

## **Consentimiento informado para psicoterapia individual**

**Maria Ortiz-Baker**

**Psicóloga con licencia de Psy.D. (#PSY23382)**

### **RESUMEN**

**Esta página resume detalles importantes de las páginas que siguen. Es importante que comprenda toda la información de este paquete antes de comenzar el tratamiento.**

#### **Confidencialidad**

Dr. Ortiz-Baker mantendrá confidencial la información divulgada en la sesión. Sin embargo, el Dr. Ortiz-Baker, por lo general, debe informar las siguientes excepciones a las autoridades correspondientes:

1. El cliente indica que tiene la intención de suicidarse.
2. El cliente indica que tiene la intención de dañar a otra persona.
3. El cliente proporciona información que indica que se ha producido abuso infantil.
4. El cliente indica que el abuso de ancianos ha ocurrido o está en curso.

#### **Pagos**

Se espera que los clientes paguen la tarifa estándar de la Dra. Ortiz-Baker de \$ 180 por sesión de 50 minutos al principio de cada cita y entiendan que pueden aplicarse cargos adicionales por sesiones prolongadas u otros servicios.

Los clientes que deseen utilizar el seguro acuerdan ponerse en contacto con su plan de seguro antes de comenzar el tratamiento para asegurarse de que los servicios estarán cubiertos, y el cliente es responsable de pagar todas las tarifas que no están cubiertas por su seguro. Kairos Counseling Center facturará planes de seguro para los cuales Dr. Ortiz-Baker es "In-Network", y los clientes acuerdan pagar todos los deducibles y copagos en el momento del servicio. Para todos los demás planes de seguro, los clientes deben pagar la tarifa de sesión de \$ 180 en el momento del servicio, y Dra. Ortiz-Baker proporcionará a los clientes, a su solicitud, un estado de cuenta mensual, que se puede presentar a su seguro para su reembolso si los servicios están cubiertos por su plan. Al usar el seguro para pagar los servicios, el cliente acepta permitir que Kairos Counseling Center envíe información de salud privada (PHI) a su compañía de seguros según sea necesario para la facturación. Kairos Counseling Center tomará todas las medidas apropiadas para proteger la confidencialidad del cliente y proporcionará solo la información requerida para la facturación. El cliente puede solicitar una copia de la información presentada a su seguro.

### **Política de cancelación**

Los nombramientos deben cancelarse al menos 24 horas antes de la sesión programada. El cliente es responsable de pagar la tarifa de sesión completa de \$ 180 por cualquier cita que no se cancele 24 horas antes.

### **RESUMEN DE HIPAA**

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos a la privacidad con respecto a su información de salud protegida. Esta información puede y se utilizará para:

1. Realizar, planificar y dirigir su tratamiento y atención de seguimiento entre los múltiples proveedores de servicios que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtener el pago de terceros pagadores designados.
3. Llevar a cabo procedimientos normales de atención, como evaluaciones o evaluaciones de calidad.

El Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de Kairos Counseling Center está contenido en las páginas que siguen. Por favor, revise el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar el consentimiento para el tratamiento. Puede solicitar por escrito que esta organización restrinja la forma en que se usa o divulga su información confidencial para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la atención médica. operations. Kairos Counseling Center no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si la organización está de acuerdo, entonces está obligada a cumplir con dichas restricciones. Al dar su consentimiento para el tratamiento, usted acepta y acepta estos términos, pero puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Kairos Counseling Center haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

### **Consentimiento informado para la psicoterapia individual**

Este formulario le proporciona a usted, el cliente, información adicional a la detallada en el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA y está sujeto al análisis preventivo de HIPAA.

**CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden ser revelados a nadie sin su permiso por escrito, excepto cuando la divulgación sea requerida por la ley.

### **CUANDO LA DIVULGACIÓN ES REQUERIDA O PUEDE SER REQUERIDA POR LA**

**LEY:** Algunas de las circunstancias en las que la divulgación es requerida o puede

ser requerida por la ley son: cuando hay una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, dependientes o ancianos; cuando un cliente presenta un peligro para sí mismo, para los demás, para la propiedad, o está gravemente discapacitado; o cuando los miembros de la familia de un cliente comunican a la Dra. Ortiz-Baker que el cliente presenta un peligro para los demás. La divulgación también puede ser requerida de conformidad con un procedimiento legal por o contra usted. Si coloca su estado mental en cuestión en un litigio iniciado por usted, el acusado puede tener derecho a obtener los registros de psicoterapia y / o el testimonio de la Dra. Ortiz-Baker. En la terapia de pareja y familiar, o cuando se ve a diferentes miembros de la familia individualmente, incluso durante un período de tiempo, la confidencialidad y el privilegio no se aplican entre la pareja o entre los miembros de la familia, a menos que se acuerde lo contrario. La Dra. Ortiz-Baker no divulgará los registros a ninguna parte externa a menos que esté autorizada para hacerlo por todas las partes adultas que formaron parte de la terapia familiar, terapia de pareja u otro tratamiento que involucre a más de un cliente adulto.

**EMERGENCIA:** Si hay una emergencia durante la terapia, o en el futuro después de la terminación, donde la Dra. Ortiz-Baker se preocupa por su seguridad personal, la posibilidad de que lesione a otra persona o que reciba la atención psiquiátrica adecuada, ella hará todo lo que pueda dentro de los límites de la ley, para evitar que se lesione a sí mismo o a otros y para asegurarse de que reciba la atención médica adecuada. Para ello, también puede ponerse en contacto con la emergencia. contacto que ha nombrado anteriormente.

