

ATLANTA AREA PSYCHOLOGICAL ASSOCIATES, P.C.

INFORMACIÓN, AUTORIZACIÓN, Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

El siguiente comunicado detalla nuestras políticas y procedimientos y describe la manera en la cual su información psicológica y médica puede ser utilizada y compartida y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise este comunicado detalladamente.

Bienvenidos a Atlanta Area Psychological Associates (AAPA). Es un placer para nosotros ser elegido como el centro para su terapia y sinceramente esperamos poder asistirle. Este documento ha sido diseñado para informarle de lo que puede esperar de su doctor o terapeuta, políticas sobre confidencialidad y emergencias, y otros detalles sobre su tratamiento aquí en AAPA. Aunque proveerle este documento es parte de una obligación ética de nuestra profesión, lo más importante, es que es parte de nuestro compromiso con usted de mantenerlo/a completamente informado/a de cada parte de su experiencia terapéutica. Por favor entienda que su relación con su doctor o terapeuta es una relación de colaboración y cualquier pregunta, comentario, o sugerencia siempre será bienvenida.

Puntos de Vista Teóricos y Participación del Cliente

Creemos que las personas tienen mejor capacidad de encontrar un sentido de paz y alegría en sus vidas a medida que se vuelven más conscientes y tienen aceptación de sí mismo/a. Sin embargo, consciencia y aceptación de sí mismo son metas que pueden tomar un largo tiempo para lograrlas. Algunos clientes necesitan pocas sesiones para lograr sus metas, mientras otros clientes requieren meses o hasta años de terapia. Como cliente, usted está en completo control, y puede terminar su relación con su terapeuta o doctor en cualquier momento. Sin embargo, lo invitamos a conversar con su terapeuta sobre cómo se siente con su progreso y otras cuestiones sobre su tratamiento.

Para que la terapia sea más exitosa, es importante que usted tenga un rol activo. Esto significa trabajar en los asuntos conversados entre usted y su doctor o terapeuta tanto durante como entre las sesiones. Esto también significa evitar ingerir cualquier sustancia que puede alterar su mente como el alcohol o medicamentos sin prescripción durante al menos ocho horas antes de sus sesiones de terapia. Generalmente, cuanto más de usted mismo este dispuesto a invertir, mayor será su beneficio.

Es nuestra intención fortalecerlo en su proceso de crecimiento al grado que sea capaz de enfrentar las dificultades de la vida en el futuro sin su doctor o terapeuta de AAPA. No es nuestro interés crear dependencias o en prolongar terapias si la intervención terapéutica no parece funcionar. Si este es el caso, su doctor o terapeuta lo dirigirá a otros recursos que serán de asistencia para usted. Su desarrollo personal es nuestra prioridad. Lo motivamos a informarnos si en cualquier momento siente que el transferirlo a otro centro o doctor es necesario. Nuestra meta es facilitarle su mejoría y crecimiento, y estamos muy comprometidos en ayudarlo de cualquier manera que parezca producir los mejores beneficios.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

Records y Confidencialidad

Su comunicación con su doctor o terapeuta será parte de un historial de tratamiento clínico, y se conoce como Protected Health Information (PHI). Su doctor o terapeuta mantendrá bajo completa confidencialidad toda su información, con las siguientes excepciones: (1) Si usted firma un formulario de "Divulgación de Información" donde autoriza a su doctor o terapeuta a dar su información a otra persona o entidad; (2) Si su doctor o terapeuta determina que usted es un peligro para otra(s) personas o para sí mismo; (3) Si usted ofrece información sobre el abuso a niños, ancianos, o a un individuo discapacitado que requiera protección; (4) Si un juez le ordena a su doctor o terapeuta divulgar su información. En este último caso, la licencia de su doctor o terapeuta le proporciona el derecho de mantener lo que es conocido legalmente como "Comunicación Privilegiada." Comunicación Privilegiada significa su derecho como cliente de tener una relación confidencial con un psicólogo o terapeuta. El estado de Georgia tiene una gran reputación de respetar este derecho legal. Si por alguna razón un juez ordenara la divulgación de su información personal, esta orden puede ser apelada. No podemos garantizar que la apelación será favorable, pero haremos todo lo posible para mantener esa información de manera confidencial.

Por favor tenga en cuenta que, en consejería de parejas su doctor o terapeuta no está de acuerdo en mantener secretos. Por tanto, la información revelada en cualquier contexto puede ser compartida con su pareja.

Su doctor o terapeuta está actualmente bajo la dirección del Dr. Gary E. Dudley, el Director Clínico de AAPA. Su doctor o terapeuta puede reunirse con el Dr. Dudley para evaluar su caso con el interés de brindarle la mejor atención posible. Como psicólogo licenciado, él también es requerido a mantener de forma confidencial la información del cliente. Si necesita más información acerca de la confiabilidad de su información, estamos en la mejor disposición de responder cualquier pregunta.

