



**THERAYOUTH**

**TheraYouth Foundation**

therayouth.org | Email: info@therayouth.org | Phone: 908-662-1000 | Fax: 973-385-8226

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o representante de paciente: \_\_\_\_\_

Relación hacia el paciente: \_\_\_\_\_

## **Prácticas de privacidad de HIPAA y reconocimiento del cliente**

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe como se puede usar y divulgar su información médica y como puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

### **NUESTRO DEBER LEGAL**

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen mantener la privacidad de su información médica protegida (PHI). También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su PHI. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que la ley aplicable permite tales cambios. Nos reservamos el derecho de realizar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de su aviso efectivo para toda la PHI que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Puede solicitar una copia de nuestro aviso (o cualquier aviso revisado posterior) en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestra práctica de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este aviso.

### **Uso y divulgación de su Información medica protegida (PHI)**

Usaremos y divulgaremos su PHI sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su PHI que pueden ocurrir. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede hacer nuestra oficina.

*Tratamiento:* Podemos divulgar la PHI, incluido el examen físico y el historial sobre usted, a los proveedores médicos involucrados en su atención. También podemos divulgar información médica sobre usted, con su permiso, a personas que puedan estar involucradas en el mantenimiento de su salud o bienestar, como familiares, amigos, servicios de salud en el hogar, agencias de apoyo, clérigos u otros.

*Pago:* Su PHI se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención de la salud que le recomendamos, tales como: determinar la

elegibilidad o la cobertura de los beneficios del seguro, revisar los servicios que se le brindan por necesidad de salud protegida, y emprender actividades de revisión de la utilización.

*Operaciones de atención médica:* podemos usar o divulgar, según sea necesario, su PHI para llevar a cabo ciertas actividades comerciales y operativas. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes, otorgamiento de licencias y realización de otras actividades comerciales. Cuando hacemos esto, la información que lo identifica puede eliminarse de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes específicos. Por ejemplo, también podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su terapeuta esté listo para verlo. Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted por teléfono o correo para recordarle su cita. Se le pedirá que nos proporcione los números de teléfono a los que desea que llamemos.

Compartiremos su PHI con "socios comerciales" de terceros que realizan diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción) para la práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial involucre el uso o la divulgación de su PHI, tendremos un contrato por escrito con ellos que contenga términos que protegerán la privacidad de su PHI.

Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos usar y divulgar su PHI para otras actividades de marketing. Por ejemplo, su nombre y dirección pueden usarse para enviarle un boletín informativo sobre nuestra práctica y los servicios que ofrecemos. También podemos enviarle información sobre productos o servicios que creemos que pueden ser beneficiosos para usted. Puede comunicarse con nosotros para solicitar que no le enviemos estos materiales.

*Usos y divulgaciones basados en su autorización por escrito:* otros usos y divulgaciones de su PHI se realizarán solo con su autorización, a menos que la ley permita o exija lo contrario, como se describe a continuación.

Puede darnos una autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. Sin su autorización por escrito, no divulgaremos su PHI excepto como se describe en este aviso.

*Otros involucrados en su atención médica:* A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su PHI que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario, si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar PHI para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su condición general o su muerte.

*Comercialización:* Podemos usar su PHI para contactarlo con información sobre alternativas de tratamiento que pueden ser de su interés. Podemos divulgar su PHI a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. A menos que la información se le proporcione a través de un boletín informativo general o en persona, o sea para productos o servicios de valor nominal, puede optar por no recibir más dicha información comunicándonos mediante la información de contacto que se encuentra al final de este aviso.

*Investigación de defunción; Donación de órganos:* podemos usar o divulgar su PHI con fines de investigación en circunstancias limitadas. Podemos divulgar la PHI de una persona fallecida a un

médico forense, examinador de salud protegido, director de una funeraria u organización de obtención de órganos para ciertos fines.

*Salud y seguridad públicas:* podemos divulgar su PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente hacia su salud o seguridad, o la salud o seguridad de los demás. Podemos divulgar su PHI a una agencia gubernamental autorizada para supervisar el sistema de atención médica o los programas gubernamentales o sus contratistas ya las autoridades de salud pública con fines de salud pública.

*Supervisión de la salud:* podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, programas de beneficios, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.

*Abuso o negligencia:* podemos divulgar su PHI a la autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos divulgar su PHI si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad o agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales.

