



## **Rooted Counseling, PLLC**

rootedcounseling.net

403 W Cherry Ln • Meridian, ID 83642

teléfono: (208) 887-1911 ext 105 • Fax: (208) 895-8049

Email: luis.cortez0712@gmail.com

### **Aviso de prácticas de privacidad Seguro de salud y Aviso de responsabilidad (HIPPA)**

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.*

Como parte de mi práctica profesional, mantengo información personal sobre usted y su salud. Las leyes estatales y federales protegen dicha información al limitar sus usos y divulgaciones. La “información médica protegida” (PHI, por sus siglas en inglés) es información que usted, incluyendo información demográfica, puede identificarlo o ser utilizado para identificarlo y se relaciona con su salud, condición física o mental pasada, presente o futura, la provisión de atención médica. servicios, o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención médica.

#### **Derechos de los clientes con respecto a su PHI:**

- Derecho de acceso para inspeccionar y copiar: usted tiene el derecho, que puede estar restringido solo en ciertas circunstancias limitadas, a inspeccionar y copiar su PHI que conservo.
- Derecho a una contabilidad de divulgaciones: tiene derecho a solicitar una copia de la contabilidad requerida de divulgaciones que hago de su PHI.
- Derecho a solicitar restricciones: tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago u opciones de atención médica.
- Derecho a una copia de este aviso: tiene derecho a una copia en papel de este aviso.
- Derecho a presentar una queja: tiene derecho a presentar una queja por escrito conmigo o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que he violado sus derechos de privacidad. No tomaré represalias contra usted por presentar una queja. Mis usos y divulgaciones de la PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica: Tratamiento: Puedo usar su PHI con el fin de brindarle tratamiento de atención médica. Para coordinar y administrar su atención, puedo divulgar su PHI a otros proveedores actuales y, en la medida en que no haya causado una objeción por escrito, a sus proveedores o a otras personas, incluidos miembros de la familia, que participan en su atención. Operaciones de atención médica: Puedo usar y divulgar su PHI para las operaciones de atención médica de mi práctica profesional. Dichas divulgaciones serán a los Asociados comerciales para educación sobre atención médica, o para proporcionar planificación, control de calidad, revisión por pares, administración, legal o financiera Servicios que me ayuden en la entrega de su atención médica. Otros usos y divulgaciones que no requieren su autorización u oportunidad de objetar: Requerido por la ley: Puedo usar o divulgar su PHI en la medida en que la ley exija su uso o divulgación, de conformidad con la ley y limitado a la Requisitos pertinentes de la ley. Algunos ejemplos son informes de salud pública, informes de abuso y negligencia, informes de cumplimiento de la ley e informes a médicos forenses y examinadores médicos en relación con la investigación de muertes. También debo hacer revelaciones al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el propósito de investigar o determinar

mi cumplimiento con los requisitos de la Regla de Privacidad. Supervisión de la salud. Puedo divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, como mi licencia profesional. Las agencias de supervisión también incluyen agencias gubernamentales y organizaciones que auditan su prestación de asistencia financiera para mí (como los pagadores de terceros).

---

Amenaza a la salud o seguridad. Puedo revelar su PHI cuando sea necesario para minimizar un peligro inminente para la salud o seguridad de usted o de cualquier otra persona.

**Políticas de privacidad:**

Recordatorios de citas. Puedo usar su PHI para contactarlo y recordarle sus citas conmigo.

Proceso obligatorio. Revelaré su PHI si un tribunal de jurisdicción competente emite una orden apropiada. También divulgaré su PHI si: (1) se nos notificó a usted y a mí, por lo menos catorce días antes de una citación u otra demanda legal, identificando la PHI solicitada y la fecha en que se debe obtener una orden de protección para evitar mi cumplimiento, (2) no se ha obtenido una orden de protección judicial o administrativa calificada, (3) he recibido garantías satisfactorias de que recibí notificación de la oportunidad de limitar o anular la demanda de descubrimiento, y (4) ese tiempo ha transcurrido

Usos y divulgaciones de la PHI con su autorización escrita I realizará otros usos y divulgaciones de su PHI solo con su autorización por escrito. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, a menos que haya tomado una acción sustancial en relación con la autorización, como por ejemplo proporcionar servicios de atención médica por los cuales debo presentar reclamos posteriores para el pago.

*Este Aviso de prácticas de privacidad le informa cómo puedo usar y divulgar su PHI y sus derechos con respecto a su PHI. La ley me obliga a mantener la privacidad de su PHI y a informarle sobre mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Estoy obligado a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Me reservo el derecho de cambiar los términos de mi Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad será efectivo para toda la PHI que conservo en ese momento.*

Información de contacto: Luis Cortez, LPC

Luis.Cortez0712@gmail.com

Quejas: Si cree que he violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a mí, como mi propio Oficial de Privacidad, especificado en la primera página de este Aviso. No tomaré represalias contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Reconocimiento: Por la presente reconozco haber recibido una copia de este Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del cliente \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_