Estructura y Costo de Sesiones

Su doctor o terapeuta está de acuerdo en proveerle psicoterapia por la tarifa de \$170 por sesión de 45-50 minutos and \$225 por sesión de 60 minutos, a menos que usted o su compañía de seguros haya negociado otra tarifa. No es ideal hacer psicoterapia por teléfono, y si necesita hablar con su doctor o terapeuta entre sesiones indica que probablemente usted necesite apoyo adicional. Si este es el caso, usted y su doctor o terapeuta explorarán más opciones como; incluir más sesiones o desarrollar otros recursos que tendrá disponible para asistirle. Llamadas de teléfono para fines distintos de la programación de citas se facturarán a \$3 por minuto, a menos que haya un acuerdo distinto entre usted y su doctor o terapeuta. La tarifa para cada sesión debe ser pagada al concluir cada sesión. Se acepta efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover o American Express como formas de pago, y se le entregará un recibo de pago. El recibo de pago también puede ser utilizado como declaración de pago para su compañía de seguro si es necesario. Por favor tenga en cuenta que habrá un cargo de \$35 por cheques devueltos.

Las compañías de seguro tienen muchas reglas y requerimientos específicos a cada plan. Es su responsabilidad enterarse de las políticas de su compañía de seguros y de solicitar reembolso de seguros, a menos que haya negociado un acuerdo distinto. Con gusto le ayudaremos con cualquier pregunta que tenga en esta área.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

Para obtener una cobertura de seguro, se requiere un diagnóstico psiquiátrico de su caso. Si usted desea cambiar su compañía de seguros en el futuro, la nueva compañía puede requerir su información y descubrir este diagnóstico. A algunas personas le han negado cobertura para salud y/o seguro de vida después de hacer reclamos de seguro para tratamiento de consulta externa.

Si proporcionamos nuestros servicios bajo un acuerdo con una organización de cuidado administrado, debemos proveerle a esa organización información personal detallada sobre usted. En la mayoría de los casos, ellos tienen el derecho de obtener una copia de su expediente completo y de las notas que hemos registrado en él.

Le recomendamos observar cuidadosamente las ventajas económicas de utilizar su seguro contra los riesgos de privacidad que pueden surgir al compartir su información de la manera antes descrita. Usted mantendrá mejor control sobre detalles muy sensibles de su vida, si paga por los servicios de manera privada.

Finalmente, los intentos de verificar su cobertura de seguro y autorización de visitas han sido realizados por AAPA de buena fe. A pesar de nuestros mejores esfuerzos, podemos recibir información incorrecta de las compañías de seguro con tasas de casi el 50 por ciento. Por tanto, es de su mejor interés comunicarse con su compañía de seguros para verificar que su información este correcta. En última instancia, usted será el responsable de los cargos.

Pruebas Psicológicas

A pesar de que los proveedores de AAPA se esfuerzan en completar los procedimientos de prueba y presentación de informes de manera oportuna, no podemos garantizar sus resultados para una fecha específica. Estos servicios a menudo están sujetos a procedimientos de autorización por las compañías de seguro, los cuales están fuera de nuestro control, así como consideraciones especiales en cuanto a la programación de las citas. Además, no siempre podemos predecir cuanto tardarán ciertos procedimientos con cada paciente o cuantas sesiones de pruebas necesitará para completar la evaluación.

Políticas de Colección

Debido a costos de factura, habrá un cargo de \$10 por falta de pago o copago en el momento de la utilización de servicios. Es nuestra política coleccionar cualquier deuda, incluyendo cheques sin fondos y reservamos el derecho de utilizar una agencia de colección para cobrar deudas pendientes y el derecho de cancelar servicios. Cuotas razonables de colección y/o de abogados pueden ser incurridas para la colección de saldos pendientes. No podemos garantizar la protección de su información privada en el caso de tener que utilizar servicios de colección.

Políticas de Cancelación

En caso de que no pueda acudir a su cita, debe notificar a su doctor por lo menos con 24 horas de antelación. Si no se recibe previo aviso, usted será responsable de pagar la sesión a la que no atendió. La tarifa por cada sesión perdida de 45-60 minutos es \$170. La tarifa por faltar a una cita de pruebas dependerá en la cantidad de tiempo que fue reservada para su cita. Por favor tenga en cuenta que las compañías de seguro no hacen reembolsos por sesiones perdidas.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

Reportes y Cartas

Habr  un cargo adicional para reportes escritos, cartas, u otras correspondencias. En la mayoría de casos, cargos adicionales deben ser pagados por adelantado. Por favor consulte esta política con su doctor o terapeuta.

Solicitudes de Registros

Todas solicitudes de registros requieren autorización escrita y firmada. Puede contactar nuestra oficina para obtener el formulario designado o puede visitar nuestra página de internet www.atlantapsych.com.

Para pacientes con Medicaid y Peachcare (Amerigroup, Peachstate, o Wellcare)

En caso de que un paciente con Medicaid/Peachcare no sea elegible a cobertura en cualquier mes, el padre, madre o tutor será responsable por los pagos de cualquier servicio prestado durante el periodo de inactividad y saldos pendientes serán sujetos a las pol ticass de colección.

