



NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo la información de Salud Mental acerca de ti puede ser utilizada, divulgada y cómo puedes tener acceso a esta información. Por favor revísala con cuidado. El personal de salud mental y ayuda profesional están regidos por normas éticas, leyes federales, estatales y sus respectivas asociaciones profesionales para mantener la confidencialidad y asegurar la privacidad de la información oral, escrita y electrónica de salud mental. En la oficina de la Dra. Coralys Peña Díaz, seguimos las mejores prácticas incorporadas en las obligaciones impuestas por HIPAA, al controlar la divulgación y diseminación de la información confidencial de salud mental.

Derechos de Confidencialidad

El personal de salud mental y ayuda profesional debe preservar la confidencialidad de la información obtenida de un cliente en los procesos de práctica (psicoterapia y consejería), o investigación. Esto significa que todas las comunicaciones entre un cliente y el personal de salud mental y ayuda profesional están protegidas por ley y que no puede ser liberada a ninguna persona, dentro o fuera de la oficina sin el consentimiento escrito. Las excepciones a la regla incluyen, aquellas donde el personal a cargo determine que puede haber potencial de peligrosidad para ti u otra persona (automutilación, atentar contra tu vida o la vida de otra persona) abuso sexual o si una orden del juez indica que tu expediente debe ser entregado.

¿Cómo Mantenemos tu Privacidad?

A la Dra. Coralys Peña Díaz se le requiere por ley mantener la privacidad de toda la información recibida durante los procesos de consejería, psicoterapia, pruebas, sesiones de grupo, enseñanza e investigación, la cual se considera confidencial. Nosotros no daremos ninguna información obtenida sin tu consentimiento escrito. Esto incluye información enviada vía fax y correo electrónico.

Además, nuestros expedientes electrónicos cumplen con los estándares de seguridad de la ley HIPAA y los físicos se encuentran bajo llave en los lugares designados para estos fines. Nadie tiene acceso a los expedientes excepto tu profesional de salud mental o agencia acreditadora previamente autorizada. Tu expediente de salud mental no son compartidos con otras dependencias, dentro y fuera de la oficina, a menos que usted lo autorice o sea parte de tu tratamiento.

Usos y Divulgación Permitidos sin tu Consentimiento Escrito

Pueden surgir situaciones donde no se necesita autorización escrita para divulgar la información a las personas apropiadas dentro y fuera de la oficina:

- **Tratamiento:** podemos utilizar o divulgar información a tu médico o psiquiatra para proveer, coordinar o manejar servicios relacionados con tu tratamiento y salud.
- **Peligrosidad:** Si existe un peligro claro e inminente para que te hagas daño a ti u a otra persona. La ley dispone que se pueda proveer información a otras partes que participarán en el proceso de intervención. Esto puede incluir el notificar en los casos de menores de edad, a los padres, agencia o persona custodia. En todos los casos de emergencia, se buscará identificar a una persona responsable que represente al cliente y apoye en los procesos de atención. También podrá avisarse en los casos donde exista una amenaza a la vida de otra persona.
- **Abuso físico, sexual, negligencia o violencia doméstica:** Si existe causa razonable para creer que un niño/a o persona menor de 21 años, ha sido abusada física, sexual o emocionalmente, o si hay alguna razón para creer que estos actos puedan ocurrir, se podría obligar a dar información a las autoridades pertinentes.
- **Vistas judiciales:** Si la corte o tribunal ordena el someter copia de los expedientes o el testimonio del profesional de salud mental o de ayuda (no incluye solicitudes realizadas por los abogados).
- **Situaciones de emergencias:** Nosotros podemos divulgar información si necesitas tratamiento de emergencia y no podemos obtener tu consentimiento.

