



FERNANDO DE GREEF, LPC  
PSYCHOTHERAPIST - PSYCHOANALYST

1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036 Phone (703) 371-1907 Fax (703) 769-4948  
contact@fernandodegreef.com - www.fernandodegreef.com

---

## ANUNCIO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Este anuncio describe la forma en que su información médica puede usarse y compartirse, y cómo puede usted tener acceso a la misma. Por favor léalo cuidadosamente.*

*Como su terapeuta, tengo la obligación de mantener la privacidad de su información médica y de proveerle este anuncio. Se le solicitará que firme un formulario de consentimiento. Una vez que haya firmado un formulario de consentimiento, puedo usar o compartir su Información Médica Protegida con el propósito de proveer diagnóstico, tratamiento, obtener pago o llevar a cabo operaciones de atención médica. Por ejemplo, si opta por usar un seguro médico, debo proveer información acerca de su tratamiento para recibir pago por parte del mismo.*

*Entre otros usos y divulgaciones permitidos y necesarios que pueden llevarse a cabo sin su consentimiento se encuentran:*

***Abuso o desatención:*** *Si sospecho el abuso o la desatención de un niño o de un anciano, la ley me exige que informe de esto a las autoridades públicas correspondientes.*

***Peligro:*** *Si sospecho que se encuentra en peligro inminente de hacerse daño a sí mismo o a otra persona, la ley me exige que le informe de esto a la persona que corre riesgo y a las autoridades públicas correspondientes.*

***Procesos Legales:*** *Puedo ser obligada a compartir Información Médica Protegida en respuesta a una orden judicial o a una citación, o durante otros procesos legales.*

***Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantengo acerca de usted:***

***Derecho a inspeccionar y copiar:*** *Tiene derecho a inspeccionar y a solicitar copias de la información que pueda ser utilizada para tomar decisiones en cuanto a su atención médica. Esto suele incluir registros demográficos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. Para inspeccionar o recibir copias de esta información, deberá presentar una solicitud por escrito. Si solicita una copia de esta información, puedo cobrarle un honorario por los costos de duplicación, envío u otros insumos relacionados con su solicitud. Debo responder a su solicitud dentro de un período de quince días.*

***Derecho a Corregir:*** *Si cree que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede pedirme que corrija la información. Tiene derecho a solicitar una corrección durante todo el tiempo por el cual yo mantenga la información. Su solicitud debe ser presentada por escrito y usted debe proveer la razón de la misma.*

***Derecho a Recibir un Informe de Divulgaciones:*** *Tiene derecho a solicitar un Informe de las Divulgaciones que haya hecho de su información. Debe presentar su solicitud por escrito a la dirección mencionada anteriormente.*

*Su solicitud debe fijar un período para las divulgaciones, que no puede exceder los seis años ni puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.*

***Derecho de Solicitar la Restricción de Usos y Divulgaciones:*** *Puede solicitar que la divulgación de información confidencial sea limitada. Si no puedo acceder a la restricción, podemos hablar acerca de otras opciones, tales como la derivación a otro terapeuta.*

***Derecho a Limitar la Recepción de Información Confidencial:*** *Por ejemplo, puede solicitar que me ponga en contacto con usted mediante cierto número de teléfono o dirección. No necesita darme la razón de su solicitud.*

***Derecho a Recibir una Copia Impresa de este Anuncio:*** *Su firma corrobora que ha recibido una copia.*

***Otros usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida, y cualquier divulgación de las notas de psicoterapia, sólo se llevarán a cabo con su autorización escrita, que puede ser revocada posteriormente en cualquier momento. Este Anuncio puede ser corregido como sea necesario para cumplir las leyes federales y estatales, y los requisitos profesionales.***

*Si cree que se ha violado su privacidad, por favor infórmeme por escrito. Dicha queja no causará ninguna represalia por mi parte. También puede presentar una queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.*

---

*Firma del Cliente, Padre con Custodia Legal o Tutor*

---

*Fecha*

---

*Nombre del Cliente en Letra de Imprenta*