2. Fines de marketing. Como psicoterapeuta, no voy a usar o divulgar su PHI para fines de marketing.
3. Venta de PHI. Como psicoterapeuta, no voy a vender su PHI en el curso regular de mi negocio.

IV. USO Y DIVULGACIÓN DE CIERTAS 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 es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación no cumple y se limita a los requisitos pertinentes de dicha ley.
2. Para actividades de salud pública, incluyendo la presentación de informes se sospecha niño, anciano o adulto dependiente abuso, o que impida o reduzca una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
3. Para las actividades de supervisión sanitaria, tales como auditorías e investigaciones.
4. Para procedimientos judiciales y administrativos, entre responder a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es la obtención de una Autorización de usted antes de hacerlo.
5. Con fines policiales, incluidos los crímenes de información que ocurren en mi propiedad.
6. Para médicos forenses, cuando estas personas están realizando tareas autorizadas por la ley.
7. Para fines de investigación, incluyendo el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con los que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.
8. Para los propósitos de compensación de trabajadores. Aunque mi preferencia es la obtención de una Autorización de usted, que puede proporcionar su PHI con el fin de cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.
9. recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Me permite usar y divulgar su PHI para ponerse en contacto con usted para recordarle que tiene una cita conmigo. También puede utilizar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrezco.

V. ciertos usos y divulgaciones requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse.

1. Divulgaciones a la familia, amigos, u otros. Me puede proporcionar su PHI a un miembro de la familia, un amigo u otra persona que usted indique que está involucrado en su cuidado o el pago por su atención médica, a menos que se oponga en su totalidad o en parte. La oportunidad de consentimiento puede ser obtenida de manera retroactiva en situaciones de emergencia.

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

1. El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI. Usted tiene derecho a pedirme no utilizar o divulgar cierta PHI para propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Yo no estoy obligado a aceptar su solicitud, y yo podría decir “no” si creo que afectaría a su atención médica.
2. El derecho a solicitar restricciones de gastos de su bolsillo pagados en su totalidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre las divulgaciones de su PHI a los planes de salud para fines de pago o la asistencia médica si el PHI se refiere exclusivamente a un artículo de atención médica o un servicio de atención médica que usted ha pagado por fuera de su bolsillo en su totalidad.
3. El derecho a elegir cómo puedo enviar PHI a usted. Usted tiene derecho a pedirme que ponerse en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el hogar o la oficina del teléfono) o para enviar correo a una dirección diferente, y voy a estar de acuerdo con todas las solicitudes razonables.

4. El derecho a ver y obtener copias de su PHI. Aparte de las “notas de psicoterapia” usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica o impresa de su historial médico y otra información que tengo de ti. Yo le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen de la misma, si está de acuerdo para recibir un resumen, dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito, y me puede cobrar una tarifa basada razonable, el costo para hacerlo.
5. El derecho a obtener una lista de las revelaciones que he Made. You tienen derecho a solicitar una lista de casos en los que he dado a conocer su PHI para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para los que me proporcionó una Autorización. Voy a responder a su solicitud de un informe de divulgaciones dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. La lista que dará usted incluirá revelaciones hechas en los últimos seis años a menos que solicite un tiempo más corto. Voy a ofrecer la lista para usted sin costo alguno, pero si usted hace más de una solicitud en el mismo año, voy a cobrar una cuota basada costo razonable para cada solicitud adicional.
6. El derecho de corregir o actualizar su PHI. Si usted cree que hay un error en su PHI, o que una pieza de información importante se encuentra en su PHI, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información existente o añadir la información que falta. Puedo decir “no” a su solicitud, pero que voy a decir por qué por escrito dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud.
7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este aviso. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, y usted tiene el derecho de obtener una copia de esta notificación por correo electrónico. Y, aunque haya aceptado recibir esta notificación por correo electrónico, también tiene el derecho de solicitar una copia impresa de la misma.

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO

Este aviso entró en vigor en la fecha:

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Al marcar la casilla de abajo, usted reconoce que ha recibido una copia de la HIPAA Aviso de prácticas de privacidad.

ESTOY DE ACEURDO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTAR LOS ELEMENTOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.