

Lindsay Torres, LMFT

Notice of Privacy Practices / Notificación sobre las normas de privacidad

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND SHARED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. / ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y COMPARTIRSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISELO CON CUIDADO.

I am required by law to maintain the privacy and security of your protected health information (“PHI”) and to provide you with this Notice of Privacy Practices (“Notice”). I must abide by the terms of this Notice, and I must notify you if a breach of your unsecured PHI occurs. I can change the terms of this Notice, and such changes will apply to all information I have about you. The new Notice will be available upon request, in my office, and on my website.

Por ley tengo que mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida (“PHI”) y tengo que proporcionarle este Aviso de prácticas de privacidad (“Aviso”). Debo cumplir con los términos de este Aviso y debo notificarle si ocurre una violación de su PHI. Puedo cambiar los términos de este Aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible si usted lo pide, en mi oficina, y en mi sitio web.

Except for the specific purposes set forth below, I will use and disclose your PHI only with your written authorization (“Authorization”). It is your right to revoke such Authorization at any time by giving me written notice of your revocation.

Excepto para los propósitos establecidos a continuación, usaré y divulgaré su PHI solo con su autorización por escrito (“Autorización”). Usted tiene derecho a revocar dicha Autorización en cualquier momento notificándome por escrito su revocación.

Uses (Inside Practice) and Disclosures (Outside Practice) Relating to Treatment, Payment, or Health Care Operations Do Not Require Your Written Consent. / Los usos (práctica interna) y divulgaciones (práctica externa) relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado de salud no requieren su consentimiento por escrito.

**I can use and disclose your PHI without your Authorization for the following reasons:
Puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por los siguientes motivos:**

1. **For your treatment.** I can use and disclose your PHI to treat you, which may include disclosing your PHI to another health care professional. For example, if you are being treated by a physician or a psychiatrist, I can disclose your PHI to him or her to help coordinate your care, although my preference is for you to give me an Authorization to do so.
 - a. **Para su tratamiento.** Puedo usar y divulgar su PHI para tratarlo, lo que puede incluir divulgar su PHI a otro profesional de salud. Por ejemplo, si está siendo tratado por un médico o psiquiatra, puedo revelarle su PHI para ayudar a coordinar su tratamiento, aunque prefiero que usted me dé una autorización para hacerlo.
2. **To obtain payment for your treatment.** I can use and disclose your PHI to bill and collect payment for the treatment and services provided by me to you. For example, I might send your PHI to your insurance company to get paid for the health care services that I have provided to you, although my preference is for you to give me an Authorization to do so.
 - a. **Para obtener el pago por su tratamiento.** Puedo usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar pagos por el tratamiento y los servicios que le proporcioné. Por ejemplo, podría enviar su PHI a su compañía de seguro para que me paguen por los servicios que le he brindado, aunque prefiero que usted me dé una autorización para hacerlo.
3. **For health care operations.** I can use and disclose your PHI for purposes of conducting health care operations pertaining to my practice, including contacting you when necessary. For example, I may need to disclose your PHI to my attorney to obtain advice about complying with applicable laws.
 - a. **Para operaciones de cuidado de salud.** Puedo usar y divulgar su PHI con el fin de realizar operaciones de cuidado de salud relacionadas con mi práctica, esto incluye comunicarme con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, es posible que necesite divulgar su PHI a mi abogado para obtener asesoramiento sobre el cumplimiento de las leyes aplicables.

Certain Uses and Disclosures Do Not Require Your Authorization. Subject to certain limitations in the law, I can use and disclose your PHI without your Authorization for the following reasons:

Ciertos usos y divulgaciones no requieren su autorización. Sujeto a ciertas limitaciones de la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por los siguientes motivos:

1. When disclosure is required by state or federal law, and the use or disclosure complies with and is limited to the relevant requirements of such law.
 - a. Cuando la divulgación sea requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumpla y esté limitado a los requisitos pertinentes de dicha ley.
2. For public health activities, including reporting suspected child, elder, or dependent adult abuse, or preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety.
 - a. Para actividades de salud pública, incluida la denuncia de sospechas de abuso de niños, adultos mayores, o adultos dependientes, o la prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.
3. For health oversight activities, including audits and investigations.
 - a. Para actividades de vigilancia de la salud, incluidas auditorías e investigaciones.

4. For judicial and administrative proceedings, including responding to a court or administrative order, although my preference is to obtain an Authorization from you before doing so.

a. *Para procedimientos judiciales y administrativos, incluyendo responder a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es obtener una Autorización de usted antes de hacerlo.*

5. For law enforcement purposes, including reporting crimes occurring on my premises.

a. *Para fines de aplicación de la ley, esto incluye la denuncia de delitos que ocurran en mi oficina.*

6. To coroners or medical examiners, when such individuals are performing duties authorized by law.

a. *A los médicos forenses o examinadores médicos, cuando dichos individuos estén desempeñando funciones autorizadas por la ley.*

7. For research purposes, including studying and comparing the mental health of clients who received one form of therapy versus those who received another form of therapy for the same condition.

a. *Para fines de investigación, incluido estudiar y comparar la salud mental de los clientes que recibieron una forma de terapia versus aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.*

8. Specialized government functions, including, ensuring the proper execution of military missions; protecting the President of the United States; conducting intelligence or counter-intelligence operations; or, helping to ensure the safety of those working within or housed in correctional institutions.

a. *Funciones gubernamentales especializadas, incluyendo asegurar la adecuada ejecución de las misiones militares; proteger al presidente de los Estados Unidos; realizar operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o ayudar a garantizar la seguridad de quienes trabajan o se encuentran alojados en instituciones correccionales.*

9. For workers' compensation purposes. Although my preference is to obtain an Authorization from you, I may provide your PHI in order to comply with workers' compensation laws.

a. *Para propósitos de compensación laboral. Aunque prefiero obtener su autorización, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral.*

10. Appointment reminders and health related benefits or services. I may use and disclose your PHI to contact you to remind you that you have an appointment with me. I may also use and disclose your PHI to tell you about treatment alternatives, or other health care services or benefits that I offer.

a. *Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted y recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de cuidado de la salud que ofrezco.*

Your Choices. / Sus opciones.