**SEGURO DE SALUD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS:** La divulgación de información confidencial puede ser requerida por su compañía de seguros de salud o HMO / PPO / MCO / EAP para procesar las reclamaciones. Si así lo indica al Dr. Ortiz-Baker, solo se comunicará al transportista la información mínima necesaria. La Dra. Ortiz-Baker no tiene control ni conocimiento de lo que las compañías de seguros hacen con la información que envía o quién tiene acceso a esta información. Debe tener en cuenta que presentar una factura de salud mental para el reembolso conlleva una cierta cantidad de riesgo para la confidencialidad, la privacidad o la capacidad futura para obtener un seguro de salud o de vida o incluso un trabajo. El riesgo se deriva del hecho de que es probable que la información de salud mental se ingrese en las computadoras de las grandes compañías de seguros y es probable que se informe al Banco Nacional

de Datos Médicos. La base de datos del Banco de Datos siempre está en duda, ya que las computadoras son inherentemente vulnerables a la piratería y el acceso no autorizado. También se ha informado que las fuerzas del orden y otras agencias han accedido legalmente a los datos médicos, lo que también lo coloca en una posición vulnerable.

**LIMITACIÓN DEL LITIGIO:** Debido a la naturaleza del proceso terapéutico y al hecho de que a menudo implica hacer una divulgación completa con respecto a muchos asuntos que pueden ser de naturaleza confidencial, se acuerda que, en caso de que haya procedimientos legales (como, entre otros, disputas de divorcio y custodia, lesiones, demandas, etc.), ni usted ni su(s) abogado(s), ni nadie más que actúe en su nombre llamará a la Dra. Ortiz-Baker para que testifique en la corte o en cualquier otro procedimiento, ni se solicitará la divulgación de los registros de psicoterapia a menos que se acuerde lo contrario.

**CONSULTA:** La Dr. Ortiz-Baker consulta regularmente con otros profesionales sobre sus clientes; sin embargo, la identidad de cada cliente permanece completamente anónima y la confidencialidad se mantiene por completo.

**CORREOS ELECTRÓNICOS, TELÉFONOS CELULARES, COMPUTADORAS Y FAXES:** Es muy importante tener en cuenta que las computadoras y la comunicación por correo electrónico pueden ser accedidas con relativa facilidad por personas no autorizadas y, por lo tanto, pueden comprometer la privacidad y confidencialidad de dicha comunicación. Los faxes se pueden enviar fácilmente erróneamente a la dirección incorrecta. Los correos electrónicos, en particular, son vulnerables al acceso no autorizado debido al hecho de que los servidores de Internet tienen acceso ilimitado y directo a todos los correos electrónicos que los atraviesan. Es importante que tenga en cuenta que los correos electrónicos, faxes y textos importantes son parte de los registros médicos. Además, los correos electrónicos de la Dra. Ortiz-Baker no son encriptados. Las computadoras de la Dra. Ortiz-Baker están equipadas con un firewall, protección contra virus y una contraseña, y también hace una copia de seguridad de toda la información confidencial de sus computadoras de forma regular. Por favor, notifique a la Dra. Ortiz-Baker si decide evitar o limitar de alguna manera el uso de cualquiera o todos los dispositivos de comunicación, como correo electrónico, teléfono celular o faxes. Si comunica información confidencial o privada por correo electrónico, de la Dra. Ortiz-Baker asumirá que ha tomado una decisión informada, lo verá como su

acuerdo de asumir el riesgo de que dicha comunicación pueda ser interceptada y honrará su deseo de comunicarse sobre tales asuntos a través de e-mail. Por favor, no utilice el correo electrónico o faxes para emergencias.

**REGISTROS Y SU DERECHO A REVISARLOS:** Tanto la ley como las normas de profesión de la Dra. Ortiz-Baker requiere que mantenga registros de tratamiento durante al menos 7 años. A menos que se acuerde lo contrario como necesario, a la Dra. Ortiz-Baker retiene registros clínicos solo el tiempo que lo exija la ley de California. Si tiene inquietudes con respecto a los registros de tratamiento, por favor discuta con a la Dra. Ortiz-Baker. Como cliente, tiene derecho a revisar o recibir un resumen de sus registros en cualquier momento, excepto en circunstancias legales o de emergencia limitadas o cuando la Dra. Ortiz-Baker Evalúa que divulgar dicha información podría ser perjudicial de alguna manera. En tal caso, la Dra. Ortiz-Baker proporcionará los registros a un profesional de salud mental apropiado y legítimo de su elección. Teniendo en cuenta todas las exclusiones anteriores, si aún es apropiado, y a su solicitud, la Dra. Ortiz-Baker divulgará información a cualquier agencia / persona que especifique, a menos que la Dra. Ortiz-Baker Evalúa que divulgar dicha información podría ser perjudicial de alguna manera. Cuando más de un cliente está involucrado en el tratamiento, como en casos de terapia de pareja y familiar, la Dra. Ortiz-Baker divulgará los registros solo con autorizaciones firmadas de todos los adultos (o todos aquellos que legalmente pueden autorizar dicha liberación) involucrados en el tratamiento.

**PROCEDIMIENTOS TELEFÓNICOS Y DE EMERGENCIA:** Si necesita comunicarse con la Dra. Ortiz-Baker entre las sesiones, deje un mensaje en el servicio de respuesta (707) 874-8463 y su llamada será devuelta lo antes posible. La Dra. Ortiz-Baker revisa sus comentarios varias veces durante el día solamente, de lunes a jueves, a menos que esté fuera de la ciudad. Si surge una situación de emergencia, y si necesita hablar con alguien de inmediato, llame a la Línea de Crisis de Salud Mental del Condado de Solano las 24 horas: (707) 428-1131, o a la Policía: 911, o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano. Por favor, no utilice el correo electrónico o faxes para emergencias. La Dr. Ortiz-Baker no siempre revisa aquí el correo o los faxes diariamente.

