

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Your Rights

You may: obtain an electronic or paper copy of your health record; ask us to correct information you believe is incorrect or incomplete; request confidential communications; ask us to limit certain uses or disclosures; request an accounting of certain disclosures made during the prior six years; obtain a paper copy of this notice; authorize a personal representative to act for you; and file a complaint if you believe your privacy rights were violated. We generally respond to record requests within the time required by law and may charge a reasonable, cost-based fee when permitted. If you pay in full out-of-pocket, you may ask us not to disclose that service to your health plan for payment or health-care operations unless disclosure is required by law.

Your Choices

For certain information, you may tell us your preferences about sharing with family, friends, or others involved in your care or payment, and in disaster-relief situations. We will not use or disclose your information for marketing, sale of your information, or most uses/disclosures of psychotherapy notes without your written authorization, except as permitted or required by law. You may revoke an authorization in writing at any time, except to the extent we already relied on it.

How We May Use and Share Information

Treatment: We may use and share information with other professionals involved in your care. Payment: We may use and disclose information to bill and obtain payment from you, an insurer, or another payer. Health-care operations: We may use information to run the practice, improve services, and contact you as needed. We may also use or disclose information when permitted or required by law for public health and safety, health oversight, research when legally allowed, workers' compensation, law enforcement or other government functions, organ/tissue donation, coroners or funeral directors, and court or administrative proceedings. We will follow any stricter federal or California confidentiality protections that apply to mental-health information.

Substance Use Disorder Records

To the extent we create or maintain records protected by 42 CFR Part 2, those records receive additional protections. They generally may not be used or disclosed in civil, criminal, administrative, or legislative investigations or proceedings against you without your written consent or an appropriate court order and subpoena, as applicable.

Our Responsibilities

We are required by law to protect the privacy and security of your protected health information, follow the privacy practices described in this notice, provide you a copy, and notify you promptly if a breach occurs that may have compromised your information. We will not use or share your information other than as described here unless you authorize it in writing or the law permits or requires it. We may change this notice; changes may apply to information we already have. The current notice will be available upon request, in the office, and on our website.

Questions or Complaints

Contact Hope & Smiles Family Therapy using the information below. You may also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, 1-877-696-6775. We will not retaliate against you for filing a complaint.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Sus derechos

Usted puede: obtener una copia electrónica o impresa de su expediente de salud; pedir que corrijamos información que considere incorrecta o incompleta; solicitar comunicaciones confidenciales; pedir límites sobre ciertos usos o divulgaciones; solicitar una lista de ciertas divulgaciones realizadas durante los seis años anteriores; obtener una copia impresa de este aviso; autorizar a un representante personal para actuar en su nombre; y presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad. Respondemos a las solicitudes de expedientes dentro del plazo exigido por la ley y podemos cobrar una tarifa razonable basada en costos cuando esté permitido. Si paga un servicio por completo de su bolsillo, puede pedir que no se divulgue ese servicio a su plan de salud para fines de pago u operaciones, salvo que la ley exija la divulgación.

Sus opciones

Para cierta información, usted puede indicarnos sus preferencias sobre compartirla con familiares, amigos u otras personas involucradas en su atención o pago, y en situaciones de ayuda por desastre. No usaremos ni divulgaremos su información para mercadeo, venta de su información ni la mayoría de usos o divulgaciones de notas de psicoterapia sin su autorización escrita, salvo cuando la ley lo permita o exija. Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, excepto respecto de acciones que ya hayamos realizado basándonos en ella.

Cómo podemos usar y compartir su información

Tratamiento: Podemos usar y compartir información con otros profesionales involucrados en su atención. Pago: Podemos usar y divulgar información para facturar y obtener pago de usted, una aseguradora u otro pagador. Operaciones de atención médica: Podemos usar información para administrar la práctica, mejorar servicios y comunicarnos con usted cuando sea necesario. También podemos usar o divulgar información cuando la ley lo permita o exija para salud y seguridad pública, supervisión de salud, investigación legalmente permitida, compensación laboral, cumplimiento de la ley u otras funciones gubernamentales, donación de órganos/tejidos, médicos forenses o directores funerarios, y procesos judiciales o administrativos. Cumpliremos con cualquier protección federal o de California más estricta que corresponda a la información de salud mental.

Registros de trastornos por uso de sustancias

En la medida en que creemos o mantengamos registros protegidos por 42 CFR Parte 2, dichos registros reciben protecciones adicionales. Por lo general, no pueden usarse ni divulgarse en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento escrito o una orden judicial y citación apropiadas, según corresponda.

Nuestras responsabilidades

La ley nos exige proteger la privacidad y seguridad de su información médica protegida, cumplir con las prácticas descritas en este aviso, proporcionarle una copia y notificarle oportunamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido su información. No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita aquí a menos que usted lo autorice por escrito o la ley lo permita o exija. Podemos cambiar este aviso; los cambios pueden aplicarse a la información que ya tenemos. El aviso vigente estará disponible a solicitud, en la oficina y en nuestro sitio web.

Preguntas o quejas

Comuníquese con Hope & Smiles Family Therapy usando la información que aparece abajo. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201, 1-877-696-6775. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.