Certain Uses and Disclosures Require You to Have the Opportunity to Object:

Ciertos usos y divulgaciones requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse:

1. Disclosures to family, friends, or others. I may provide your PHI to a family member, friend, or other person that you indicate is involved in your care or the payment for your health care, unless you object in whole or in part. The opportunity to consent may be obtained retroactively in emergency situations.

a. *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 tratamiento o en el pago de su tratamiento, a menos que usted se oponga totalmente o parcialmente. La oportunidad de dar consentimiento podrá obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.*

Marketing. As a psychotherapist, I will not use or disclose your PHI for marketing purposes.

Marketing. *Como psicoterapeuta, no utilizaré ni divulgaré su PHI con fines de marketing.*

Sale of PHI. As a psychotherapist, I will not sell your PHI in the regular course of my business.

Venta de PHI. *Como psicoterapeuta, no venderé su PHI en el curso normal de mi negocio.*

Your Rights. / Sus derechos.

When it comes to your health information, you have the right to:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene derecho a:

1. Get to see and get copies of your PHI. / *Ver y obtener copias de su PHI.*

a. You have the right to get an electronic or paper copy of your medical record. I will provide you with a copy of your record, or summary of it, if you agree.

Tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico. Le proporcionaré una copia de su registro o un resumen del mismo, si está de acuerdo.

b. I may charge a reasonable, cost-based fee.

Puedo cobrar una tarifa razonable, basada en el costo.

2. Ask me to correct your medical record. / *Pedirme que corrija su expediente.*

a. If you believe that there is a mistake in your PHI, or that a piece of important information is missing from your PHI, you have the right to request that I correct the existing information or add the missing information.

Si cree que hay un error en su PHI, o que falta información importante en su PHI, tiene derecho a solicitar que corrija la información existente o agregue la información que falta.

b. I may say “no” to your request, but I will tell you why in writing within 60 days of receiving your request.

Puedo decirle “no” a su solicitud, pero le dire el motivo por escrito dentro de los 60 días después de haber recibido su solicitud.

3. Request confidential communications. / *Solicitar comunicaciones confidenciales.*

a. You have the right to receive confidential communications of protected health information as provided in 45 CFR § 164.522(b), as applicable and can ask me to communicate with you in a certain way (for example: home, cell, or office phone or to send mail to certain address).

Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida según lo dispuesto en 45 CFR § 164.522(b), según corresponda y puede pedirme que me comunique con usted de cierta manera (por ejemplo: teléfono de casa, celular u oficina o a enviar correo a cierta dirección).

4. Ask me to limit what I share. / *Pedirme que limite lo que comparto.*

If you have paid for an item or service in full, you can ask me not to share that information about the item or service with a health plan. I will say “yes” unless a law requires me to share that information.

Si usted pagó por un artículo o servicio en su totalidad, puede pedirme que no comparta esta información sobre el artículo o servicio con un plan de salud. Diré “sí” a menos que una ley me obligue a compartir esa información.

5. Get a list of the disclosures I have made. / *Obtener una lista de las divulgaciones que he hecho.*

a. You can ask me for a list (called an “accounting”) of instances in which I have disclosed your PHI for purposes other than treatment, payment, or health care operations, or for which you provided me with an Authorization.

Puede solicitarme una lista (llamada “Contabilidad”) de los casos en los que he divulgado su PHI para fines distintos al tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de salud, o para los cuales usted me proporcionó una Autorización.

b. I will respond to your request for an accounting of disclosures within 60 days of receiving your request. The list I will give you will include disclosures made in the last six years unless you request a shorter time.

Responderé a su solicitud de un informe de Contabilidad dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. La lista que le dare incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, a menos que solicite un período más corto.

c. I will provide one (1) accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another accounting within 12 months.

Proporcionaré un (1) informe al año de forma gratuita, pero le cobraré una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro informe dentro de los 12 meses.

6. File a complaint if you feel your health information privacy rights are violated. / *Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad de su información protegida.*

a. File a complaint with me.

Presente una queja conmigo.

b. File a complaint with the U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights / *Presente una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.*

Pacific Region: 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: / *Centro de respuesta al cliente:* (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818; TDD: (800) 537-7697

Email:/ *Correo electrónico:* ocrmail@hhs.gov

c. File a complaint by visiting: / *Presente una queja visitando:*

<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>

I will not retaliate against you if you file a complaint about my privacy practices.

No tomaré represalias contra usted si presenta una queja sobre mis prácticas de privacidad.

The effective date of this Notice is February 2024. / La fecha de vigencia de este Aviso es Febrero de 2024.

Lindsay Torres, LMFT (she/her/ella)

Licensed Marriage & Family Therapist 111092

T: (760) 565-3252

Palm Desert, CA 92211