*Administración de Alimentos y Medicamentos:* Podemos divulgar su PHI a una persona o compañía requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Administración para reportar eventos adversos, defectos o problemas de productos, desviaciones de productos biológicos; rastrear productos; para permitir la retirada de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; o para realizar vigilancia posterior a la comercialización, según se requiera.

*Actividad delictiva:* De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su PHI si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar PHI si es necesario para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o detengan a una persona.

*Según exigido por ley:* Podemos usar o divulgar su PHI cuando la ley así lo exija. Por ejemplo, debemos divulgar su PHI al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. previa solicitud con el fin de determinar si cumplimos con las leyes federales de privacidad. Podemos divulgar su PHI cuando lo autorice la Compensación de trabajadores o leyes similares.

*Proceso y procedimientos:* podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, en determinadas circunstancias. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden judicial o citación de un gran jurado, podemos divulgar su PHI a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

*Cumplimiento de la ley:* podemos divulgar información limitada a un oficial de cumplimiento de la ley con respecto a la PHI de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctima de un delito o persona desaparecida. Podemos divulgar la PHI de un preso u otra persona bajo custodia legal a un oficial de la ley o una institución correccional bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar la PHI cuando sea necesario para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a capturar a una persona que haya admitido su participación en un delito o haya escapado de la custodia legal.

## DERECHOS DEL CLIENTE

**Acceso:** Tiene derecho a ver u obtener copias de su PHI, con excepciones limitadas. Debe realizar una solicitud por escrito a la persona de contacto que se indica en este documento para obtener acceso a su PHI. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final del aviso. Si solicita copias, le cobraremos por cada página, por hora de tiempo del personal para ubicar y copiar su PHI, y el costo postal si desea que le enviemos las copias por correo. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su PHI por una tarifa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

**Derecho a solicitar un informe de divulgaciones:** tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica, cuando usted lo autorizó específicamente y un número limitado de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, las instituciones correccionales y las fuerzas del orden. Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud por escrito a nuestra oficina. Deberá indicar un plazo, que no podrá ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en que forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.

Tiene derecho a solicitar un "registro de divulgaciones" de información de salud en los últimos seis años, excepto las divulgaciones para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para las cuales no se obtuvo una autorización, o que se realizaron con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a TheraYouth Foundation. Su solicitud debe indicar un período de tiempo. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.

**Derecho a solicitar restricciones:** tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Si pagó la totalidad de su bolsillo, tiene derecho a solicitar que no se comparta información con su aseguradora, y debemos cumplir con esta solicitud.

No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia. Estamos obligados a cumplir con su solicitud de no compartir información con su aseguradora solo si ha pagado la totalidad de su bolsillo. Para solicitar restricciones en los registros de su consultorio, debe realizar su solicitud por escrito TheraYouth Foundation. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgación a su cónyuge.

**Comunicación confidencial:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial acerca de su PHI por medios alternativos o una ubicación alternativa, y continuar permitiéndonos facturarle y cobrarle el pago.

*Modificación:* Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que desea modificar o por otras razones. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo para modificar la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas o entidades que usted nombre, de la modificación e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

*Aviso electrónico:* si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), tiene derecho a recibir este aviso por escrito. Comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso para obtener este aviso por escrito.

*Cambios a este aviso:* Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual en nuestra ubicación con su fecha de vigencia en la esquina superior izquierda. Tiene derecho a una copia del aviso actualmente en vigor.

Le informaremos de cualquier cambio significativo en este Aviso. Esto puede ser a través de nuestro boletín informativo, un letrero destacado en nuestras ubicaciones, un aviso publicado en nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

*Violación de la información de salud:* Le informaremos si hay una violación de su PHI no segura.

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si cree que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su PHI o en respuesta a una solicitud que realizó, puede presentar una queja a través de la información de contacto a continuación. También puede enviar un escrito queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le facilitaremos la dirección para presentar su denuncia ha pedido.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si tiene más preguntas sobre nuestra política de privacidad, comuníquese con nuestra oficina a través de:

Tel: (908) 662-1000

Fax: 973-385-8226

Email: [info@therayouth.org](mailto:info@therayouth.org)

Address: TheraYouth Foundation 65 Jefferson Ave, Suite 404, Elizabeth, New Jersey 07201.

## **RECONOCIMIENTO: RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He recibido, leído y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de TheraYouth Foundation a partir del 1 de septiembre de 2019.

Firma:

Fecha:

---

---