En Caso de Emergencia

Atlanta Area Psychological Associates es considerado un centro de consulta externa, y estamos programados para acomodar individuos que son considerablemente seguros y recursivos. No portamos localizadores ni estamos disponibles en cualquier momento. Si en cualquier momento siente que esto no es suficiente apoyo para usted, por favor informe a su doctor o terapeuta y él o ella puede ofrecerle recursos adicionales o transferir su caso a un doctor o clínica con disponibilidad de 24 horas. Generalmente, su doctor puede regresar su llamada entre 24-48 horas.

Si usted tiene una emergencia de salud mental, lo motivamos a que no espere que le regresen la llamada, sino que siga una de las siguientes opciones:

- Llame a Ridgeview Institute a 770.434.4567 o a Peachford Hospital a 770.454.5589.
- Llame al 911
- Visite la sala de emergencias.

Relación Profesional

Psicoterapia es un servicio profesional que le proporcionaremos. Debido a la naturaleza de la terapia, su relación con su doctor o terapeuta debe ser diferente a la mayoría de relaciones. La relación puede variar en duración, en los objetivos, o en los temas hablados. También debe ser limitada solo a la relación del terapeuta y cliente. Si usted y su doctor o terapeuta interactúan de otras maneras, tendrían una "doble relación", la cual a largo plazo puede resultar perjudicial para usted, por lo tanto, es considerado anti  tico en la profesión de salud mental.

Doble relaciones pueden crear conflictos entre los intereses de los doctores y terapeutas y los intereses del cliente, entonces los intereses del cliente (sus intereses) pueden quedar en desventaja. Para poder ofrecerles a todos nuestros clientes el mejor cuidado, sus doctores o

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta p gina_____

terapeutas deben servirle con altruismo y estar enfocados solo en sus necesidades. Por esto, su relación con su doctor debe permanecer de índole profesional.

Adicionalmente, se encuentran importantes diferencias entre terapias y amistades. Los amigos pueden ver la posición en que usted se encuentra basándose en sus propias experiencias y desde su propio punto de vista. Los amigos pueden querer encontrar una solución rápida y fácil para sus problemas para sentirse útiles. Estas soluciones a corto plazo pueden que no estén en su mejor interés a largo plazo. Los amigos generalmente no hacen seguimiento a los consejos que brindan para verificar si fueron útiles. Puede que ellos *necesiten* que usted haga lo que ellos le aconsejaron hacer. Un terapeuta le ofrece opciones y le ayuda escoger cual opción es la mejor para usted. Un terapeuta le ayuda a aprender maneras de solucionar problemas y de tomar mejores decisiones. Las respuestas de un terapeuta a la situación en la que usted se encuentra son basadas en teorías probadas y métodos de cambio.

También debe de saber que los terapeutas están requeridos a mantener las identidades de su cliente en secreto. Por más que su doctor o terapeuta quiera acercarse a usted en un lugar público, él o ella no lo hará al menos que usted se le acerque primero. Su doctor o terapeuta también debe rechazar cualquier invitación para asistir a reuniones con su familia o amigos. Por último, cuando su terapia sea concluida, su doctor o terapeuta no podrá ser un amigo como sus demás amigos. En resumen, es la responsabilidad de su doctor o terapeuta de siempre mantener un rol profesional. Por favor tenga en cuenta que estas normas no están destinadas para ser descorteses de ninguna manera, fueron elaboradas estrictamente para su protección a largo plazo.

Políticas con Respecto a Divorcios y Asuntos de Custodia

Las siguientes reglas se aplican en el tratamiento de un niño/a con padres divorciados o separados.

Es la responsabilidad del padre o tutor del niño/a, el que trae al niño/a a las citas de entregarnos cualquier documento legal que explique los derechos y responsabilidades de cualquier adulto en la vida del niño/a (acuerdos de custodia, decreto de divorcio, etc.) Nos esforzamos por seguir todas las órdenes judiciales con respecto al niño/a y sus padres o tutores, pero no podemos seguir estas órdenes si no estamos informados de cuales son. Por favor proporcione el documento completo, no solo ciertas páginas.

El adulto que traiga al niño/a para su tratamiento será la “persona responsable,” a menos que otro adulto este de acuerdo en ser responsable y firme el formulario de Consentimiento para Tratamiento. Esto significa que, si usted es la persona responsable, y firma el formulario de Consentimiento para Tratamiento está de acuerdo en ser la persona responsable para el pago de nuestros cargos y tarifas. Usted debe pagar copagos aplicables y cargos no cubiertos por su seguro médico, incluyendo cargos para citas perdidas, incluso aunque la cita perdida fuera culpa del otro padre.