**PAGOS Y REEMBOLSO DE SEGUROS:** Se espera que los clientes paguen la tarifa estándar de \$ 180.00 por sesión de 50 minutos al comienzo de cada sesión. Las

sesiones prolongadas, las conversaciones telefónicas, las visitas al sitio, la redacción y lectura de informes, la consulta con otros profesionales, la divulgación de información, los registros de lectura, el tiempo de viaje, etc. se cobrarán a la misma tarifa, a menos que se indique y acuerde lo contrario. Por favor, notifique la Dra. Ortiz-Baker si surge algún problema durante el curso de la terapia con respecto a su capacidad para hacer pagos oportunos. Los clientes que tienen seguro deben recordar que los servicios profesionales se prestan y cobran a los clientes y no a las compañías de seguros. La Dra. Ortiz-Baker es un proveedor de red contratado con varios planes de seguro y facturará a los clientes con estos planes de seguro. Los clientes son responsables de pagar todos los deducibles y copagos según lo requiera su plan de seguro. Para todos los demás planes de seguro, los clientes deben pagar la sesión en el momento del servicio y, previa solicitud, la Dra. Ortiz-Baker proporcionará una declaración mensualmente, que puede enviarse a su compañía de seguros para su reembolso, si así lo desea. Como se indicó en la sección, Seguro de Salud y Confidencialidad de registros, debe tener en cuenta que presentar una factura de salud mental para el reembolso conlleva una cierta cantidad de riesgo. No todos los problemas, condiciones o problemas que se tratan en psicoterapia son reembolsados por las compañías de seguros. Es su responsabilidad verificar los detalles de su cobertura y pagar todas las tarifas que no están cubiertas por su plan de seguro.

**MEDIACIÓN Y ARBITRAJE:** Todas las disputas que surjan de, o en relación con, este acuerdo para proporcionar servicios de psicoterapia se remitirá primero a la mediación, antes y como condición previa del inicio del arbitraje. El mediador será un tercero neutral elegido por acuerdo de la Dra. Ortiz-Baker y el cliente (s). El costo de dicha mediación, si lo hubiera, se dividirá en partes iguales, a menos que se acuerde lo contrario. En el caso de que la mediación no tenga éxito, cualquier controversia no resuelta relacionada con este acuerdo debe someterse y resolverse mediante arbitraje vinculante en (su condado, estado) de acuerdo con las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje que están vigentes en el momento en que se presenta la demanda de arbitraje. No obstante lo anterior, en el caso de que su cuenta esté vencida (impagada) y no haya acuerdo sobre un plan de pago, la Dra. Ortiz-Baker puede usar medios legales (tribunal, agencia de cobro, etc.) para obtener educativo. la Dra. Ortiz-Baker no proporciona recomendaciones de evaluación de custodia, recomendaciones de medicamentos o recetas, o pago legal. La parte prevaleciente en los procedimientos de arbitraje

o cobro tendrá derecho a recuperar una suma razonable por los honorarios de los abogados. En el caso de arbitraje, el árbitro determinará esa suma.

**EL PROCESO DE TERAPIA / EVALUACIÓN Y ALCANCE DE LA PRÁCTICA:**

La participación en la terapia puede resultar en una serie de beneficios para usted, incluida la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de las preocupaciones específicas que lo llevaron a buscar terapia. Trabajar hacia estos beneficios, sin embargo, requiere esfuerzo de su parte. La psicoterapia requiere su participación muy activa, honestidad y apertura para cambiar sus pensamientos, sentimientos y / o comportamiento. La Dra. Ortiz-Baker le pedirá sus comentarios y puntos de vista sobre su terapia, su progreso y otros aspectos de la terapia y esperará que responda abierta y honestamente. A veces, más de un enfoque puede ser útil para lidiar con una determinada situación. Durante la evaluación o la terapia, recordar o hablar sobre eventos, sentimientos o pensamientos desagradables puede hacer que experimente una incomodidad considerable o fuertes sentimientos de ira, tristeza, preocupación, miedo, etc., o que experimente ansiedad, depresión, insomnio, etc. La Dra. Ortiz-Baker puede desafiar algunas de sus suposiciones o percepciones o proponer diferentes formas de ver, pensar o manejar situaciones, lo que puede hacer que se sienta muy molesto, enojado, deprimido, desafiado o decepcionado. Intentar resolver problemas que lo llevaron a la terapia en primer lugar, como las relaciones personales o interpersonales, puede resultar en cambios que no fueron originalmente previstos. La psicoterapia puede resultar en decisiones sobre el cambio de comportamientos, el empleo, el uso de sustancias, la escolarización, la vivienda o las relaciones. A veces, una decisión que es positiva para un miembro de la familia es vista de manera bastante negativa por otro miembro de la familia. El cambio a veces será fácil y rápido, pero más a menudo será lento e incluso frustrante. No hay garantía de que la psicoterapia produzca resultados positivos o previstos. Durante el curso de la terapia, es probable que la Dra. Ortiz-Baker se base en varios enfoques psicológicos de acuerdo, en parte, con el problema que se está tratando y su evaluación de lo que mejor lo beneficiará. Estos enfoques incluyen, pero no se limitan a, conductual, cognitivo-conductual, cognitivo, psicodinámico, existencial, sistema/familia, desarrollo (adulto, niño, familia), humanista o psico-consejo, ya que estas actividades no caen dentro del alcance de la práctica.

**PLANES DE TRATAMIENTO:** Dentro de un período de tiempo razonable después del inicio del tratamiento, la Dra. Ortiz-Baker discutirá con usted su trabajo

comprensión del problema, plan de tratamiento, objetivos terapéuticos y su visión de los posibles resultados del tratamiento. Si tiene alguna pregunta sin respuesta sobre cualquiera de los procedimientos utilizados en el curso de su terapia, sus posibles riesgos, la experiencia del Dr. Ortiz-Baker en su empleo o sobre el plan de tratamiento, pregunte y se le responderá por completo. También tiene derecho a preguntar sobre otros tratamientos para su afección y sus riesgos y beneficios.

