

Consentimiento y acuerdo de análisis y evaluación psicológica

La visión de la HIPAA

La Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus iniciales en inglés) es una ley federal nueva que establece una nueva protección a la intimidad y nuevos derechos del paciente respecto del uso y difusión de información protegida de la salud de ese paciente (PHI, por sus iniciales en inglés) con el propósito de utilizarla en relación con el tratamiento, el pago y la atención médica. La HIPAA requiere que le brindemos nuestras prácticas de privacidad para el uso y la difusión de la PHI con el propósito de utilizarla en relación con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. La ley requiere que le pidamos su consentimiento firmado reconociendo que le hemos brindado esta información antes de esta sesión. La firma de este documento también representará un acuerdo entre usted y nosotros. Puede revocar el presente acuerdo por escrito en cualquier momento. Debemos cumplir con esa revocación a menos que hayamos tomado alguna acción en relación con ella, si existieran obligaciones que nos impusiera su asegurador de salud para dar lugar o sustanciar demandas efectuadas según la póliza o si usted no hubiera cumplido con alguna de las obligaciones financieras en las que hubiera incurrido.

Límites de la confidencialidad

I. Uso y divulgación del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Podemos usar o divulgar, con su consentimiento, su información protegida de salud (PHI) en relación con operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Como ayuda para aclarar estos términos, estas son algunas definiciones:

- “PHI” se refiere a la información de su registro de salud que podría identificarlo.
- “Tratamiento, pago y operaciones de atención médica”
 - Se considerará tratamiento toda vez que le brindemos atención médica y otros servicios relacionados con la atención médica, o colaboremos en ello. Podría ser un ejemplo la consulta con otro proveedor de salud, como su médico de cabecera u otro psicólogo.
 - Se entiende por pago el reembolso por la atención médica que le brindamos. Un ejemplo de pago es nuestro informe de su PHI a su proveedor de salud para obtener el reembolso por su atención médica o para determinar la elección o la cobertura.
 - Son operaciones de atención médica las actividades que se relacionan con el desarrollo y operación de nuestra práctica. Son ejemplos de operaciones de atención médica la evaluación de calidad y las actividades de mejora, los asuntos comerciales como auditorías y servicios administrativos, la gestión del caso y la coordinación de esa atención.
- El “Uso” se relaciona solo con las actividades dentro de nuestra oficina, como compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar y analizar la información que lo identifica.
- La “Divulgación” se refiere a las actividades fuera de nuestra oficina, como dar a conocer, transferir o brindar acceso a información acerca de usted a otras partes.

II. Uso y divulgación que precisa autorización

Podemos usar o divulgar la PHI para propósitos externos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica una vez que usted lo autorice debidamente. Una “autorización” es un permiso por escrito muy por encima del consentimiento general que permite solo divulgación específica. En las

circunstancias en las que se nos pide información con propósitos externos al tratamiento, al pago o a las operaciones de atención médica, le pediremos autorización antes de divulgar esa información.

Usted puede revocar todas esas autorizaciones (de PHI) en cualquier momento, siempre que sea por escrito. No puede revocar una autorización si (1) nosotros nos hubiéramos apoyado en esa autorización o (2) si la autorización se hubiera obtenido como condición para obtener cobertura del seguro, y la ley otorga al asegurador el derecho de responder la demanda según la póliza.

III. Uso y divulgación sin consentimiento o autorización

Podemos usar o divulgar la PHI sin su consentimiento o autorización en las circunstancias siguientes:

- **Malos tratos a la infancia:** Si tenemos motivos para creer que un menor ha sido o puede ser desatendido, abandonado o violado, debemos hacer un informe del hecho dentro de las 48 horas al Texas Department of Protective and Regulatory Services (Departamento de Servicios de Reglamentaciones y Protección de Texas), a la Texas Youth Commission (Comisión Juvenil de Texas) o a cualquier secretaría estatal o local de cumplimiento de la ley.
- **Malos tratos en el hogar o a los adultos:** Si tenemos motivos para creer que una persona mayor o discapacitada se encuentra en estado de ser objeto de abuso, abandono o explotación, debemos informar de inmediato el hecho ante el Department of Protective and Regulatory Services (Departamento de Servicios de Reglamentaciones y Protección).
- **Descuido de la salud:** Si se presenta un reclamo al Departamento Estatal de Examinadores de Psicólogos en nuestra contra, pueden pedirnos que citemos la información confidencial sobre salud mental que sea relevante para el mencionado reclamo.
- **Procedimiento judicial o administrativo:** Si usted está involucrado en un procedimiento judicial, y se hace un pedido de información sobre su diagnóstico, tratamiento y los correspondientes registros, esa información es confidencial según la ley estatal, y no divulgaremos la información sin una autorización escrita suya, o de persona designada por usted en forma personal o legal, o por pedido del tribunal. El privilegio no se aplica si lo está evaluando una tercera parte o si la evaluación es por pedido del tribunal. Si este fuera el caso, se le avisará por anticipado.
- **Amenaza seria a la salud o a la seguridad:** Si determináramos que existe la probabilidad de que usted se provocara algún daño físico inminente o se lo provocara a otros, o que existe la posibilidad de daño emocional o mental inmediato hacia usted, podemos divulgar información confidencial y relevante sobre su salud mental al personal médico o encargado del cumplimiento de la ley.
- **Indemnización al trabajador:** Si usted presenta un reclamo por indemnización, podemos divulgar los registros relacionados con su diagnóstico y tratamiento a la compañía de seguros de su empleador.

