



Praticas de Privacidade

One World Mental Health

Mary Y. sa, Psy.D., MSCP, ABMP
Psicólogo Licenciado
61 Lincoln St
Suíte 309
Framingham, MA 01702
mimsa@oneworldmentalhealth.com
612-655-3942

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTE INFORMAÇÃO. POR FAVOR, LEIA CUIDADOSAMENTE.

I. MEU COMPROMISSO RELATIVO ÀS INFORMAÇÕES DE SAÚDE:

Eu entendo que as informações de saúde sobre você e seus cuidados de saúde são pessoais. Estou comprometido em proteger as informações de saúde sobre você. Eu crio um registro dos cuidados e serviços que você recebe de mim. Eu preciso deste registro para fornecer a você um atendimento de qualidade e para atender a certos requisitos legais. Este aviso se aplica a todos os registros de seu atendimento gerados por essa prática de cuidados de saúde mental. Este aviso informará sobre as maneiras pelas quais posso usar e divulgar informações de saúde sobre você. Também descrevo seus direitos sobre as informações de saúde que mantenho sobre você e descreverei certas obrigações que tenho em relação ao uso e divulgação de suas informações de saúde. Eu sou obrigado por lei a:

- Certifique-se de que as informações de saúde protegidas ("PHI") que identificam você sejam mantidas em sigilo.
- Dar a você esta notificação de meus deveres legais e práticas de privacidade com relação a informações de saúde.
- Siga os termos do aviso atualmente em vigor.
- Posso alterar os termos deste Aviso, e essas alterações serão aplicadas a todas as informações que eu tenho sobre você. O novo Aviso estará disponível mediante solicitação, no meu escritório e no meu site.

II. COMO POSSO USAR E DIVULGAR INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE SOBRE VOCÊ:

As categorias a seguir descrevem maneiras diferentes de usar e divulgar informações de saúde. Para cada categoria de usos ou divulgações, explicarei o que quero dizer e tentarei dar alguns exemplos. Nem todo uso ou divulgação em uma categoria será listado. No entanto, todas as maneiras que eu tenho permissão para usar e divulgar informações estarão dentro de uma das categorias.

Para Pagamento por Tratamento, ou Operações de Assistência Médica: As regras federais de privacidade permitem que os prestadores de cuidados de saúde que tenham relação direta com o paciente usem ou divulguem as informações pessoais de saúde do paciente sem a autorização por escrito do paciente, tratamento do próprio prestador de cuidados de saúde, pagamento ou operações de cuidados de saúde.

Também posso divulgar suas informações de saúde protegidas para as atividades de tratamento de qualquer profissional de saúde. Isso também pode ser feito sem a sua autorização por escrito. Por exemplo, se um médico consultasse outro profissional de saúde licenciado sobre sua condição, poderíamos usar e divulgar suas informações pessoais de saúde, que de outra forma são confidenciais, para ajudar o clínico no diagnóstico e tratamento de sua doença mental.

Divulgações para fins de tratamento não estão limitados ao padrão mínimo necessário. Porque os terapeutas e outros profissionais de saúde precisam ter acesso ao registro completo e / ou informações completas e completas a fim de fornecer um atendimento de qualidade. A palavra "tratamento" inclui, entre outras coisas, a coordenação e gestão de prestadores de cuidados de saúde com terceiros, consultas entre os prestadores de cuidados de saúde e encaminhamentos de um paciente para cuidados de saúde de um prestador de cuidados de saúde para outro.

Ações Judiciais e Disputas: Se você estiver envolvido em uma ação judicial, posso divulgar informações de saúde em resposta a uma ordem judicial ou administrativa. Também posso divulgar informações de saúde sobre seu filho em resposta a uma intimação, solicitação de descoberta ou outro processo legal por outra pessoa envolvida na disputa, mas somente se tiverem sido feitos esforços para informá-lo sobre o pedido ou obter um pedido protegendo o pedido. informação solicitada.

III DETERMINADOS Usos E DIVULGAÇÕES REQUEREM SUA AUTORIZAÇÃO:

1. Notas de Psicoterapia. Eu mantenho "anotações de psicoterapia" como esse termo é definido em 45 CFR S 164.501, e qualquer uso ou divulgação de tais notas requer sua Autorização a menos que o uso ou divulgação seja: uma. Para o meu uso no tratamento de você.
 - a. Para meu uso em defender-me em processos judiciais instituídos por você.
 - b. Para uso da Secretaria de Saúde e Serviços Humanos para investigar minha conformidade com a HIPAA.

- c. Exigido por lei e o uso ou divulgação é limitado aos requisitos de tal lei.
 - d. Exigido por lei para certas atividades de supervisão de saúde relativas ao autor das anotações de psicoterapia.
 - e. Requerido por um médico legista que esteja desempenhando funções autorizadas por lei.
 - f. Necessário para ajudar a evitar uma séria ameaça à saúde e segurança dos outros.
2. Propósitos de marketing. Como psicoterapeuta, não usarei nem divulgarei sua PHI para fins de marketing.
 3. Venda de PHI. Como psicoterapeuta, não venderei sua PHI no curso regular de meus negócios.