**TERMINACIÓN:** Como se estableció anteriormente, después del primer par de reuniones, la Dra. Ortiz-Baker evaluará si puede ser de beneficio para usted. La Dra. Ortiz-Baker no acepta clientes a los que, en su opinión, no puede ayudar. En tal caso, ella le dará una serie de referencias con las que puede contactar. Si en algún momento durante la psicoterapia, la Dra. Ortiz-Baker evalúa que no es efectiva para ayudarlo a alcanzar los objetivos terapéuticos o que no cumple, está obligada a discutirlo con usted y, si corresponde, a terminar el tratamiento. En tal caso, ella le daría una serie de referencias que pueden ser de ayuda para usted. Si lo solicita y lo autoriza por escrito, la Dra. Ortiz-Baker hablará con el psicoterapeuta de su elección para ayudarlo con la transición. Si, en cualquier momento, desea la opinión de otro profesional o desea consultar con otro terapeuta, la Dra. Ortiz-Baker lo ayudará con las referencias y, si tiene su consentimiento por escrito, le proporcionará la información esencial necesaria para continuar su tratamiento. Usted tiene el derecho de terminar la terapia en cualquier momento. Si decide hacerlo, y si es apropiado, la Dra. Ortiz-Baker se ofrecerá a proporcionarle los nombres de otros profesionales calificados.

**RELACIONES DUALES:** A pesar de una popular Percepción, no todas las relaciones duales o múltiples son poco éticas o evitables. La terapia nunca involucra relaciones sexuales o cualquier otra relación dual que perjudique la objetividad, el juicio clínico y el juicio clínico de la Dra. Ortiz-Baker o que pueda ser de naturaleza explotadora. Es importante darse cuenta de que en algunas comunidades, particularmente en pueblos pequeños, bases militares, campus universitarios, comunidades eclesióstias, etc., las múltiples relaciones son inevitables o esperadas. La Dra. Ortiz-Baker nunca reconocerá haber trabajado con nadie sin permiso por escrito. Las relaciones duales o múltiples pueden mejorar la confianza y la eficacia terapéutica, pero también pueden restar valor a ella y, a menudo, es imposible saber cuál de antemano. Es su responsabilidad aconsejar a la Dra. Ortiz-Baker si surge una relación dual o múltiple que se vuelve incómoda



para usted de alguna manera. La Dra. Ortiz-Baker siempre escuchará atentamente y responderá a sus comentarios y suspenderá la relación dual si encuentra que interfiere con la efectividad de la terapia o su bienestar y, por supuesto, puede hacer lo mismo en cualquier momento.

**REDES SOCIALES Y BÚSQUEDAS EN INTERNET:** A veces, la Dra. Ortiz-Baker puede realizar una búsqueda en la web de los clientes antes del comienzo de la terapia o durante la terapia. Si tiene inquietudes o preguntas con respecto a esta práctica, por favor discútalas con ella. La Dra. Ortiz-Baker no acepta solicitudes de amistad de clientes actuales o anteriores en sitios de redes sociales, como Facebook, ya que agregar clientes como amigos en estos sitios y / o comunicarse a través de dichos sitios es probable que comprometa su privacidad y confidencialidad. Por esta misma razón, los clientes no deben comunicarse con la Dra. Ortiz-Baker vía ningún sitio web interactivo o de redes sociales.

**CANCELACIÓN:** Dado que la programación de una cita implica la reserva de tiempo específicamente para usted, se requiere un mínimo de 24 horas de anticipación para reprogramar o cancelar una cita. A menos que se llegue a un acuerdo diferente, se cobrará la tarifa total de \$ 180 por las sesiones perdidas sin dicha notificación. La mayoría de las compañías de seguros no reembolsan las sesiones perdidas.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TELETERAPIA**

Este Consentimiento informado para teleterapia contener información importante que se centra en la psicoterapia utilizando el teléfono o la Internet. Lea esto cuidadosamente y deje de conocer sus preguntas. Cuando firme este documento, representará un acuerdo entre ellos.

### **Beneficios y riesgos de teleterapia**

Teleterapia se refiere a proporcionar servicios de psicoterapia remotamente utilizando tecnologías de telecomunicaciones, tales como el video conferencia de ortófono. Uno de los beneficios de la teleterapia es que el cliente y el clínico pueden comprometerse en los servicios sin ser en la misma ubicación física. Esto puede ser útil para garantizar la continuidad de la atención si el cliente o el clínico se mueve a una ubicación diferente, toma una nueva oportunidad o, de lo contrario, no puede seguir con la persona en cuenta. Sin embargo, también es más conveniente y toma menos tiempo. La teleterapia requiere una competencia

técnica en cada dos partes obésima. Aunque hay beneficios de la teleterapia, hay algunas diferencias entre la psicoterapia en persona y la teleterapia, así como algunos riesgos. Por ejemplo:

**-Riesgos a la confidencialidad.** Debido a que las sesiones de teleterapia se llevan a cabo fuera de la oficina privada del terapeuta, existe la posibilidad de que otras personas escuchen las sesiones si no se encuentra en un lugar privado durante la sesión. Por mi parte, tomaré medidas razonables para garantizar su privacidad. Pero es importante que se asegure de encontrar un lugar privado para nuestra sesión donde no será interrumpido. También es importante que proteja la privacidad de nuestra sesión en su teléfono celular u otro dispositivo. Usted debe participar en la terapia solo mientras se encuentra en una habitación o área donde otras personas no están presentes y no pueden escuchar la conversación. –

**Cuestiones relacionadas con la tecnología.** Hay muchas maneras en que los problemas tecnológicos pueden afectar la teleterapia. Por ejemplo, la tecnología puede dejar de funcionar durante una sesión, otras personas pueden obtener acceso a nuestra conversación privada o los datos almacenados pueden ser accedidos por personas o empresas no autorizadas.

