

Notice of Privacy Practices

Sana Counseling

231 Scalehouse loop suit 204, Bend, OR 97702

124 SW 8th ST Redmond, OR 97756

#458.836.8410

email: ursula@sanacounselingor.com

This notice went into effect on 12/1/2024

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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

I. MY PLEDGE REGARDING HEALTH INFORMATION:

I understand that health information about you and your health care is personal. I am committed to protecting health information about you. I create a record of the care and services you receive from me. I need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice applies to all of the records of your care generated by this mental health care practice. This notice will tell you about the ways in which I may use and disclose health information about you. I also describe your rights to the health information I keep about you, and describe certain obligations I have regarding the use and disclosure of your health information. I am required by law to:

- Make sure that protected health information ("PHI") that identifies you is kept private.
- Give you this notice of my legal duties and privacy practices with respect to health information.
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.
- 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.

II. HOW I MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU:

The following categories describe different ways that I use and disclose health information. For each category of uses or disclosures I will explain what I mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways I am permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

For Treatment Payment, or Health Care Operations: Federal privacy rules (regulations) allow health care providers who have direct treatment relationship with the patient/client to use or disclose the patient/client's personal health information without the patient's written authorization, to carry out the health care provider's own treatment, payment or health care operations. I may also disclose your protected health information for the treatment activities of any health care provider. This too can be done without your written authorization. For example, if a clinician were to consult with another licensed health care provider about your condition, we would be permitted to use and disclose your personal health information, which is otherwise confidential, in order to assist the clinician in diagnosis and treatment of your mental health condition.

Disclosures for treatment purposes are not limited to the minimum necessary standard. Because therapists and other health care providers need access to the full record and/or full and complete information in order to provide quality care. The word "treatment" includes, among other things, the coordination and management of health care providers with a third party, consultations between health care providers and referrals of a patient for health care from one health care provider to another.

Lawsuits and Disputes: If you are involved in a lawsuit, I may disclose health information in response to a court or administrative order. I may also disclose health information about your child in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

III. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:

1. Psychotherapy Notes. I do keep "psychotherapy notes" as that term is defined in 45 CFR § 164.501, and any use or disclosure of such notes requires your Authorization unless the use or disclosure is:
 - a. For my use in treating you.
 - b. For my use in training or supervising mental health practitioners to help them improve their skills in group, joint, family, or individual counseling or therapy.
 - c. For my use in defending myself in legal proceedings instituted by you.
 - d. For use by the Secretary of Health and Human Services to investigate my compliance with HIPAA.
 - e. Required by law and the use or disclosure is limited to the requirements of such law.
 - f. Required by law for certain health oversight activities pertaining to the originator of the psychotherapy notes.

- g. Required by a coroner who is performing duties authorized by law.
- h. Required to help avert a serious threat to the health and safety of others.
- 2. Marketing Purposes. As a psychotherapist, I will not use or disclose your PHI for marketing purposes.
- 3. Sale of PHI. As a psychotherapist, I will not sell your PHI in the regular course of my business.

IV. 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:

- 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.
- 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.
- 3. For health oversight activities, including audits and investigations.
- 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.
- 5. For law enforcement purposes, including reporting crimes occurring on my premises.
- 6. To coroners or medical examiners, when such individuals are performing duties authorized by law.
- 7. For research purposes, including studying and comparing the mental health of patients who received one form of therapy versus those who received another form of therapy for the same condition.
- 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.
- 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.
- 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.

V. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOU TO HAVE THE OPPORTUNITY TO OBJECT.

- 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.

VI. YOU HAVE THE FOLLOWING RIGHTS WITH RESPECT TO YOUR PHI:

- 1. The Right to Request Limits on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask me not to use or disclose certain PHI for treatment, payment, or health care operations purposes. I am not required to agree to your request, and I may say "no" if I believe it would affect your health care.
- 2. The Right to Request Restrictions for Out-of-Pocket Expenses Paid for In Full. You have the right to request restrictions on disclosures of your PHI to health plans for payment or health care operations purposes if the PHI pertains solely to a health care item or a health care service that you have paid for out-of-pocket in full.
- 3. The Right to Choose How I Send PHI to You. You have the right to ask me to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address, and I will agree to all reasonable requests.
- 4. The Right to See and Get Copies of Your PHI. Other than "psychotherapy notes," you have the right to get an electronic or paper copy of your medical record and other information that I have about you. I will provide you with a copy of your record, or a summary of it, if you agree to receive a summary, within 30 days of receiving your written request, and I may charge a reasonable, cost based fee for doing so.
- 5. The Right to Get a List of the Disclosures I Have Made. You have the right to request a list 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. 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. I will provide the list to you at no charge, but if you make more than one request in the same year, I will charge you a reasonable cost based fee for each additional request.
- 6. The Right to Correct or Update Your PHI. 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. I may say "no" to your request, but I will tell you why in writing within 60 days of receiving your request.
- 7. The Right to Get a Paper or Electronic Copy of this Notice. You have the right get a paper copy of this Notice, and you have the right to get a copy of this notice by e-mail. And, even if you have agreed to receive this Notice via e-mail, you also have the right to request a paper copy of it.

Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), you have certain rights regarding the use and disclosure of your protected health information. By checking the box below, you are acknowledging that you have received a copy of HIPAA Notice of Privacy Practices.

BY SIGNING BELOW I AM AGREEING THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND AGREE TO THE ITEMS CONTAINED IN THIS DOCUMENT.