Cobertura de seguros en el nombre del niño/a le pertenece al niño/a, independientemente de quien sea el asegurado principal o de quien pague las primas o los copagos. Esto significa que cualquier servicio que le brindemos será ante todo para el

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

beneficio del niño/a, lo cual es un servicio cubierto en la póliza de seguro del niño/a, lo cual será facturado a la cuenta del niño/a y pagado por el seguro médico y/o persona responsable. El “asegurado” quizás no tenga control directo sobre los servicios o cargos si el otro padre trae al niño/a y solicita servicios para el niño/a.

Servicios que proporcionamos en la cuenta del niño/a, para el beneficio del niño/a y en el proceso de asesoría o tratamiento de ese niño/a, puede incluir una reunión individual con el niño/a y/o junto con uno o mas de los adultos pertinentes en su vida. Del mismo modo podemos reunirnos individualmente con adultos pertinentes en la vida del niño/a, solo o todos juntos. Estas reuniones, con tal de que involucren primordialmente los asuntos pertinentes a la asesoría del tratamiento del niño/a, son considerados parte del tratamiento por el American Psychological Association y las compañías de seguro. Por lo tanto, estos servicios serán facturados a la cuenta del niño/a y pagados por la compañía de seguros del niño/a y/o la persona responsable, aunque la persona que sea el “asegurado principal” para la cuenta del niño no esté presente en la sesión o servicio.

No podemos servir de mediador para lidiar con asuntos entre padres divorciados. Le facturaremos los cargos y servicios no cubiertos por la compañía de seguros, incluyendo los copagos a la persona responsable. Es su responsabilidad pagarnos, y si otro adulto es total o parcialmente responsable por esos cargos, debe lidiar directamente con el otro adulto para recuperar esa porción de los cargos. Nosotros entendemos que el otro adulto quizás no coopere, pero no es nuestro deber ayudar a un padre coleccionar el dinero del otro.

No facturaremos a más de una persona, y no podemos dividir la factura por mitad o de ninguna manera. Sin embargo, mandaremos una copia de la cuenta a otro adulto, si están autorizados para recibir esa información. Si existe una orden judicial que detalla quien es responsable de pagar tarifas y copagos, no podemos asistir en el cumplimiento de esa orden.

Declaración de Ética, Bienestar de Clientes y Seguridad

Atlanta Area Psychological Associates asegura que nuestros servicios serán ofrecidos de manera profesional conforme con los estándares éticos de la American Psychological Association. Además, su doctor en ocasiones puede usar un tipo de intervención terapéutica que incluye ejercicios experimentales. Cualquier proceso o intervención es completamente voluntario y puede ser discontinuado en cualquier momento. Sin embargo, es su responsabilidad comunicar a su doctor como se siente para que él o ella pueda respetar su decisión.

Si en cualquier momento usted siente que su doctor no esta actuando de manera ética/profesional, le pedimos que le deje saber inmediatamente a él o ella. Si ustedes no pueden resolver su inquietud, por favor contacte al Director, Dr. Gary E. Dudley (770) 953-6401 Ext. #307.

Aunque nos gustaría garantizar resultados específicos con respecto a sus metas terapéuticas, no lo podemos hacer. Sin embargo, junto con su doctor o terapeuta, trabajaremos para lograr los mejores resultados para usted. Por favor tenga en cuenta que los cambios hechos en su terapia pueden afectar a otras personas en su vida (ej. Una mejoría en su asertividad puede que no sea bienvenido por otras personas). Es nuestra intención asistirle en manejar relaciones interpersonales cuando surgen, pero de todas maneras es importante que esté consciente de esta posibilidad.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

Así mismo, en ocasiones suele ocurrir que al comienzo de la terapia las personas se pueden sentir un poco peor antes de experimentar una mejoría en sus síntomas. Esto puede pasar mientras comienza a hablar sobre ciertos temas que se consideran delicados en su vida. Sin embargo, un tema no es delicado al menos que necesite atención. Por lo tanto, experimentar malestar es considerado un logro. Cuando usted y su doctor o terapeuta descubran sus necesidades de tratamiento y determinen la intervención que funcione para usted, es este el momento en que su recuperación comienza.

Sinceramente esperamos con interés poder asistirle en su trayecto hacia su mejoría y crecimiento. Si tiene cualquier pregunta sobre cualquier parte de este documento, por favor pregúntele a su doctor o terapeuta.

Aviso de la Ley No Sorpresas (No Surprises Act, NSA):

SUS DERECHOS Y GARANTÍAS FRENTE A LAS FACTURAS MÉDICAS QUE LLEGAN DE SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, cuenta con la protección con respecto a la facturación del saldo. En estos casos, no le deberían cobrar ningún monto que supere los copagos, el coaseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es la "facturación del saldo" (también llamada "facturación sorpresa")? Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba cubrir ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un coaseguro o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud. "Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no han firmado ningún contrato con su plan de salud para prestar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se cobra por un servicio. Esto se llama "facturación del saldo". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de desembolso personal de su plan. La "facturación sorpresa" es una factura de saldo que recibe de forma inesperada. Sucede cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una consulta en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento de forma inesperada de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares, según el procedimiento o servicio.

