



255 Main Street, Suite 206
Pawtucket, RI 02860
Phone: (401) 327-2442
Pager: (401) 350-1193
Email: Info@SabaterLAB.org
www.sabaterlab.org

*Bilingual Psychological Services for Children,
Adolescents, Families, & Adults.*
COUNSELING•ASSESSMENT•CONSULTATION

reach out. find Hope. stand up with confidence. live with a purpose.
At SabaterLAB, we can help.

Notificación de Prácticas de Privacidad de HIPAA

Fecha Efectiva: 03/04/2021

Disponibles en nuestro sitio web en www.sabaterlab.org, en la sección “HIPAA y otros formularios”.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Sabater Laboratory for Psychological Innovations, Inc. (SabaterLAB) al (401) 327-2442. Tenga en cuenta que este aviso es requerido por la ley federal, y la información que contiene está obligada por esa ley. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se utiliza su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), comuníquese con nosotros.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida ("PHI") y que le proporcionemos esta notificación de prácticas de privacidad ("Notificación"). Debemos cumplir con los términos de esta notificación, y debemos notificarle si ocurre una violación de su PHI no asegurada. Podemos cambiar los términos de esta notificación, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará disponible en la solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web. El sitio web siempre tendrá la versión más reciente.

Excepto por los fines específicos establecidos a continuación, usaremos y divulgaremos su PHI solo con su autorización por escrito ("Autorización"). Usted tiene derecho a revocar dicha Autorización en cualquier momento mediante la notificación por escrito de su revocación.

Los usos (práctica interna) y las divulgaciones (práctica externa) relacionados con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica no requieren su consentimiento por escrito. Podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por los siguientes motivos:

1. **Para su tratamiento.** Podemos usar y revelar su PHI para tratarlo, lo que puede incluir revelar su PHI a otro profesional de la salud. Por ejemplo, si está siendo atendido por un médico o

un psiquiatra, podemos revelarle su PHI para ayudarlo a coordinar su atención, aunque preferimos que nos otorgue una Autorización para hacerlo.

2. **Para obtener el pago de su tratamiento.** Podemos usar y revelar su PHI para facturar y cobrar el pago del tratamiento y los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podríamos enviar su PHI a su compañía de seguros para recibir el pago por los servicios de atención médica que le hemos brindado, aunque nuestra preferencia es que nos otorgue una Autorización para hacerlo.
3. **Para operaciones de salud.** Podemos usar y revelar su PHI con el fin de realizar operaciones de atención médica relacionadas con nuestra práctica, incluido contactarlo cuando sea necesario. Por ejemplo, es posible que tengamos que revelar su PHI a nuestro abogado para obtener consejos sobre el cumplimiento de las leyes.

Ciertos usos y divulgaciones requieren su autorización.

1. **Notas de psicoterapia.** En general, no usaremos ni revelaremos la información registrada por un profesional de salud mental para documentar o analizar conversaciones con usted en terapia, a menos que usted nos autorice a hacerlo. Sin embargo, podemos usar o revelar dicha PHI sin su autorización para los siguientes fines: (a) el profesional de la salud que registró la información puede usarla para tratarle; (b) en situaciones limitadas, podemos usar o revelar dicha PHI en relación con la capacitación en asesoramiento sobre salud mental que se realiza en una de nuestras instalaciones; (c) podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia para defendernos contra cualquier proceso legal que usted haya presentado; y (d) el cumplimiento de la ley, la salud pública, la supervisión de la salud o para evitar daños (cada uno como se describe en este documento). Alternativamente, puede solicitar que preparemos un resumen de su tratamiento y que le pongamos una copia a su disposición. Puede haber tarifas razonables, basadas en costos, relacionadas con la copia del registro o la preparación del resumen.
2. **Fines de marketing.** No utilizaremos ni revelaremos su PHI con fines de marketing. La comercialización se define como recibir una remuneración financiera por comunicar a los pacientes los servicios o productos relacionados con la salud de otras empresas.
3. **Venta de PHI.** No venderemos su PHI en el curso regular de nuestro negocio.

