**Justin LaPilusa, Psy.D.**

Psicólogo Clínico/Forense PSY25187

Evaluador Médico Calificado #147963

7851 Mission Center Court, Suite 300

San Diego, California 92108

Tel: (619) 400-9894

Fax: (619) 359-4326

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACION MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

**DEBE REVISARSE CON CUIDADO.**

**La ley estatal y federal requieren que el Dr. LaPilusa y sus asociados mantengan la privacidad de su información médica, así como proporcionarle este aviso sobre las practicas de privacidad, obligaciones legales, y sus derechos al respecto de la información de su salud, “Información Médica Protegida” (PHI, por sus siglas en inglés). El Dr. LaPilusa y sus asociados deben seguir las practicas de privacidad que están descritas aquí y estas practicas pueden ser enmendadas como se necesite o cambien los requerimientos.**

**Para mas aclaraciones de cualquier cosa señalada en este documento, por favor contactar al Dr. LaPilusa.**

**Usos y Divulgaciones Sobre Su Información Médica Protegida**

A continuación se explican las formas en las que se puede utilizar su información médica sin su consentimiento bajo la ley Federal y Estatal. En todos los casos, el Dr. LaPilusa practica en divulgar la menor información necesaria para lograr el propósito de dicha revelación. Esto no pretende ser una lista exhaustiva, sino una explicación de casos y escenarios donde la revelación de PHI pueda ser necesaria bajo categorías generales. La divulgación excluye las notas de psicoterapia como se describe en la siguiente sección.

1. **Tratamiento:** El Dr. LaPilusa y sus asociados pueden utilizar y divulgar información relacionada a su tratamiento a miembros de su equipo de tratamiento actual para propósitos de continuidad de la atención, y coordinar y manejar el cuidado de su salud y servicios relacionados.
2. **Pago:** El Dr. LaPilusa y sus asociados pueden utilizar y divulgar información en su archivo de salud protegida para propósitos de facturación con su plan de seguro. Su aseguradora puede requerir cierta información acerca de su tratamiento antes de autorizar el pago por los servicios.
3. **Operaciones de Cuidado de Salud:** Incluyen actividades de mejora de la calidad, consultas con colegas, licencia, y actividades de acreditación.
4. Donde sea requerido por la ley, se divulgara su información médica protegida.
5. En el evento de una emergencia, puede divulgarse su información médica protegida para permitir su tratamiento y atención.

**Usos y Divulgaciones que Requieren su Consentimiento Escrito**

Las notas archivadas por el Dr. LaPilusa y sus asociados documentando el contenido de su sesión (Notas de Psicoterapia), serán usadas únicamente por su terapeuta y no será utilizado o divulgado sin su autorización escrita.

Las actividades de mercadeo nunca incluirán su información médica protegida sin su aprobación escrita.

Cualquier divulgación a individuos que no estén directamente involucrados en su tratamiento o atención (por ejemplo: su abogado, escuela, etc.) requerirán su autorización escrita para la divulgación de su información médica protegida.

Nota: Su “autorización” para divulgar su información médica protegida puede ser revocada en cualquier momento por medio de una revocación por escrito. Esta revocación entrará en efecto cuando el aviso por escrito se haya recibido y revisado personalmente.

**Sus Derechos Sobre su Información de Salud**

1. **Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus archivos médicos y de facturación, pero no las notas de psicoterapia. Todas las solicitudes de esta naturaleza deben ser por escrito. Habrá una tarifa asociada con la copia de los archivos y el envío en tal caso que usted escoja recibirlos por correo.
2. **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidencial:** Usted tiene el derecho de solicitar que el Dr. LaPilusa y sus asociados se comuniquen con usted únicamente en ciertos lugares o a través de cierto método (por ejemplo: en el trabajo únicamente, o a través de correo electrónico, etc.) Todas las solicitudes debe recibirse por escrito y las solicitudes razonables serán honradas. No se requiere una explicación de la solicitud, pero si necesitamos saber específicamente dónde y cuándo desea ser contactado.
3. **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción sobre la información de salud que se usa o es divulgada acerca de su tratamiento, pagos, u operaciones del cuidado de su salud. Las solicitudes de restricciones deben ser sometidas por escrito. No se nos requiere estar de acuerdo con su solicitud de restricción, sin embargo, el Dr. LaPilusa y sus asociados honrarán su solicitud a menos que se requiera tal información restringida para proporcionarle a usted con tratamiento de emergencia.
4. **Derecho Sobre la Rendición de Cuentas de las Divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que se le provea con una rendición de cuentas de las divulgaciones realizadas de su información médica protegida. Esta petición debe realizarse por escrito y no incluirá divulgaciones hechas para propósito de tratamiento, pago, y operaciones del cuidado de salud.
5. **Derecho a Solicitar una Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a información de su salud. Su solicitud debe ser hecha por escrito y necesita detallar la razón por la petición de la enmienda solicitada. Esta solicitud puede ser negada en ciertas circunstancias.
6. **Derecho a una Copia Impresa de este Aviso:** Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este Aviso de Privacidad en cualquier momento.
7. **Preguntas o Quejas:** Cualquier pregunta y queja respecto a sus derechos de privacidad deben abordarse con el Oficial de Privacidad, el Dr. Justin LaPilusa. Usted puede contactar a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No habrán represalias en su contra si escoge quejarse con una agencia externa acerca del Dr. LaPilusa y sus asociados.

**Este aviso entro en efecto el 14 de abril de 2003. Puede enmendarse en cualquier tiempo y la revisión entrará en efecto para toda Información Médica Protegida. En el evento de una enmienda, se publicará un nuevo aviso y usted podrá solicitar una copia del aviso revisado.**

**Reconozco haber recibido una copia del Aviso de Practica de Privacidad del Dr. Justin LaPilusa.**

**Firma del Cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**