



4534 Westgate Blvd, Ste. 112
Austin, Texas 78745

Aviso de Prácticas Privadas

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN DE CUIDADO DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

I. Usos y Divulgaciones del Tratamiento, Pagos, y Operaciones de Cuidado de Salud

RestoreFx puede *utilizar o divulgar su información de salud protegida (IPH para sus siglas en Inglés)* del *tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud con su consentimiento*. Para ayudar a clarificar estos términos, aquí hay algunas definiciones:

☐ "PHI" se refiere a información sobre cualquier record de cuidado de salud que RestoreFx mantenga sobre usted que pueda identificarlo.

☐ "Tratamiento, Pago, y Operaciones de Cuidado de Salud "

Tratamiento es cuando se provee, coordina o maneja su cuidado de salud, y otros servicios relacionados con su cuidado de salud. Un ejemplo de tratamiento puede ser cuando el equipo de trabajo de RestoreFx consulta a otro proveedor de cuidado de salud, así como (pero no limitado a) su médico familiar, manejador(a) de casos, terapeuta físico, doctor especialista en de dolor, o psicólogo(a).

Pago es cuando RestoreFx obtiene reembolso por su cuidado de salud. Ejemplos de pagos son cuando nosotros reportamos su PHI a cualquier tercer pagador para obtener reembolso por su cuidado de salud, o para determinar elegibilidad o cobertura.

Operaciones de Cuidado de Salud son actividades que se relacionan con el desempeño y operaciones de nuestra práctica. Ejemplos de operaciones de cuidado de salud son evaluaciones de calidad, y actividades de mejoramiento, asuntos relacionados con el negocio así como auditorías y servicios administrativos, manejos de casos y coordinación de cuidado.

☐ "Uso" está aplicado solamente a actividades dentro de nuestra práctica así como, compartir, emplear, utilizar, examinar, y analizar información que lo identifiquen a usted.

☐ "Reporte" está aplicado a actividades fuera de nuestra práctica así como, reportes, transferencias, o provisiones de acceso a información sobre usted a otras partes.

II. Usos y Reportes que Requieren Autorización

RestoreFx puede utilizar o divulgar PHI para propósitos por fuera del tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado de salud cuando la autorización apropiada es obtenida. Una “*autorización*” es un permiso escrito que permite reportes específicos mas allá de lo que está permitido en el consentimiento informado y permitidos más allá del consentimiento general. En esas instancias cuando a RestoreFx se le pregunta por información para propósitos más allá del tratamiento, pago, y operaciones de salud, nosotros obtendremos una autorización de usted antes de reportar esta información. Nosotros también necesitaremos obtener de usted una autorización antes de enviar sus notas de tratamiento. “*Notas de Tratamiento*” son notas que el equipo tratante ha hecho sobre conversaciones que usted ha tenido durante una sesión privada, en grupo, conjunta, o en consejería familiar, que hemos hecho separada del resto de sus records médicos. Éstas pueden incluir notas de psicoterapia. Bajo ley federal estas notas tienen un nivel mayor de protección que las PHI.

Usted puede negarse a tales autorizaciones (relacionadas con PHI o notas de psicoterapia) en cualquier momento, y ésta negacion debe hacerse por escrito. Usted no puede negar tales autorizaciones en el momento en que (1) RestoreFx se ha comprometido con dicha autorización; o (2) si la autorización fue obtenida como una condición de obtener cobertura de seguro y la ley prohíbe al asegurador el derecho de contestar el caso bajo la póliza.

III. Usos y Divulgaciones sin Consentimiento ni Autorización

RestoreFx puede reportar PHI sin su consentimiento o sin autorización en las siguientes circunstancias:

▣▣**Abuso a Menores:** Si tenemos una razón para creer que un menor a estado, o puede haber estado, abusado, abandonado, puesto en peligro físico o abusado sexualmente, debemos hacer un reporte de ésto dentro de las siguientes 48 horas al Departamento de Protección y Servicios de Regulación de Texas (Texas Department of Protective and Regulatory Services), La Comisión de la Juventud de Texas (Texas Youth Commission), o cualquier agencia de refuerzo de ley local o estatal.