Tiene la garantía frente a la facturación del saldo en:

Servicios de emergencia: si tiene una afección médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (copagos, coaseguro y deducibles). No le pueden facturar el saldo por tales servicios. Esto incluye los servicios que puede recibir cuando lo estabilicen, a no ser que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus garantías para que no le facturen el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red: cuando recibe los servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que algunos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo ni pueden pedirle que renuncie a sus garantías de que no le facturen.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus garantías.

Nunca le exigirán que renuncie a sus garantías frente a la facturación del saldo. Tampoco es necesario que obtenga atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también cuenta con estas garantías:

- Usted es responsable únicamente de pagar su parte del costo, como los copagos, el coaseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red. Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red cualquier costo adicional.
- Por lo general, su plan de salud deberá:
 - * Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación anticipada (también conocida como "autorización previa") para los servicios.
 - * Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - * Basar lo que le adeude al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrarle ese monto en su explicación de beneficios.
 - * Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de desembolso personal.

Tiene derecho a recibir un "Presupuesto de buena fe", donde se desglose el costo de su atención médica si no tiene o no utiliza su seguro.

*Tiene derecho a recibir un presupuesto de buena fe del costo total que se espera por cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye los costos relacionados, como pruebas médicas, medicamentos recetados, equipos y tarifas hospitalarias. Con respecto a los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios que presta Atlanta Area Psychological Associates, PC esto se aplica a la consulta inicial, psicoterapia y asesoría, y pruebas psicológicas.

*Su proveedor de atención médica debe entregarle un presupuesto de buena fe por escrito al menos un día hábil antes de recibir su servicio o artículo médico. También puede pedirle a su proveedor de atención médica un presupuesto de buena fe antes de programar un servicio.

*Atlanta Area Psychological Associates, PC le entregará un presupuesto de buena fe para su consulta inicial. Luego, su terapeuta le entregará otro presupuesto de buena fe para cualquier servicio de seguimiento, según corresponda.

*Si recibe una factura de al menos \$400 más que sus presupuestos de buena fe como se describe anteriormente, puede objetarla la factura.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

*Conserve una copia o una imagen de su presupuesto de buena fe.

Visite <https://www.cms.gov/files/document/model-disclosure-notice-patient-protections-against-surprise-billing-providers-facilities-health.pdf> para obtener más información sobre sus derechos de conformidad con la ley federal.

Visite <https://gov.georgia.gov/> para obtener más información sobre sus derechos de conformidad con la ley de Georgia.

*******Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)*******

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I. COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD: Atlanta Area Psychological Associates, PC se dedica a mantener la privacidad de su información de salud protegida (protected health information, PHI). La PHI es información, en formato impreso o electrónico, que puede identificarlo y que se relaciona con su estado de salud física o mental en el pasado, presente o futuro y los servicios conexos de atención médicas. La ley exige este aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") para darle a conocer los deberes legales y las prácticas de privacidad que Atlanta Area Psychological Associates, PC mantiene con respecto a su PHI. También señala cómo se puede usar y divulgar la información médica y de salud mental, así como sus derechos con respecto a su PHI. Léalo atentamente y plantee cualquier pregunta o inquietud con su terapeuta.

II. DEBER LEGAL DE SALVAGUARDAR SU PHI: conforme a la ley federal y estatal, los psicólogos deben garantizar que su PHI se mantenga con carácter privado. Este aviso explica cuándo, por qué y cómo Atlanta Area Psychological Associates, PC utilizaría o divulgaría su PHI. Cuando Atlanta Area Psychological Associates, PC emplea la PHI significa que comparte, aplica, utiliza, examina o analiza información dentro de su práctica; la PHI se divulga cuando Atlanta Area Psychological Associates, PC la comunica, transfiere, entrega o la revela de otro modo a una parte externa de Atlanta Area Psychological Associates, PC. Con algunas excepciones, Atlanta Area Psychological Associates, PC no puede usar ni divulgar su PHI más de lo necesario para lograr el objetivo para el cual se hace el uso o la divulgación; sin embargo, Atlanta Area Psychological Associates, PC siempre tiene la obligación legal de cumplir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso.

III. CAMBIOS A ESTE AVISO: los términos y condiciones de este aviso se aplican a todos los registros que contengan su PHI, que Atlanta Area Psychological Associates, PC haya creado o conservado. Tenga en cuenta que Atlanta Area Psychological Associates, PC se reserva el derecho de revisar o modificar este aviso de prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda se aplicará a todos los registros que Atlanta Area Psychological Associates, PC haya creado o mantenido en el pasado y a cualquiera de los registros que cree o mantenga en el futuro. Atlanta Area Psychological Associates, PC tendrá una copia del aviso actual colocada en el consultorio en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar la copia más reciente en cualquier momento. La fecha de la última revisión siempre aparecerá al final del aviso de prácticas de privacidad de Atlanta Area Psychological Associates, PC.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

IV. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI: Atlanta Area Psychological Associates, PC no usará ni divulgará su PHI sin su autorización por escrito, excepto como se indica en este aviso o en el documento "Información, autorización y consentimiento para el tratamiento". A continuación, encontrará las diferentes categorías de posibles usos y divulgaciones con algunos ejemplos.