Aviso de Practicas de Privacidad

Sana Counseling

231 Scalehouse loop suit 204, Bend, OR 97702

124 SW 8th ST Redmond, OR 97756

#458.836.8410

Correo electrónico: ursula@sanacounselingor.com

Este noticia esta vigente desde 12/1/2024

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

I. MI COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD: Entiendo que su información y su atención médica son personales. Estoy comprometido a proteger su información de salud. Siempre elaboro un registro de la atención y los servicios que usted recibe de mi parte. Necesito este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por este consultorio de cuidado de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información médica. También describo sus derechos a la información médica que tengo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información médica. Estoy obligado por ley a:

- Asegurarme de que la información de salud protegida (PHI, sus siglas en inglés) que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este aviso de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que está actualmente vigente.
- 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, bajo solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.

II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que uso y divulgo la información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaré lo que quiero decir e intentaré dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se me permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

Para pagos de tratamiento u operaciones de atención médica: Las reglas federales de privacidad (regulaciones) permiten a los proveedores de atención médica que tienen una relación de tratamiento directa con el paciente / cliente usar o divulgar la información médica personal del paciente / cliente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica propios del proveedor. También puedo divulgar su información médica protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede realizar sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un médico consultara con otro proveedor de atención médica autorizado sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar su información médica, que de otro modo es confidencial, para ayudar al médico a diagnosticar y tratar su estado de salud mental.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no se limitan al estándar mínimo necesario. Esto se debe a que los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro y / o información completa para poder brindar atención de calidad. La palabra «tratamiento» incluye, entre otras cosas, la coordinación y la administración de proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores y derivaciones de un paciente de un proveedor a otro.

Juicios y disputas: Si está involucrado en una demanda, puedo divulgar información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información médica sobre su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja a la Información requerida.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN DE SU AUTORIZACIÓN:

1. Notas de psicoterapia. Conservo las «notas de psicoterapia» según se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere de su autorización, a menos que el uso o la divulgación sea:
 - a. Para mi propio uso en su tratamiento.
 - b. Para mi uso en la capacitación o la supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en consejería o terapia grupal, conjunta, familiar o individual.
 - c. Para mi uso en la defensa de procedimientos legales instituidos por usted.

- d. Para uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en la investigación de mi cumplimiento con HIPAA.
- e. Requerido por la ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.
- f. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de la salud pertenecientes al creador de las notas de psicoterapia.
- g. Requerido por un forense que esté realizando tareas autorizadas por la ley.
- h. Requerido para ayudar a evitar una amenaza grave contra la salud y seguridad de los demás.

2. Fines de marketing. Como psicoterapeuta, no usaré ni divulgaré su PHI con fines de marketing.

3. Venta de PHI. Como psicoterapeuta, no venderé su PHI durante el curso normal de mi negocio.

IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN DE SU AUTORIZACIÓN. Sujeto a ciertas limitaciones de la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por los siguientes motivos:

- 1. Cuando la ley estatal o federal exige la divulgación, y el uso o divulgación cumple con los requisitos relevantes de dicha ley y se limita a ellos.
- 2. Para actividades de salud pública, que incluyen denunciar sospechas de abuso de niños, adultos mayores o adultos dependientes, o prevenir o reducir una amenaza grave contra la salud o seguridad de cualquier persona.
- 3. Para actividades de supervisión de la salud, incluyendo auditorías e investigaciones.
- 4. Para procedimientos judiciales y administrativos, incluida la respuesta a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es obtener una autorización suya antes de hacerlo.
- 5. Para fines de cumplimiento con la ley, incluidos los delitos denunciados que ocurren en mis instalaciones.
- 6. A médicos forenses o examinadores médicos, cuando dichas personas realicen tareas autorizadas por la ley.
- 7. Para fines de investigación, incluido el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma afección.
- 8. Funciones gubernamentales especializadas, que incluyen garantizar la ejecución adecuada 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 dentro o están alojados en instituciones correccionales.
- 9. Para fines de compensación al trabajador. Aunque mi preferencia es obtener su autorización, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.
- 10. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Puedo usar y divulgar su PHI para comunicarme con usted con el fin de recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrezco.

V. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE.

- 1. Divulgaciones a familiares, amigos u otros. Puedo proporcionar su PHI a un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted indique como involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que presente una objeción total o parcial. La oportunidad de consentir puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

VI. TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:

- 1. El derecho a solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI. Tiene derecho a pedirme que no use o divulgue cierta información en su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a aceptar su solicitud, y puedo negarme si creo que puede afectar su atención médica.
- 2. El derecho a solicitar restricciones para gastos de bolsillo pagados en su totalidad. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la divulgación de su PHI a los planes de salud para fines de pago o de operaciones de atención médica si la PHI se refiere únicamente a un artículo de atención médica o un servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad.
- 3. El derecho a elegir cómo le envío su PHI. Tiene derecho a pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que envíe un correo a una dirección diferente, y aceptaré todas las solicitudes razonables.
- 4. El derecho a ver y obtener copias de su PHI. Además de las «notas de psicoterapia», tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información que tenga sobre usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen del mismo, si acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, y puedo cobrar una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.
- 5. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he realizado. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de casos en los que he divulgado su PHI para fines distintos al tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o para los que proporcionó una autorización. Responderé a su solicitud de un informe de las divulgaciones dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. La lista que le daré incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, a menos que solicite un plazo más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraré una tarifa basada en un costo razonable por cada solicitud adicional.

6. El derecho a corregir o actualizar su PHI. 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 añada la información faltante. Puedo negarme a su solicitud, pero le diré por qué por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud.
7. El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este aviso. Tiene derecho a obtener una copia impresa o una copia electrónica de este aviso. Si ha aceptado recibir este aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa.

FECHA EFECTIVA DE ESTE AVISO

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Según la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, sus siglas en inglés), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Al marcar la casilla a continuación, admite que ha recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

AL HACER CLIC ABAJO ACEPTO QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO.