▣▣**Abuso Adulto y Doméstico:** Si tenemos una razón para creer que un anciano o persona discapacitada está en estado de abuso, abandono, o explotación, debemos inmediatamente reportar ésta razón al Departamento de Protección y Servicios de Regulación de Texas (Department of Protective and Regulatory Services).

▣▣**Descuido de la Salud:** Si una queja se ha archivado en contra de cualquier proveedor de RestoreFx a su Junta profesional de Licencias, estas Juntas tienen la autorización de solicitar la información confidencial de salud mental de RestoreFx relevante a esa queja.

▣▣**Procedimientos Judiciales o Administrativos:** Si usted está involucrado con un procedimiento en la corte y una petición se ha hecho sobre información sobre su diagnóstico y tratamiento y sus records correspondientes, ésta información es privilegiada bajo ley estatal. RestoreFx no divulgará dicha información a menos que haya ya una autorización por escrito de usted o de su representante legal, o una orden de la corte. Este privilegio no aplica cuando usted está siendo evaluado por un tercero, o si la evaluación es requerida por la corte. Usted será informado por adelantado si éste es el caso.

▣▣**Amenaza Seria a la Salud o Seguridad:** Si nosotros determinamos que existe la probabilidad de una lesión física inminente de usted para usted, o de usted a otros, o si existe la probabilidad de lesión mental o emocional a usted, nosotros podremos divulgar información confidencial de salud mental relevante a personal médico o de aplicación de ley.

▣▣**Worker’s Compensation/Remuneración del Trabajador:** Por favor sea consciente que ya que usted ha sido referido por un caso de Worker’s Comp/Remuneración del Trabajador, nosotros divulgaremos los records correspondientes a su diagnóstico y tratamiento a la compañía de seguros vinculada a su empleador.

IV. Sus Derechos y Mis Deberes

Sus Derechos:

☐☐*Derecho a Pedir Restricciones.* Usted tiene el derecho a pedir restricciones en ciertos usos y divulgaciones de información protegida de salud sobre usted. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción que usted pide.

☐☐*Derecho a Recibir Comunicación Confidencial por Medios Alternativos y Lugares Alternativos.* Usted tiene el derecho de pedir y recibir comunicación confidencial de su PHI por medios alternativos o lugares alternativos. (Por ejemplo, usted puede que no quiera que un miembro de su familia sepa que usted está siendo tratado en RestoreFx. Con su petición, nosotros enviaremos cualquier correo a usted a una dirección alterna que usted nos provea).

☐☐*Derecho a Inspeccionar y Copiar.* Usted tiene el derecho a inspeccionar o obtener copia (inspeccionar y obtener copia) de su PHI y notas de tratamiento en sus records de salud médica y records de pagos utilizados para tomar decisiones sobre usted, durante el tiempo en el que los records sean mantenidos. RestoreFx puede negar acceso a sus PHI o a sus notas de tratamiento en algunas circunstancias, pero en algunos casos usted puede revisar esta decisión. Bajo su petición, nosotros discutiremos con usted los detalles del proceso de petición y negación.

☐☐*Derecho a Enmendar.* Usted tiene el derecho de pedir una enmendadura de su PHI por todo el tiempo en el que los records sean mantenidos. RestoreFx puede negar esta petición. Bajo su petición, nosotros discutiremos con usted los detalles del proceso de enmendadura.

☐☐*Derecho a una Contabilidad.* Usted generalmente tiene derecho a recibir una contabilidad de la divulgación de su PHI por la cual usted no haya autorizado o consentido (como está descrito en la Sección III de este Aviso). Con su solicitud, nosotros discutiremos con usted los detalles de este proceso de contabilidad.