1. Para el tratamiento: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a médicos, psiquiatras, psicólogos y otros proveedores de atención médica con licencia que le brindan servicios médicos o que participan de otra manera en su cuidado. Ejemplo: si también consulta a un psiquiatra para la administración de medicamentos, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI para coordinar su atención. Excepto en caso de emergencia, Atlanta Area Psychological Associates, PC siempre solicitará su autorización por escrito antes de dicha consulta.

2. Para las operaciones de atención médica: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI para facilitar el funcionamiento eficiente y correcto de su práctica, mejorar su atención y comunicarse con usted cuando sea necesario. Ejemplo: usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

3. Para obtener el pago del tratamiento: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios que Atlanta Area Psychological Associates, PC le brindó. Ejemplo: Atlanta Area Psychological Associates, PC podría enviar su PHI a su compañía de seguros o plan de atención médica administrada para obtener el pago de los servicios de atención médica que se le han brindado. También podría proporcionar su PHI a compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos y otras agencias que procesan reclamos de atención médica para Atlanta Area Psychological Associates, PC si usted o su compañía de seguros no pueden mantenerse al día con su cuenta. En este último caso, Atlanta Area Psychological Associates, PC siempre hará todo lo posible por arreglar esto con usted antes de involucrar a una agencia externa.

4. Empleados y socios comerciales: puede haber casos en los que los servicios se proporcionen a Atlanta Area Psychological Associates, PC por un empleado o a través de contratos con "socios comerciales" externos. Siempre que un acuerdo con un empleado o socio comercial involucre el uso o divulgación de su PHI, Atlanta Area Psychological Associates, PC presentará un contrato escrito por medio del cual se exija que el empleado o socio comercial mantenga los mismos estándares superiores de protección de su privacidad que se exigen de Atlanta Area Psychological Associates, PC.

Nota: esta ley estatal y federal ofrece protección adicional para ciertos tipos de información de salud, incluido el consumo indebido de alcohol o drogas, la salud mental y el SIDA/VIH. Asimismo, puede limitar la forma en que Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar información sobre usted a otros.

V. USO Y DIVULGACIÓN DE SU PHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede usar o divulgar su PHI sin su consentimiento ni autorización por las siguientes razones:

1. Cumplimiento de la ley: sujeto a ciertas condiciones, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI cuando lo exija la ley federal, estatal o local; los procedimientos judiciales, de juntas o administrativos, o en cumplimiento con la ley. Ejemplo: Atlanta Area Psychological Associates, PC

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

puede hacer una divulgación a los funcionarios correspondientes cuando una ley exija que Atlanta Area Psychological Associates, PC suministre información a los organismos gubernamentales, al personal encargado del cumplimiento de la ley o en un procedimiento administrativo.

2. Juicios y disputas: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su información para responder a una orden judicial o administrativa o una orden de allanamiento. Atlanta Area Psychological Associates, PC también puede divulgar información si un árbitro o un tribunal arbitral exige la divulgación, cuando cualquiera de las partes solicita legalmente el arbitraje, de conformidad con una citación *duces tectum* (por ejemplo, una citación por registros de salud mental) o cualquier otra disposición que autorice la divulgación en un procedimiento ante un árbitro o tribunal arbitral. Atlanta Area Psychological Associates, PC solo lo hará si se han hecho esfuerzos por informarle sobre la solicitud y se le ha brindado la oportunidad de objetar u obtener una orden judicial adecuada que proteja la información solicitada.

3. Riesgos para la salud pública: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones y discapacidades; para informar nacimientos y muertes, y para notificar a las personas que pueden haber estado expuestas a una enfermedad o en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o afección.

4. Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o personas bajo la jurisdicción de la FDA, PHI relativa a eventos adversos con respecto a medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos en los productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros de productos, reparaciones o reemplazo.

5. Amenaza grave a la salud o la seguridad: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI si presenta una afección mental o emocional que sea peligrosa para usted mismo o para la persona o la propiedad de otros, y si Atlanta Area Psychological Associates, PC determina de buena fe que la divulgación es necesaria para prevenir la amenaza de peligro. En estas circunstancias, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede proporcionar la PHI al personal encargado del cumplimiento de la ley u otras personas capaces de prevenir o mitigar una amenaza tan grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.

6. Menores: si usted es menor de edad (menor de 18 años), puede que Atlanta Area Psychological Associates, PC tenga la obligación de divulgar ciertos tipos de información a sus padres o tutores, de conformidad con la ley aplicable.

7. Maltrato y negligencia: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar PHI si lo exigen las leyes de informes de maltrato y negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes de Georgia o California. Ejemplo: si Atlanta Area Psychological Associates, PC tiene una sospecha razonable de maltrato o negligencia infantil, lo informará al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Georgia.

8. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto sería necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte u otros deberes

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

autorizados por la ley. Atlanta Area Psychological Associates, PC también puede divulgar la PHI a los directores de funerarias, de conformidad con la ley aplicable, para cumplir con sus deberes.

9. Comunicaciones con familiares, amigos u otras personas: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a la persona que nombró en su poder notarial duradero para la atención médica (si lo tiene), a un amigo o familiar que sea su representante personal (es decir, autorizado por el estado u otra ley para tomar decisiones relacionadas con la salud en su nombre), o cualquier otra persona que identifique, pertinente para la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención. Además, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a una entidad que asista en los esfuerzos de socorro en casos de desastre para poder notificar a su familia sobre su afección.

10. Militares y veteranos: si usted forma parte de las fuerzas armadas, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI según lo exijan las autoridades del comando militar. Atlanta Area Psychological Associates, PC también puede divulgar la PHI del personal militar extranjero a la autoridad militar correspondiente.

11. Seguridad Nacional, servicios de protección del presidente y actividades de inteligencia: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, para realizar investigaciones especiales de inteligencia, contrainteligencia y demás actividades nacionales autorizadas por la ley.

12. Instituciones correccionales: si usted es o pasa a ser un recluso en una institución correccional, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar su PHI a la institución o a sus agentes cuando sea necesario para su salud o la salud y seguridad de los demás.

13. Para fines de investigación: en ciertas circunstancias limitadas, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede usar la información que usted haya proporcionado para investigaciones médicas o psicológicas, pero únicamente con su autorización por escrito. La única circunstancia en la que no se requeriría ninguna autorización por escrito sería si la información que usted ha proporcionado esté completamente **encubierta**, de tal manera que no pueda identificarse, directamente o a través de cualquier identificador vinculado a usted. La investigación también tendría que aprobarla la junta de revisión institucional que haya examinado la propuesta de investigación y se haya cerciorado de que se hayan cumplido los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su información.

14. Para propósitos de compensación de trabajadores: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede proporcionar la PHI para cumplir con la compensación para trabajadores o programas similares establecidos por ley.

15. Actividades de vigilancia de la salud: Atlanta Area Psychological Associates, PC puede divulgar la información de salud a una agencia de supervisión para actividades como auditorías, investigaciones, inspecciones o licencias de instalaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes. Ejemplo: cuando el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. exija investigar o evaluar el cumplimiento de los reglamentos de la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de parte de Atlanta Area Psychological Associates, PC.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

16. Si la ley exige específicamente la divulgación.

17. En los siguientes casos, Atlanta Area Psychological Associates, PC nunca compartirá su información, a menos que nos autorice por escrito: fines de mercadeo, venta de su información, la mayoría de las notas de psicoterapia compartidas y recaudación de fondos. Si nos comunicamos con usted respecto a los esfuerzos de recaudación de fondos, puede decirnos que no lo contactemos de nuevo.

VI. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito: en cualquier otra situación que no se aborde en este aviso, Atlanta Area Psychological Associates, PC le pedirá su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica. Si elige autorizar el uso o la divulgación, puede revocar esa autorización más adelante, mediante notificación por escrito a Atlanta Area Psychological Associates, PC con respecto a su decisión. Usted comprende que Atlanta Area Psychological Associates, PC no puede retirar ninguna divulgación que ya haya hecho con su permiso, que continuará cumpliendo las leyes que requieren ciertas divulgaciones y que debe conservar registros de la atención que sus terapeutas le han brindado.

VIII. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

1. Derecho a ver y obtener copias de su PHI, ya sea en formato impreso o electrónico: en general, tiene derecho a ver la PHI que está en posesión de Atlanta Area Psychological Associates, PC o a obtener copias, previa solicitud por escrito. Si Atlanta Area Psychological Associates, PC no tiene su PHI, pero sabe quién la tiene, le informará cómo puede obtenerla. Recibirá la respuesta de Atlanta Area Psychological Associates, PC dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito. En ciertas circunstancias, Atlanta Area Psychological Associates, PC puede denegar su solicitud, pero si lo hace, le informará por escrito el motivo. Atlanta Area Psychological Associates, PC también explicará su derecho a que se revise su denegación. Si solicita copias de su PHI, le cobrarán una tarifa razonable por página, suministros y franqueo. Atlanta Area Psychological Associates, PC puede considerar adecuado suministrarle un resumen o una explicación de la PHI, pero únicamente si usted lo acuerda, así como con el costo, por adelantado.

2. Derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI: tiene derecho a solicitar que Atlanta Area Psychological Associates, PC limite la forma en que utiliza y divulga su PHI. Si bien Atlanta Area Psychological Associates, PC considerará su solicitud, no tiene la obligación legal de aceptarla. Si Atlanta Area Psychological Associates, PC acepta su solicitud, pondrá esos límites por escrito y los cumplirá, excepto en situaciones de emergencia. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo por completo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. No tiene derecho a limitar los usos y divulgaciones que Atlanta Area Psychological Associates, PC tenga la obligación legal o autoridad para realizar.

