

AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apuntes: Como terapeuta mantengo apuntes breves sobre el contenido de nuestras sesiones. Documentaré lo mínimo necesario para cumplir con la ley y los estándares éticos de mi profesión. Cumpliré con los requisitos de (WAC 246-810-035); este requiere que mantenga al mínimo el nombre del cliente; el acuerdo financiero y el record de pagos; las fechas de las sesiones; y una copia del aviso sobre los requisitos de profesionales y una copia del aviso de privacidad y confidencialidad firmados por el cliente.

Información Medica Protegida (PHI):

En el curso del tratamiento el terapeuta tendrá acceso a Información Medica Protegida del cliente que se usara para diagnosticar, tratar, y para facilitar los pagos. La información podría usarse para contactar al cliente, ejecuciones de la practica, para mejorar la atención al cliente, y por consultación profesional o supervisión. Esta información también podrá ser usado para apoyar la salud y seguridad publica, para investigaciones, y para cumplir con la ley. Con excepción del tratamiento, solo la información necesaria para cumplir con el deber será compartida.

- El terapeuta es obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de la Información Medica Protegida del cliente.
- El terapeuta le hará saber al cliente enseguida si ha ocurrido una brecha que ha comprometido su privacidad o la seguridad de su información.

Los Derechos del Cliente Sobre la Privacidad y Confidencialidad:

- El cliente puede solicitar comunicación confidencial
- El cliente puede solicitar que se comparta información limitada
- El cliente puede hacer una queja si creen que sus derechos de privacidad han sido violadas
- El cliente puede solicitar una copia de su expediente medico
 - Esto requiere una cita adicional para repasar su expediente antes de entregar una copia
 - Puede dilatar hasta 30 días
- El cliente puede solicitar que su expediente medico sea corregido
 - Esta solicitud puede ser negado, el cliente recibirá una decisión final en forma escrita
- El cliente puede solicitar una copia de este aviso de privacidad y sobre confidencialidad

Excepciones a la Confidencialidad:

- El cliente da permiso escrito para compartir información confidencial (ROI)
- El cliente está amenazando con suicidarse o hacerse daño severo y el terapeuta no puede obtener un acuerdo de que no hará estos actos.

- El cliente está amenazando con hacerle daño severo a otra persona. En algunos casos el terapeuta tiene la obligación de advertirle a la persona que está en peligro.
- El cliente demanda al terapeuta
- El terapeuta recibe una citación
- Adicionalmente, como reportero mandatorio, el terapeuta esta obligado por ley a divulgar cierta información confidencial incluyendo sospechas de abuso o negligencia de niños (RCW 26.44), sospechas de abuso o negligencia de adultos vulnerables (RCW 74.34) o como requerido en procedimientos (RCW 71.05).

Discutiremos cualquier excepción de confidencialidad si es necesario.

Consulta Profesional:

Proveedores de cuidado medico que están tratando al mismo individuo tienen derecho de compartir información que puede ser útil en el tratamiento. Mi preferencia es obtener su consentimiento escrito para comunicarme con cualquier proveedor que esta involucrado en su tratamiento, si ese tratamiento es relevante a nuestro trabajo junto.

Regularmente consulto con otros profesionales de salud mental en relación a los clientes con quien trabajo. Esto me permite obtener distintas perspectivas e ideas acerca de cómo ayudarte a lograr sus metas y sus objetivos. Estas consultas son hechas de tal manera que la confidencialidad es mantenida.

Comunicación y Confidencialidad:

Comunicación Electrónica: Si elegí comunicarse por correo electrónico, este consciente de que el correo electrónico no es completamente confidencial. Los correos electrónicos son guardados en los registros del proveedor de internet suyo y/o mío. Bajo circunstancias normales nadie revisa estos registros, pero en teoría pueden ser leídos por administradores del proveer de internet. Cualquier correo electrónico que reciba y cualquier respuesta que envíe serán considerado parte de su expediente medico. Favor limitar su comunicación electrónico para hacer citas. No me manden correos electrónicos con contenido sobre nuestra relación terapéutica.

Comunicación por Teléfono o Correo de Voz: Este consciente que el teléfono y el correo de vos no son completamente confidencial. Las llamadas pueden ser intervenidas y los correos de vos son guardados en los registros del proveedor de la compañía telefónica suya y/o mía. Bajo circunstancias normales nadie revisa estos registros, pero en teoría pueden ser leídos por administradores de la compañía telefónica. Favor limitar su comunicación telefónica para hacer citas. No deje contenido sobre nuestra relación terapéutica en el buzón de vos.

Se consiente de que reviso mi correo electrónico en mi teléfono y mi computadora portátil; ambos están protegido por claves. Teóricamente es posible que si mi teléfono o computadora portátil se pierde o es robado y la clave es violada nuestra comunicación puede ser divulgada.

Póliza de Medios Sociales: No acepto las solicitudes de amistad o contacto de clientes actuales o anteriores en los medios sociales (Facebook, Instagram, LinkedIn, etc). Yo creo que el aceptar estas solicitudes compromete su confidencialidad y nuestra respectiva privacidad. También puede borrar los límites de nuestra relación terapéutica. Favor no contactarme o mandarme mensaje por estos servicios de internet porque crea la posibilidad de que estos intercambios sean parte de su expediente medico.

La terapeuta tiene el derecho de actualizar o cambiar este aviso; puede encontrar una versión actualizada en el sitio de web de la terapeuta www.esperanzacc.com

Su firma indica que ha leído los documentos de orientación completamente y entiende sus derechos y responsabilidades sobre su privacidad, confidencialidad, y facturación. Tuvo la oportunidad de hacer preguntas y ha recibido clarificación. Ha recibido una copia de estos documentos.

Su firma representa su consentimiento a ser evaluado y recibir tratamiento de salud mental.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Si firmado por otra persona, especifique la relación: _____

Firma del Terapeuta: _____ Fecha: _____