- **gestión y intervención de crisis.** Por lo general, no participaré en teleterapia con clientes que actualmente se encuentran en una situación de crisis que requiere altos niveles de apoyo e intervención. Antes de participar en la Teleterapia, desarrollaremos un plan de respuesta de emergencia para abordar las posibles situaciones de crisis que puedan surgir durante el curso de nuestro trabajo de Teleterapia.

-**Eficacia.** La mayoría de las investigaciones muestran que la teleterapia es casi tan efectiva como la psicoterapia en persona. Sin embargo, algunos terapeutas creen que algo se pierde por no estar en la misma habitación. Por ejemplo, existe un debate sobre la capacidad de un terapeuta para comprender completamente la información no verbal cuando se trabaja de forma remota.

### **Comunicaciones electrónicas**

Decidiremos juntos qué tipo de servicio de teleterapia utilizar. Es posible que tenga que tener ciertas computadoras o sistemas de teléfonos celulares para usar los servicios de teleterapia. Usted es el único responsable de cualquier costo para

usted para obtener cualquier equipo, accesorios o software necesario para participar en la Teleterapia.

Para la comunicación entre sesiones, solo utilizo la comunicación por correo electrónico y los mensajes de texto con su permiso y solo para fines administrativos a menos que hayamos hecho otro acuerdo. Esto significa que los intercambios de correo electrónico y mensajes de texto con mi oficina deben limitarse a asuntos administrativos. Esto incluye cosas como establecer y cambiar citas, asuntos de facturación y otros problemas relacionados. Debe tener en cuenta que no puedo garantizar la confidencialidad de ninguna información comunicada por correo electrónico o mensaje de texto. Por lo tanto, no discutiré ninguna información clínica por correo electrónico o mensaje de texto y prefiero que usted tampoco lo haga. Además, no reviso regularmente mi correo electrónico o mensajes de texto, ni respondo de inmediato, por lo que estos métodos no deben usarse si hay una emergencia.

### **Confidencialidad**

Tengo la responsabilidad legal y ética de hacer mis mejores esfuerzos para proteger todas las comunicaciones que forman parte de nuestra Teleterapia. Sin embargo, la naturaleza de las tecnologías de comunicaciones electrónicas es tal que no puedo garantizar que nuestras comunicaciones se mantengan confidenciales o que otras personas no puedan acceder a nuestras comunicaciones. Intentaré usar métodos de cifrado actualizados, firewalls y sistemas de respaldo para ayudar a mantener su información privada, pero existe el riesgo de que nuestras comunicaciones electrónicas se vean comprometidas, no sean seguras o accedan a ellas. También debe tomar medidas razonables para garantizar la seguridad de nuestras comunicaciones (por ejemplo, solo usar redes seguras para las sesiones de Teleterapia y tener contraseñas para proteger el dispositivo que utiliza para la Teleterapia).

El alcance de la confidencialidad y las excepciones a la confidencialidad que describí en mi Consentimiento Informado todavía se aplican en la Teleterapia. Por favor, hágame saber si tiene alguna pregunta sobre las excepciones a la confidencialidad.

### **Idoneidad de la teleterapia**

De vez en cuando, podemos programar sesiones en persona para "registrarnos" entre nosotros. Le haré saber si decido que la teleterapia ya no es la forma más adecuada de tratamiento para usted. Discutiremos las opciones de participar en consejería en

persona o referencias a otro profesional en su ubicación que pueda proporcionar los servicios apropiados..

### **Emergencias y Tecnología**

Evaluar y evaluar las amenazas y otras emergencias puede ser más difícil cuando se realiza la teleterapia que en la terapia tradicional en persona. Para abordar algunas de estas dificultades, crearemos un plan de emergencia antes de participar en los servicios de teleterapia. Le pediré que identifique a una persona de contacto de emergencia que esté cerca de su ubicación y con quien me pongo en contacto en caso de una crisis o emergencia para ayudar a abordar la situación. Le pediré que firme un formulario de autorización por separado que me permita comunicarme con su persona de contacto de emergencia según sea necesario durante dicha crisis o emergencia.

Si la sesión se interrumpe por cualquier motivo, como la conexión tecnológica falla, y usted está teniendo una emergencia, no me devuelva la llamada; en su lugar, llame al 911] o vaya a la sala de emergencias más cercana. Llámame después de haber llamado u obtenido servicios de emergencia.

Si la sesión se interrumpe y usted no está teniendo una emergencia, desconéctese de la sesión y esperaré dos (2) minutos y luego lo volveré a contactar a través de la plataforma de Teleterapia en la que acordamos realizar la terapia o lo llamaré al número que acordemos al comienzo de la cita de Teleterapia.

### **Honorarios**

Se aplicarán las mismas tarifas para la teleterapia que para la psicoterapia en persona. Sin embargo, es posible que los proveedores de seguros u otros proveedores de atención administrada no cubran las sesiones que se realizan a través de las telecomunicaciones. Si su seguro, HMO, pagador externo u otro proveedor de atención administrada no cubre las sesiones de psicoterapia electrónica, usted será el único responsable de la tarifa total de la sesión. Póngase en contacto con su compañía de seguros antes de participar en las sesiones de teleterapia para determinar si estas sesiones estarán cubiertas.

### **Grabación**

Las sesiones de Teleterapia no se grabarán de ninguna manera a menos que se acuerde por escrito de mutuo acuerdo. Mantendré un registro de nuestra sesión de la misma manera que mantengo registros de las sesiones en persona de acuerdo con mis políticas.