IV. DETERMINADOS USOS E DIVULGAÇÕES NÃO REQUEREM SUA AUTORIZAÇÃO. Sujeito a certas limitações na lei, posso usar e divulgar sua PHI sem sua Autorização pelos seguintes motivos:

1. Quando a divulgação é exigida pela legislação estadual ou federal, e o uso ou divulgação está em conformidade com e está limitado aos requisitos relevantes de tal lei.
2. Para atividades de saúde pública, incluindo notificação de suspeita de abuso de crianças, idosos ou dependentes adultos, ou prevenção ou redução de uma ameaça séria à saúde ou segurança de qualquer pessoa.
3. Para processos judiciais e administrativos, incluindo resposta a um tribunal ou ordem administrativa, embora minha preferência seja obter uma Autorização de você antes de fazê-lo.
4. Para fins de aplicação da lei, incluindo denúncias de crimes que ocorrem em minhas instalações.
5. Para médicos legistas ou médicos legistas, quando tais indivíduos estão desempenhando funções autorizadas por lei.
6. Para fins de compensação dos trabalhadores. Embora minha preferência seja obter uma Autorização sua, eu posso fornecer sua PHI para cumprir as leis de compensação dos trabalhadores.
7. Lembretes de compromisso e benefícios ou serviços relacionados à saúde. Eu posso usar e divulgar sua PHI para contatá-lo para lembrá-lo de que você tem um compromisso comigo. Também posso usar e divulgar sua PHI para informá-lo sobre alternativas de tratamento, ou outros serviços de saúde ou benefícios que ofereço.

V. DETERMINADOS USOS E DIVULGAÇÕES REQUEREM QUE VOCÊ TENHA A OPORTUNIDADE DE OBJETAR.

1. **Divulgações para familiares, amigos ou outras pessoas.** Eu posso fornecer sua PHI a um membro da família, amigo ou outra pessoa que você indicar que esteja envolvida em seus cuidados ou ao pagamento por sua assistência médica, a menos que você faça objeções no todo ou em parte. A oportunidade de consentimento pode ser obtida retroativamente em situações de emergência.

VI. VOCÊ TEM OS SEGUINTE DIREITOS COM RESPEITO À SUA PHI:

1. O direito de solicitar limites aos usos e divulgações de sua PHI. Você tem o direito de me pedir para não usar ou divulgar certas PHI para fins de tratamento, pagamento ou operações de saúde. Eu não sou obrigado a concordar com o seu pedido, e posso dizer "não" se eu acredito que isso afetaria sua saúde.
2. O direito de solicitar restrições para despesas fora do bolso pagas integralmente. Você tem o direito de solicitar restrições sobre as divulgações de suas PHI para planos de saúde para fins de pagamento ou operações de cuidados de saúde, se a PHI se referir unicamente a um item de assistência médica ou serviço de assistência médica que você pagou integralmente.
3. O direito de escolher como eu envio PHI para você. Você tem o direito de solicitar que eu entre em contato com você de uma maneira específica (por exemplo, telefone residencial ou do escritório) ou envie um e-mail para outro endereço, e concordarei com todas as solicitações razoáveis.
4. O direito de ver e obter cópias do seu PHI. Além das "anotações de psicoterapia", você tem o direito de obter uma cópia eletrônica ou em papel do seu prontuário médico e outras informações que eu tenho sobre você. Fornecerei uma cópia do seu registro, ou um resumo dele, se você concordar em receber um resumo, dentro de 30 dias do recebimento da sua solicitação por escrito, e eu posso cobrar uma taxa razoável com base no custo por isso.
5. O direito de obter uma lista das informações eu tenho feito. Você tem o direito de solicitar uma lista de casos em que eu divulgamos a sua PHI para fins que não o tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde, ou para o qual me fornecidos com fins uma autorização. Responderei a sua solicitação de contabilização de divulgações em até 60 dias após o recebimento da sua solicitação. A lista que lhe darei incluirá as divulgações feitas nos últimos seis anos, a menos que você solicite um período mais curto. Fornecerei a lista sem custos para você, mas se você fizer mais de uma solicitação no mesmo ano, cobraremos uma taxa com base em custos razoáveis para cada solicitação adicional.
6. O direito de corrigir ou atualizar seu PHI. Se você acredita que há um erro em sua PHI, ou que uma informação importante está faltando na sua PHI, você tem o direito de solicitar que eu corrija as informações existentes ou adicione as informações que faltam. Eu posso dizer "não" ao seu pedido, mas vou lhe dizer por que, por escrito, no prazo de 60 dias depois de receber o seu pedido.
7. O direito de obter um documento ou cópia eletrônica deste aviso. Você tem o direito de obter uma cópia em papel deste Aviso, e você tem o direito de obter uma cópia deste aviso por e-mail. E, mesmo que você tenha concordado em receber este Aviso via email, você também tem o direito de solicitar uma cópia impressa do mesmo.

DATA EFETIVA DESTE AVISO

Este aviso entrou em vigor na data:

Confirmação do recebimento do aviso de privacidade

Sob a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro de Saúde de 1996 (HIPAA), você tem certos direitos em relação ao uso e divulgação de suas informações de saúde protegidas. Ao marcar a caixa abaixo, você está reconhecendo que recebeu uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA.

CLICANDO NO CHECKBOX ABAIXO ESTOU CONCORDANDO QUE LER, ENTENDI E CONCORDO COM OS ITENS CONTIDOS NESTE DOCUMENTO.