Ciertos usos y revelaciones no requieren su autorización. Sujeto a ciertas limitaciones exigidas por la ley, podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por los siguientes motivos:

1. Cuando la ley estatal o federal exige la revelación, y el uso o divulgación cumple y se limita a los requisitos relevantes de dicha ley.
2. Para actividades de salud pública, que incluyen reportar sospechas de abuso de niños, adultos mayores o adultos dependientes, o prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.
3. Para actividades de supervisión de salud, incluyendo auditorías e investigaciones.
4. Para procedimientos judiciales y administrativos, incluida la respuesta a una orden judicial o administrativa, aunque nuestra preferencia es obtener una Autorización de usted antes de hacerlo.
5. Para fines de cumplimiento de la ley, incluidos los delitos denunciados que ocurren en mis instalaciones.

255 Main Street, Suite 206 • Pawtucket, RI 02860
Phone: (401) 280-6585 • Pager: (401) 350-1193
Email: Info@SabaterLAB.org
www.sabaterlab.org



6. A médicos forenses o examinadores médicos, cuando dichas personas realicen tareas autorizadas por la ley.
7. Para fines de investigación, incluido el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma afección.
8. Funciones gubernamentales especializadas, que incluyen garantizar la ejecución adecuada de las misiones militares; proteger al presidente de los Estados Unidos; realizar operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o, ayudando a garantizar la seguridad de quienes trabajan dentro o alojados en instituciones correccionales.
9. Para fines de compensación laboral. Aunque nuestra preferencia es obtener su Autorización, podemos proporcionarle su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.
10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Podemos usar y revelar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y revelar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrecemos.

Ciertos usos y divulgaciones requieren que tenga la oportunidad de objetar.

1. Revelaciones a familiares, amigos u otros. Podemos proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que presente una objeción total o parcial. La oportunidad de dar su consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. **El derecho a solicitar límites en los usos y revelaciones de su PHI.** Tiene derecho a solicitarnos que no usemos o divulguemos cierta PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si creemos que podría afectar su atención médica.
2. **El derecho a solicitar restricciones para gastos de bolsillo pagados en su totalidad.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la revelación de su PHI a los planes de salud para fines de pago o de operaciones de atención médica, si la PHI se refiere únicamente a un artículo de atención médica o un servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad.
3. **El derecho a elegir cómo le enviamos la PHI.** Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente, y aceptaremos todas las solicitudes razonables.
4. **El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** Además de las "notas de psicoterapia", tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia de su registro, o un resumen del mismo, si acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, y es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.
5. **El derecho a obtener una lista de las revelaciones que hemos hecho.** Tiene derecho a solicitar una lista de casos en los que hemos divulgado su PHI para fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para los cuales nos proporcionó una Autorización. Responderemos a su solicitud de un informe de revelaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daremos incluirá las revelaciones realizadas en los últimos seis

255 Main Street, Suite 206 • Pawtucket, RI 02860

Phone: (401) 280-6585 • Pager: (401) 350-1193

Email: Info@SabaterLAB.org

www.sabaterlab.org



Reach out. Find hope. Stand up with confidence. Live with a purpose.

años, a menos que solicite un plazo más corto. Le proporcionaremos la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraremos una tarifa basada en el costo razonable por cada solicitud adicional.

6. El derecho a corregir o actualizar su PHI. Si cree que hay un error en su PHI, o que falta información importante en su PHI, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agregue la información faltante. Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.

7. El derecho a obtener una copia en papel o electrónica de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso y tiene derecho a recibir una copia de este aviso por correo electrónico. E incluso si ha aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

MENORES Y REPRESENTANTES PERSONALES

En la mayoría de las situaciones, los padres, tutores y otras personas con responsabilidades legales para menores (niños menores de 18 años) pueden ejercer los derechos descritos en esta notificación en nombre del menor. Sin embargo, hay situaciones en las que los menores pueden ejercer los derechos descritos en esta notificación y los padres o tutores de los menores no pueden.

CÓMO QUEJARSE SOBRE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros, contactando al Oficial de Privacidad para nuestra práctica. Nuestra dirección y número de teléfono están al principio de este documento.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

1. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201;
2. Llamando al 1-877-696-6775; o,
3. Visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Su queja no alterará ni afectará la atención que le brindamos.

FECHA DE VIGENCIA DE ESTA NOTIFICACIÓN Esta notificación entró en vigencia el 1 de octubre de 2018. La última versión entró en vigencia en la fecha indicada al principio de este documento.

255 Main Street, Suite 206 • Pawtucket, RI 02860
Phone: (401) 280-6585 • Pager: (401) 350-1193
Email: Info@SabaterLAB.org
www.sabaterlab.org