Autorización para la Divulgación y Cambios a tu Información de Salud Mental como cliente de la Dra. Coralys Peña Díaz tienes derecho a:

- **Requerir restricciones:** Tienes el derecho determinar específicamente, que información se puede divulgar, a otra persona, facilidad, organización, etc., con tu permiso escrito, así como lo que se deba restringir. La información que solicitas divulgar, deberá ser incluida en el documento de **Autorización para la Divulgación de Información**, firmada por ti.
- **Revocar autorización:** Si has dado un permiso escrito para revelar información tuya a una tercera persona tienes el derecho a revocar el acuerdo en cualquier momento excepto cuando se haya tomado alguna acción al respecto.
- **Enmendar:** Si estás preocupado de que alguna información que tengamos acerca de ti, esté incorrecta o incompleta, nos puedes solicitar el enmendar esa información. Debes hablar con tu profesional de salud mental o ayuda profesional para requerir la enmienda. Esto no incluye: información que no fue creada por nosotros, que no es parte de los expedientes, no es parte de la información que se te permita inspeccionar o copiar, o la cual se considere exacta y completa. En los casos donde se deniegue tu solicitud se hará por escrito y tú tienes el derecho de enviar una comunicación de reconsideración. Se te podrá enviar por escrito las razones por las cuales no se considera el proceder con la solicitud, con una copia para ti.
- **Delimitación del envío de información confidencial:** Si deseas que información confidencial referente a tu caso sea enviada a alguna institución, profesional de ayuda, etc., tienes el derecho a solicitarlo. Debes llenar el documento de Autorización para la Divulgación de Información e indicar el medio por el cual sea enviado, por ejemplo: correo electrónico, correo ordinario, fax o que tú lo entregarás, entre otros.
- **Procesos de ayuda y copias:** Tienes el derecho a tener conocimiento de información que puede ser utilizada en las decisiones acerca de tu tratamiento. Nosotros podríamos copiar ciertos documentos para ti que pueden ser parte de tu tratamiento o proceso de ayuda. La misma puede ser solicitada a tu profesional de ayuda; en algunos casos deberás llenar una solicitud de autorización para dicha gestión. Esto no incluye las notas correspondientes a cada área profesional (consejería o psicoterapia).
- **Delimitación del envío de información confidencial:** Si deseas que información confidencial referente a tu caso sea enviada a alguna institución, profesional de ayuda, etc., tienes el derecho a solicitarlo. Debes llenar el documento de Autorización para la Divulgación de Información e indicar el medio por el cual sea enviado, por ejemplo: correo electrónico, correo ordinario, fax o que tú lo entregarás, entre otros.
- **Quejas o preguntas:** Si tienes alguna queja o pregunta referente a nuestros servicios, puedes hacérselo saber a tu profesional de ayuda. Esto lo puedes realizar mediante un formulario que se te provee en la misma oficina. No se tomará ninguna represalia por someter una queja.
- **Proceso de intervención y las tecnologías:** el personal de la oficina no autoriza la grabación parcial o total de las intervenciones que se realizan durante Psicología Clínica.
- **Copia de esta notificación:** Tienes el derecho de obtener una copia de la notificación de privacidad en cualquier momento.

A los menores de 18 años se les requerirá el consentimiento de los padres o tutores legales para recibir cualquier servicio de salud mental o de ayuda profesional, posterior a 6 sesiones; en situaciones que no sean de emergencia, según establecido por la Ley 408 de Salud Mental.

La misión de la Dra. Coralys Peña Díaz es ayudar a los clientes a funcionar efectivamente en la comunidad. Estamos para ayudarte en tu desarrollo personal y social, así como el logro de tus metas. Cuidamos la confidencialidad y seguridad de nuestros clientes para proteger su privacidad. Si tienes alguna pregunta acerca de la seguridad de tu información confidencial o de cualquiera de nuestros servicios, favor de llamarnos al 787-483-3504.

Al firmar a continuación, afirmo que he sido informado/a de los límites de confidencialidad y han respondido a mis preguntas sobre confidencialidad, consulta y terapia en la oficina de la Dra. Coralys Peña Díaz.

Certifico que recibí copia de la Notificación de Política de Privacidad del Departamento de Consejería y Servicios Psicológicos

Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____