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

**I. ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

## **II. ES MI DEBER LEGAL SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI).**

Por ley, estoy obligado a asegurarme de que su PHI se mantenga privada. La PHI constituye información creada o anotada por mí que puede ser utilizada para identificarlo. Contiene datos sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la prestación de servicios de atención médica a usted o el pago de dicha atención médica. Estoy obligado a proporcionarle este Aviso sobre mis procedimientos de privacidad. Este Aviso debe explicar cuándo, por qué y cómo usaría y/o divulgaría su PHI. El uso de PHI significa cuando comparto, aplico, utilizo, examino o analizo información dentro de mi práctica; La PHI se divulga cuando la libero, transfiero, doy o revelo a un tercero fuera de mi práctica. Con algunas excepciones, no puedo usar o divulgar más de su PHI de lo necesario para lograr el propósito para el cual se realiza el uso o la divulgación; sin embargo, siempre estoy legalmente obligado a seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso.

Tenga en cuenta que me reservo el derecho de cambiar los términos de este Aviso y mis políticas de privacidad en cualquier momento según lo permita la ley. Cualquier cambio se aplicará a la PHI que ya esté registrada conmigo. Antes de realizar cualquier cambio importante en mis políticas, cambiaré inmediatamente este Aviso y publicaré una nueva copia del mismo en mi oficina y en mi sitio web. También puede solicitarme una copia de este Aviso, o puede ver una copia del mismo en mi oficina o en mi sitio web, que se encuentra en:

[www.KairosCounselingCenter.com](http://www.KairosCounselingCenter.com)

## **III. CÓMO USARÉ Y DIVULGARÉ SU PHI.**

Usaré y divulgaré su PHI por muchas razones diferentes. Algunos de los usos o divulgaciones requerirán su autorización previa por escrito; otros, sin embargo, no lo harán. A continuación encontrará las diferentes categorías de mis usos y divulgaciones, con algunos ejemplos.

## **R. Los usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica no requieren su consentimiento previo por escrito.**

Puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

**1. Para el tratamiento.** Puedo usar su PHI dentro de mi práctica para brindarle tratamiento de salud mental, incluida la discusión o el intercambio de su PHI con mis aprendices y pasantes. Puedo divulgar su PHI a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros proveedores de atención médica con licencia que le brindan servicios de atención médica o que están involucrados en su atención. Ejemplo: Si un psiquiatra lo está tratando, puedo revelarle su PHI para coordinar su atención.

**2. Para operaciones de atención médica.** Puedo divulgar su PHI para facilitar el funcionamiento eficiente y correcto de mi práctica. Ejemplos: Control de calidad: podría usar su PHI en la evaluación de la calidad de los servicios de atención médica que ha recibido o para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que le proporcionaron estos servicios. También puedo proporcionar su PHI a mis abogados, contadores, consultores y otros para asegurarme de que estoy en cumplimiento con las leyes aplicables.

**3. Para obtener el pago del tratamiento.** Puedo usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que le proporcioné. Ejemplo: Podría enviar su PHI a su compañía de seguros o plan de salud para obtener el pago de los servicios de atención médica que le he proporcionado. También podría proporcionar su PHI a socios comerciales, como compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos y otras que procesan reclamos de atención médica para mi oficina.

**4. Otras divulgaciones.** Ejemplos: No se requiere su consentimiento si necesita tratamiento de emergencia, siempre que intente obtener su consentimiento después de que se realice el tratamiento. En el caso de que intente obtener su consentimiento pero no pueda comunicarse conmigo (por ejemplo, si está inconsciente o tiene dolor intenso), pero creo que daría su consentimiento para dicho tratamiento si pudiera, puedo divulgar su PHI.

## **B. Ciertos otros usos y divulgaciones no requieren su consentimiento.** Puedo usar y/o divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización por las siguientes razones:

- 1. Cuando la divulgación es requerida por la ley federal, estatal o local; procedimientos judiciales, de junta o administrativos; o bien, la aplicación de la ley.** Ejemplo: Puedo hacer una divulgación a los funcionarios apropiados cuando una ley me exige que informe información a agencias gubernamentales, personal de aplicación de la ley y / o en un procedimiento administrativo.
- 2. Si la divulgación es obligada por una parte en un procedimiento ante un tribunal de una agencia administrativa de conformidad con su autoridad legal.**
- 3. Si la divulgación es requerida por una orden de registro emitida legalmente a una agencia gubernamental de aplicación de la ley.**

