



Nahmad-Faith
Psicoterapia

Nahmad-Faith Psicoterapia, LLC
1515 East Lake Street, Suite 211
Minneapolis, MN 55407
(612) 384-5602
enahmadfaith@outlook.com

NOTIFICACION DE PRACTICAS PRIVADAS

FECHA DE EFECTIVIDAD: 01 SEPTIEMBRE 2013

Este aviso describe cómo se puede usar la información médica sobre usted y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Por favor, revise con cuidado.**

Sus Derechos

Usted tiene el derecho a:

- Obtenga una copia de su documento o registro médico electrónico
- Corrija su papel o registro médico electrónico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Consúltenos para limitar la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe en su representación
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus Elecciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información como:

- Comunicarle a sus amigos y familia acerca de su condición
- Proporcionar atención de salud mental

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos usar y compartir su información como:

- Tratarlo
- Ejecutar nuestra organización
- Bill por sus servicios
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Cumplir con la ley
- Compensación de Dirección de los trabajadores, la policía, y otras solicitudes de los gobiernos
- Responder a las demandas y acciones legales

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tenemos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Consúltenos para corregir su expediente médico

- Usted puede pedir que corriamos la información médica acerca de usted que usted cree que es incorrecta o incompleta. Consúltenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos que ponemos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, en casa o en la oficina del teléfono) o enviar un correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

Consúltenos para limitar lo que usamos o compartir

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o las operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir "no" si afectaría a su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o artículo médico fuera de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o de las operaciones de su compañía de seguros de salud. Vamos a decir "sí" a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de los tiempos que hemos compartido su información de salud por seis años antes de la fecha en que solicite, que compartimos con, y por qué.
- Vamos a incluir todas las revelaciones, excepto para aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, y ciertas otras informaciones (como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Nosotros le proporcionaremos con una copia rápidamente.

Elija a alguien para que actúe en su representación

- Si usted ha dado a alguien poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene la autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

Presentar una queja si considera que sus derechos son violados

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información en la página 1.
- Usted puede presentar una queja ante el U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Elecciones

Para obtener cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y opción para decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos, u otras personas involucradas en su cuidado

Si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si pierde el conocimiento, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, no compartimos su información, a menos que usted nos da permiso por escrito:

- Ventas de su información
- Fines de mercadotecnia
- Más intercambio de notas de psicoterapia

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo se suele utilizar o compartir su información de salud?

Normalmente usamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras.

Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trate por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Ejecutar nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponerse en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica acerca de usted para manejar su tratamiento y servicios.

Bill por sus servicios

Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud por lo que pagar por sus servicios.

¿Cómo podemos utilizar o compartir su información de salud?

Se nos permite o nos obliga a compartir su información de otras maneras - por lo general de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir la información sobre su salud para determinadas situaciones tales como:

- Reporte cualquier sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona

Cumplir con la ley

Vamos a compartir información sobre usted cuando las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

Compensación de Dirección de los trabajadores, la policía, y otras solicitudes de los gobiernos

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
- A los efectos de aplicación de la ley o con un agente de la ley
- Con las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como la seguridad nacional, fuerzas armadas y los servicios de protección presidenciales

Responder a las demandas y acciones legales

Podemos compartir la información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Nosotros lo haremos saber lo antes posible si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información distinta a la descrita aquí a menos que nos diga lo que podamos por escrito. Si nos dicen que puede, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Haznos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Los Cambios en las Condiciones de Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de este aviso de privacidad, nuestras políticas de privacidad, o tiene una queja acerca de una decisión que hemos tomado sobre el acceso a sus registros, por favor póngase en contacto con Ethel Nahmad-Faith para que podamos responder a sus preguntas o inquietudes. Puede poner en contacto con Ethel por teléfono al 612-384-5602, por correo electrónico a eNahmadFaith@outlook.com, o por correo a 1515 E. Lake St. # 211, Minneapolis, MN 55407.

He leído y comprendido el presente Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____
 Firma del Padre del Cliente/Tutor: _____ Fecha: _____