☐☐*Derecho a una Copia de Papel.* Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel sobre las notificaciones de RestoreFx bajo petición, incluso cuando usted haya acordado recibir una notificación de manera electrónica.

Mis Deberes:

☐☐Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de PHI y de proveerlo a usted con notificación de sus deberes legales y prácticas privadas con respecto a PHI.

☐☐Nos reservamos el derecho a cambiar las pólizas de privacidad y de prácticas descritas en éste aviso. Si lo notificamos a usted de estos cambios, estamos obligados a seguir los términos actuales en efecto.

☐☐En el momento en el que usted se vea afectado individualmente por el cambio de nuestras pólizas y procedimientos, RestoreFx le informará a usted de éste caso, y si usted lo solicita, le proveeremos con una copia de las nuevas pólizas y procedimientos por medio del correo postal (United States Postal Service). Adicionalmente, si usted lo solicita RestoreFx le proveerá con una copia de las nuevas pólizas y procedimientos ya sea a través del correo postal, vía correo electrónico, o en persona, sin importar si usted vaya a ser afectado por estos cambios o no.

V. Preguntas y Quejas

Si usted tiene preguntas sobre éste aviso, no está de acuerdo con alguna decisión que tomemos acerca del acceso de sus records, o tiene otras preocupaciones sobre sus derechos de privacidad, usted puede contactar al Administrador de la Oficina en RestoreFx.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados y desea archivar una queja con RestoreFx, usted puede enviar su queja por escrito a RestoreFx a la dirección que aparece en nuestro encabezado.

Usted también puede enviar una queja escrita al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Nosotros podremos proveerlo con la dirección apropiada si usted lo solicita.

Usted tiene derechos específicos bajo la Norma de Privacidad. RestoreFx no va a tomar represalias en contra suya por hacer regir el derecho de archivar una queja.

VI. Fecha Efectiva, Restricciones y Cambios a la Póliza de Privacidad

Esta notificación tiene efecto en Enero del 2008.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de éste aviso y de hacer las notificaciones de proviciones nuevas para todos los PHI que RestoreFx mantiene. Publicaremos éstos términos revisados en nuestra página web www.restorefx.com. En el evento en que usted sea posiblemente afectado individualmente por el cambio en el material en nuestros términos, le proveeremos a usted una copia de los nuevos términos a traves del correo postal, vía correo electronico, o en persona sin importar si estos cambios lo afectan o no. Es su responsabilidad proveernos una dirección específica y/o un medio de contacto por el cual podramos hacer honor a esta petición y enviarle la información.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

En concordancia con el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) de 1996, RestoreFx ha desarrollado un **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS** el cual hacemos accesible a usted en concordancia con la ley. También le estamos haciendo entrega de un documento describiendo la naturaleza de nuestros servicios y otra información que esperamos le sea útil.

RestoreFx puede revisar estos documentos en cualquier momento sin notificación. Un **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS** puede ser obtenido al hacerlo por escrito a la dirección que se encuentra abajo. Adicionalmente, un **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS** actual estará exhibida en la oficina.

Por favor firme a continuación para reconocer que usted ha recibido una copia de nuestro **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS** y documentos de información de pacientes.

También le pedimos que nos de consentimiento para utilizar y divulgar Información Protegida de Salud (PHI) sobre usted para llevar a cabo el tratamiento y recibir pagos. Una descripción de estos usos y divulgaciones está en el **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS**. Si un individuo se niega a proveer este consentimiento escrito, nos reservaremos el derecho a no aceptar a ese individuo como paciente.

Yo reconozco que he recibido una copia del **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS** e información de clientes de RestoreFx.

Yo también le doy a RestoreFx consentimiento para usar y divulgar la Información Protegida de Salud (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamiento y recibir pagos.

Firma de Paciente/Guardián

Fecha