1. **Si la divulgación es obligada por el paciente o el representante del paciente de conformidad con los Códigos de Salud y Seguridad de California o con los estatutos federales de regulaciones correspondientes, como la Regla de Privacidad que requiere este Aviso.**
2. **Para evitar daños.** Puedo proporcionar PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley o a personas capaces de prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público (es decir, una reacción adversa a los medicamentos).
3. **Si la divulgación es forzada o permitida por el hecho de que usted está en tal condición mental o emocional que es peligrosa para usted o la persona o propiedad de otros, y si dedifico que la divulgación es necesaria para prevenir el peligro amenazado.**
4. **Si la divulgación es obligatoria por la ley de Informes de Abuso y Negligencia Infantil de California.** Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso o negligencia infantil.
5. **Si la divulgación es obligatoria por la ley de Informes de Abuso de Adultos Mayores / Dependientes de California.** Por ejemplo, si tengo una sospecha razonable de abuso de ancianos o abuso de adultos dependientes.
6. **Si la divulgación es forzada o permitida por el hecho de que usted me informa de una amenaza grave / inminente de violencia física por su parte contra una víctima o víctimas razonablemente identificables.**
7. **Para actividades de salud pública.** Ejemplo: En el caso de su muerte, si se permite u obliga a una divulgación, es posible que deba darle al forense del condado información sobre usted.
8. **Para actividades de supervisión de la salud.** Ejemplo: Es posible que se me solicite que proporcione información para ayudar al gobierno en el curso de una investigación o inspección de una organización o proveedor de atención médica.
9. **Para funciones gubernamentales específicas.** Ejemplos: Puedo divulgar la PHI del personal militar y los veteranos bajo ciertas circunstancias. Además, puedo divulgar la PHI en interés de la seguridad nacional, como proteger al Presidente de los Estados Unidos o ayudar con las operaciones de inteligencia.
10. **Con fines de investigación.** En ciertas circunstancias, puedo proporcionar PHI para realizar investigaciones médicas.
11. **Para fines de Compensación de Trabajadores.** Puedo proporcionar PHI para cumplir con las leyes de Compensación de Trabajadores.
12. **Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.** Ejemplos: Puedo usar la PHI para proporcionar recordatorios de citas. Puedo usar la PHI para brindarle información sobre opciones de tratamiento alternativas u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrezco.
13. **Si un árbitro o panel de arbitraje obliga a la divulgación,** cuando el arbitraje es solicitado legalmente por cualquiera de las partes, de conformidad con la citación *duces tectum* (por ejemplo, una citación para registros de salud mental) o cualquier otra disposición que autorice la divulgación en un procedimiento ante un árbitro o panel de arbitraje.
14. **Si se requiere o permite la divulgación a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley.** Ejemplo: Cuando el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos me obliga a investigar o evaluar mi cumplimiento con las regulaciones de HIPAA.
15. **Si la divulgación es específicamente requerida por la ley.**

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

**1. Divulgaciones a familiares, amigos u otras personas.** Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su cuidado o responsable del pago de su atención médica, a menos que se oponga en su totalidad o en parte. Se puede obtener el consentimiento retroactivo en situaciones de emergencia.

**D. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito.** En cualquier otra situación no descrita en las Secciones IIIA, IIIB y IIIC anteriores, solicitaré su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquiera de sus PHI. Incluso si ha firmado una autorización para divulgar su PHI, más tarde puede revocar esa autorización, por escrito, para detener cualquier uso y divulgación futuros (suponiendo que no haya tomado ninguna medida posterior a la autorización original) de su PHI por mí.

## **IV. QUÉ DERECHOS TIENE CON RESPECTO A SU PHI**

Estos son sus derechos con respecto a su PHI:

**Un. El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** En general, usted tiene derecho a ver su PHI que está en mi poder, o a obtener copias de la misma; sin embargo, debe solicitarla por escrito. Si no tengo su PHI, pero sé quién la tiene, le aconsejaré cómo puede obtenerla. Recibirá una respuesta mía dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. Bajo ciertas circunstancias, puedo sentir que debo denegar su solicitud, pero si lo hago, le daré, por escrito, las razones de la denegación. También explicaré su derecho a que se revise mi denegación.

Si solicita copias de su PHI, le cobraré no más de \$.25 por página. Es posible que considere oportuno proporcionarle un resumen o explicación de la PHI, pero solo si lo acepta, así como el costo, por adelantado.

**B. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI.** Tiene derecho a solicitar que limite la forma en que uso y divulgo su PHI. Si bien consideraré su solicitud, no estoy legalmente obligado a estar de acuerdo. Si acepto su solicitud, pondré esos límites por escrito y los cumpliré, excepto en situaciones de emergencia. Usted no tiene derecho a limitar los usos y divulgaciones que estoy legalmente obligado o autorizado a hacer.

**C. El derecho a elegir cómo le envío su PHI.** Es su derecho solicitar que su PHI se le envíe a una dirección alternativa (por ejemplo, enviando información a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio) o por un método alternativo (por ejemplo, por correo electrónico en lugar de por correo ordinario). Estoy obligado a aceptar su solicitud siempre que pueda darle la PHI, en el formato que solicitó, sin inconvenientes indebidos. Es posible que no le solicite una explicación sobre la base de su solicitud como condición para proporcionar comunicaciones de forma confidencial.

**D. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he hecho.** Usted tiene derecho a una lista de divulgaciones de su PHI que he hecho. La lista no incluirá usos o divulgaciones a los que ya haya dado su consentimiento, es decir, aquellos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, enviados directamente a usted o a su familia; tampoco la lista incluirá divulgaciones hechas con fines de



seguridad nacional, a correcciones o personal encargado de hacer cumplir la ley, o divulgaciones hechas antes del 15 de abril de 2003. Después del 15 de abril de 2003, los registros de divulgación se mantendrán durante seis años. Responderé a su solicitud de una contabilidad de las divulgaciones dentro de los 60 días de recibir su solicitud. La lista que le doy incluirá divulgaciones hechas en los seis años anteriores, a menos que indique un período más corto. La lista incluirá la fecha de la divulgación, a quién se divulgó la PHI (incluida su dirección, si se conoce), una descripción de la información divulgada y la razón de la divulgación. Le proporcionaré la lista sin costo alguno, a menos que realice más de una solicitud en el mismo año, en cuyo caso le cobraré una suma razonable basada en una tarifa establecida por cada solicitud adicional.

**E. El derecho a modificar su PHI.** Si cree que hay algún error en su PHI o que se ha omitido información importante, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o agregue la información faltante. Su solicitud y el motivo de la solicitud deben hacerse por escrito. Recibirá una respuesta dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. Puedo denegar su solicitud, por escrito, si encuentro que: la PHI es (a) correcta y completa, (b) prohibida para ser divulgada, (c) no forma parte de mis registros, o (d) escrita por alguien que no sea yo. Mi negación debe ser por escrito y debe indicar las razones de la negación. También debe explicar su derecho a presentar una declaración escrita objetando la denegación. Si no presenta una objeción por escrito, aún tiene derecho a solicitar que su solicitud y mi denegación se adjunten a cualquier divulgación futura de su PHI. Si apruebo su solicitud, haré los cambios en su PHI. Además, le diré que se han realizado los cambios y aconsejaré a todos los demás que necesiten saber sobre los cambios en su PHI.