3. Derecho a elegir cómo Atlanta Area Psychological Associates, PC le envía su PHI: tiene derecho a solicitar que le envíen su PHI a una dirección alternativa (por ejemplo, a su trabajo, en lugar de a su casa) o por un método alternativo (por ejemplo, correo electrónico, en lugar del correo ordinario). Atlanta Area Psychological Associates, PC tiene la obligación de aceptar su solicitud, siempre que pueda proporcionarle la PHI, en el formato que solicitó, sin inconvenientes indebidos.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

4. Derecho a obtener una lista de las divulgaciones. tiene derecho a pedir una lista de las divulgaciones de su PHI que haya realizado Atlanta Area Psychological Associates, PC. La lista no incluirá los usos y divulgaciones que usted haya autorizado específicamente, es decir, aquellos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, enviados directamente a usted o a su familia. Tampoco incluirá las divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional o al personal de las instituciones correccionales o la policía. La solicitud deberá realizarse por escrito e indicar el período deseado para la contabilidad, el cual debe ser inferior a 6 años y comenzar después del 14 de abril de 2003. Atlanta Area Psychological Associates, PC responderá a su solicitud de informe de las divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a su recepción. La lista incluirá fecha, destinatario (incluida la dirección, si se conoce), descripción de la información divulgada y motivo de la divulgación. Atlanta Area Psychological Associates, PC le entregará la lista sin costo alguno, a menos que realice más de una solicitud en el mismo año, en cuyo caso le cobrará una suma razonable, con base en una tarifa fija por cada solicitud adicional.

5. Derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre: si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

6. Derecho a enmendar su PHI: si cree que hay algún error en su PHI o que se ha omitido información importante, tiene derecho a solicitar que Atlanta Area Psychological Associates, PC corrija la información actual o agregue la información que falta. La solicitud y su motivo deberán hacerse por escrito. Recibirá una respuesta dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud por parte de Atlanta Area Psychological Associates, PC. Atlanta Area Psychological Associates, PC puede denegar su solicitud, por escrito, si determina que la PHI: (a) es correcta y está completa, (b) tiene prohibido su divulgación, (c) no forma parte de sus registros, o (d) está escrita por alguien que no sea Atlanta Area Psychological Associates, PC. La denegación deberá ser por escrito e indicar los motivos. También deberá explicar su derecho a presentar una objeción por escrito. Si no presenta ninguna objeción por escrito, aun así tiene derecho a solicitar que su solicitud y la denegación de Atlanta Area Psychological Associates, PC se adjunten a cualquier divulgación futura de su PHI. Si Atlanta Area Psychological Associates, PC aprueba su solicitud, realizará los cambios en su PHI. Además, le informará que se han realizado los cambios y le informará a todos los demás que necesiten saber sobre los cambios en su PHI.

6. 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.

7. Envíe todas las solicitudes por escrito: a Atlanta Area Psychological Associates, PC a la dirección que figura en la parte superior de la primera página de este documento.

VIII. QUEJAS: si le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad, o si objeta una decisión que Atlanta Area Psychological Associates, PC tomó sobre el acceso a su PHI, tiene derecho a presentar una queja. También puede enviar una queja por escrito al Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Atlanta Area Psychological Associates, PC le dará la dirección. Bajo ninguna circunstancia será sancionado ni sufrirá represalias por presentar una queja. Plantee cualquier pregunta o inquietud con su terapeuta. Su firma en "Información, autorización y consentimiento para el tratamiento" (que se le entregó por separado) indica que ha leído y comprendido este documento.

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____

IX. Responsabilidades de Atlanta Area Psychological Associates, PC: estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su PHI. Le informaremos de inmediato si se produce una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se señalan en este aviso y entregarle una copia. No usaremos ni compartiremos su información aparte de lo que se indica aquí, a menos que nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

ACEPTACIÓN DE POLÍTICAS, CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

He leído y entiendo los contenidos de este formulario y acepto las políticas de mi relación con mi doctor o terapeuta y autorizo a mi doctor o terapeuta a empezar el tratamiento conmigo. Además, AAPA puede solicitar en mi nombre pagos de servicios con mi compañía de seguros y recibir pago para estos servicios directamente. Acepto que AAPA puede divulgar cualquier historial a mi compañía de seguro si es solicitado para procesar mi reclamo de servicios.

Por favor escribir su nombre, fecha, y firma indicando que has leído y entendido el contenido de esta forma.

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Cliente

Si es aplicable:

Nombre del Padre o Guardián

Fecha

Firma del Padre o Guardián

La firma del doctor indica que él o ella le ha explicado esta forma a usted y le ha respondido cualquier pregunta que usted tenía sobre esta información.

Firma del Doctor

Fecha

Escriba sus iniciales para confirmar que ha leído esta página_____