



**Erica Thomas, M.A., LMFT**  
**Licensed Marriage and Family Therapist #77166**

**AVISO DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO CON CUIDADO.**

**Su privacidad es importante para mí.**

Debido a que entiendo que la información médica sobre usted y su familiar es personal, estoy comprometida a proteger su información médica.

Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información médica. Este aviso también describe sus derechos y ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información médica. Puedo cambiar los términos de este aviso, y estos cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en mi oficina y en mi sitio web.

**USOS Y REVELACIONES:**

- Se accede a su información de salud protegida y se usa para propósitos relacionados con la salud solamente.
- Su información de salud protegida nunca se vende, se alquila, se transfiere, se intercambia y / o se usa para fines no relacionados con la salud sin su autorización por escrito.
- Su información médica protegida se revela a entidades de terceros sin autorización por escrito con el propósito de tratamiento, para obtener el pago por el tratamiento y por las operaciones de atención médica.

**CIERTAS CIRCUNSTANCIAS**

Su información médica protegida puede ser revelada sin su autorización escrita en ciertas circunstancias limitadas.

- Para mi uso en el tratamiento de usted o en la consulta con otros profesionales de la Salud Mental sobre su tratamiento
- Para mi uso en la capacitación o supervisión de otros profesionales de Salud Mental
- Emergencias Médica
- Cuando lo exija la ley
- Con personas involucradas en su cuidado
- Cuando lo solicite una agencia de salud pública
- Cuando lo solicite una agencia policial

Para cualquier propósito que no sea el tratamiento, la obtención de pagos, las operaciones de atención médica o ciertas circunstancias, le pediré su autorización por escrito antes de usar o revelar su Información de Salud Protegida. Si usted decide firmar una autorización para revelar Información Protegida de Salud, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento.

Recordatorio de citas: Puedo usar o revelar su Información de Salud Protegida para proporcionar recordatorios de citas como mensajes de correo de voz, postales o cartas.

**Divulgación a los padres como representantes personales de menores**

En la mayoría de los casos, puedo divulgar la información médica de su hijo menor a usted. Sin embargo, en algunas situaciones, la ley me permite o incluso me obliga a denegarle el acceso a la información médica de su hijo menor. Un ejemplo de cuándo debo negar ese acceso, es cuando yo creo que la divulgación de dicha información sería perjudicial para el tratamiento del niño y / o la relación terapéutica. Otra situación en la que debemos negar el acceso a los padres es cuando los menores tienen el derecho de los adultos a tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud.

## DERECHOS DEL PACIENTE

Usted tiene el derecho de solicitar ...

- Por escrito, para inspeccionar y / o recibir una copia de su información de salud. (Las notas de psicoterapia están excluidas de este derecho) \*
- Un medio o lugar alternativo para recibir comunicaciones con respecto a su información de salud. \*
- Por escrito, para enmendar o corregir cualquier información médica registrada en mi poder. \* \*\*
- Por escrito, para restringir algunos de los usos y revelaciones de su información de salud. \* \*\*
- Por escrito, una contabilidad de ciertas revelaciones de su información de salud que fueron hechas por Me. \*

\* Pueden aplicarse condiciones y limitaciones; Obtenga información adicional de mí.

\*\* Puedo negar su solicitud, pero se le notificará el motivo de la denegación.

## CÓMO QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que he violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con mí, como el Oficial de Privacidad de mi Práctica. Mi dirección y número de teléfono son:

Erica Thomas, LMFT

P. O. Box 1394

Rohnert Park, CA 94928

707-206-8698

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

1. Enviando una carta a: 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201.
2. Llamando al 1-877-696-6775; o
3. Visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

No tomaré represalias contra usted si presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad.

## RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad que incluye el reconocimiento de la adhesión a las pautas de HIPAA. Entiendo que si tengo alguna pregunta con respecto a la Notificación de Prácticas de Privacidad o mis derechos de privacidad, puedo hablar con mi terapeuta, Erica Thomas, LMFT

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_  
(por favor imprimir)

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el cliente, indique la relación:

\_\_\_\_\_ Padre o guardião

\_\_\_\_\_ Otro Representante