**F. El derecho a recibir este aviso por correo electrónico.** Tiene derecho a recibir este aviso por correo electrónico. También tiene derecho a solicitar una copia impresa de la misma.

## **V. CÓMO QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si, en su opinión, puedo haber violado sus derechos de privacidad, o si se opone a una decisión que tomé sobre el acceso a su PHI, tiene derecho a presentar una queja ante la persona que figura en la Sección VI a continuación. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 200 Independence Avenue S.W. Washington, D.C. 20201. Si presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad, no tomaré ninguna acción de represalia contra **usted**.

## **VI. PERSONA A LA QUE CONTACTAR PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ESTE AVISO O PARA QUEJARSE DE MIS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o cualquier queja sobre mis prácticas de privacidad, o le gustaría saber cómo presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, comuníquese conmigo en: Kairos Counseling Center, 5063 Maple Rd. Suite 100, Vacaville, CA 95687. Teléfono: (707) 874-8463

## **VII. NOTIFICACIONES DE INFRACCIONES**

En el caso de una violación, el Dr. Ortiz-Baker debe notificar a cada individuo afectado cuya PHI no segura se ha visto comprometida. Incluso si tal violación fue causada por un socio comercial, el Dr. Ortiz-Baker es en última instancia responsable de proporcionar la notificación directamente o a través del socio comercial. Si la violación involucra a más de 500 personas, OCR debe ser notificado de acuerdo con las instrucciones publicadas en su sitio web. El Dr. Ortiz-Baker tiene la carga final de la prueba para demostrar que se dieron todas las notificaciones o que el uso o divulgación inadmisibles de la PHI no constituyó una violación y debe mantener la documentación de respaldo, incluida la documentación relacionada con la evaluación de riesgos.

## **VIII. PHI DESPUÉS DE LA MUERTE**

En general, la PHI excluye cualquier información de salud de una persona que ha fallecido durante más de 50 años después de la fecha de la muerte. El Dr. Ortiz-Baker puede divulgar la PHI de las personas fallecidas a miembros que no son de la familia, así como a miembros de la familia, que estuvieron involucrados en el cuidado o pago de la atención médica del difunto antes de la muerte; sin embargo, la divulgación debe limitarse a la PHI relevante para dicha atención o pago y no puede ser inconsistente con ninguna preferencia expresada previamente de la persona fallecida.

## **IX. El derecho de las personas a restringir las divulgaciones; Derecho de acceso**

Para implementar la Ley HITECH de 2013, se modifica la Regla de Privacidad, el Dr. Ortiz-Baker debe restringir la divulgación de PHI sobre usted, el paciente, a un plan de salud, previa solicitud, si la divulgación es con el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o atención médica y no es requerida por la ley. La PHI debe pertenecer únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual haya pagado a la entidad cubierta en su totalidad. (OCR aclara que las disposiciones adoptadas no requieren que los proveedores de atención médica cubiertos creen registros médicos separados o segreguen la PHI sujeta a un elemento o servicio de atención médica restrictivo; más bien, los proveedores deben emplear un método para marcar o anotar las restricciones de la PHI para garantizar que dicha PHI no se envíe inadvertidamente o se haga accesible a un plan de salud).

Las Enmiendas de 2013 también adoptan la propuesta en la regla provisional que requiere que el Dr. Ortiz-Baker, le proporcione a usted, el paciente, una copia de la PHI a cualquier paciente individual que la solicite en forma electrónica. Se le debe proporcionar el formato electrónico si es fácilmente producible. OCR aclara que el Dr. Ortiz-Baker debe proporcionarle solo una copia electrónica de su PHI, no acceso directo a sus sistemas de registros electrónicos de salud. Las Enmiendas de 2013 también le otorgan el derecho de ordenar al Dr. Ortiz-Baker que transmita una copia electrónica de la PHI a una entidad o persona designada por usted. Además, las enmiendas restringen las tarifas que el Dr. Ortiz-Baker puede cobrarle por el manejo y la reproducción de la PHI, que deben ser razonables, basadas en el costo e identificar por separado la mano de obra para copiar la PHI (si corresponde). Finalmente, las Enmiendas de 2013 modifican el requisito de oportunidad para el derecho de acceso, de hasta 90 días actualmente permitidos a 30 días, con una extensión única de 30 días adicionales.

## **X. Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP)**

El Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) de Kairos Counseling Center debe contener una declaración que indique que la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, divulgaciones de marketing y venta de PHI requieren autorización previa por su parte, y usted tiene derecho a ser notificado en caso de una violación de phi no segura.

#### **XI. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DEL PRESENTE AVISO**

Este aviso entró en vigor el 30 de enero de 2013

## **Usted tiene derecho a recibir una "Estimación de Buena Fe" explicar cuánto costará su atención médica**

- Según la ley, los proveedores de atención médica deben dar a los **pacientes que no tienen seguro o que no están usando el seguro** una estimación de la factura médica artículos y servicios.
- Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe para el total costo esperado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y honorarios hospitalarios.
- Asegúrese de que su proveedor de atención médica le dé una estimación de buena fe por escrito al menos 1 día hábil antes de su servicio o artículo médico. También puede preguntarle a su proveedor de atención médica y a cualquier otro proveedor que usted elija, para una estimación de buena fe antes de programar un artículo o servicio.
- Si recibe una factura que es de al menos \$400 más que su Buena Fe Estima, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su estimación de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a una estimación de buena fe, visita [www.cms.gov/nosurprises](http://www.cms.gov/nosurprises) o llame al Centro de Consejería Kairos al (707) 874-8463.