IV. Derechos del paciente y obligaciones del psicólogo

Derechos del paciente:

- *Derecho a pedir restricciones:* Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgación de la información protegida sobre su salud. Sin embargo, no se nos pide estar de acuerdo con su solicitud de restricción.
- *Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en ubicaciones alternativas:* Usted tiene el derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de la PHI por medios alternativos y en ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, es posible que usted no desee que un miembro de su familia sepa que se está atendiendo con nosotros. Si lo solicita, le enviaremos sus facturas a otra dirección.)
- *Derecho a revisar y obtener una copia:* Usted tiene el derecho a revisar o a obtener una copia (o ambas cosas) de la PHI de los registros de facturación y de salud mental utilizados para tomar decisiones acerca de usted, durante el tiempo en que esa PHI se mantenga en los registros. Podemos negar el acceso a la PHI según algunas circunstancias, pero puede solicitar revisión de la medida en algunos casos. Puede examinar y/o recibir una copia de sus notas psicológicas a menos que determinemos que su conocimiento podría resultar dañino para su salud emocional, mental o física. Si lo solicitara, comentaremos con usted los detalles del pedido y el proceso del rechazo.
- *Derecho de enmienda:* Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de la PHI durante el tiempo en que esa información esté en los registros. Podemos negarle la solicitud. Si lo solicitara, comentaremos con usted los detalles del pedido y el proceso de la enmienda.
- *Derecho a una explicación:* Por lo general, tiene derecho a recibir una explicación de la divulgación de la PHI de la que no haya brindado consentimiento ni autorización (tal como se describe en la Sección III de este informe). Si lo solicitara, comentaremos con usted los detalles del proceso de justificación.
- *Derecho a obtener una copia impresa:* Tiene derecho a obtener una copia impresa de la notificación si lo solicitara, aun cuando haya acordado recibirla por medios electrónicos.

Obligaciones del psicólogo:

- Se nos solicita, por ley, mantener la privacidad de la PHI y notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de la PHI.
- Nos reservamos el derecho de cambiar la política y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación. Sin embargo, a menos que lo notifiquemos de esos cambios, se nos pide que se respeten las condiciones vigentes.
- Si revisáramos nuestra política y nuestros procedimientos, lo notificaremos por escrito mediante correo electrónico.
- El procedimiento de selección, otorgamiento y puntaje de los tests, la interpretación y el archivo de los resultados, y el mantenimiento de su privacidad se llevarán a cabo de acuerdo con las reglamentaciones y pautas de la HIPAA, la American Psychological Association (Asociación Americana de Psicólogos) y otras organizaciones profesionales.

- Se elegirán los tests adecuados para los propósitos descritos anteriormente. (En términos psicológicos, se ha establecido su confiabilidad y validez para estos propósitos y para la población.) Se otorgarán estos tests y se les dará puntaje de acuerdo con las instrucciones de los manuales de tests, de modo que se obtengan puntajes válidos. Estos puntajes se interpretarán según los resultados y pautas científicos de la literatura profesional y científica.
- Los tests y sus resultados se guardarán en sitio seguro en el lugar durante dos años, y en un sitio seguro fuera del lugar durante ocho años.
- Debe saber que de acuerdo con la legislación de Texas, la información de los tests psicológicos no son parte del registro del paciente. Debido a que son registros profesionales, pueden ser malinterpretados y/o resultar perturbadores para el lector sin formación. Por esta razón, recomendamos que los controle inicialmente en nuestra presencia o que los envíe a otro profesional de la salud mental para comentar los contenidos.

IV. Reclamos

Si cree que hemos violado sus derechos o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a sus registros, puede contactarse con Steve Peskin, Auditor de Premier Psychological Services al teléfono (713) 521-7575 o por escrito a 3730 Kirby Drive, Suite 800 Houston, TX 77098.

CONSENTIMIENTO

Acepto que estos servicios pueden incluir contacto directo, cara a cara, citas de entrevistas, pruebas y seguimiento para recibir los resultados de los tests. También pueden incluir el tiempo que el psicólogo necesita para la lectura de los registros, las consultas con otros psicólogos y profesionales, la asignación del puntaje, la interpretación de los resultados y cualquier otra actividad que respalde estos servicios. Estoy de acuerdo en colaborar en todo lo posible, proporcionando respuestas completas, haciendo un esfuerzo verdadero y trabajando de la mejor forma posible para asegurar que los resultados sean precisos. También solicito y consiento, en este mismo documento, tomar parte de los pruebas y evaluaciones psicológica. Si eligiera no participar de la sesión de devolución del seguimiento, soy igualmente responsable de los honorarios completos, tal como se especifica a continuación.

Yo, _____, autorizo a Premier Psychological Services a llevar adelante una evaluación inicial, tests o evaluación psicológicos y seguimiento de los resultados de los tests a _____. (nombre del paciente)

Entiendo que esta evaluación se realiza con el siguiente propósito: _____

FACTURACIÓN Y PAGOS

El cliente asume el 100% de la responsabilidad de todos los servicios, incluso de cualquiera y todos los saldos de cobertura de seguro aprobados con anterioridad. Entiendo que los honorarios por este (estos) servicio(s) serán de \$200 para el entrevista inicial diagnostica y \$150 por hora para citas después (que puede incluir evaluaciones y terapia). La tasa de reembolso del seguro varía de acuerdo con los contratos individuales de seguro, y entiendo que recibiré el reembolso según los beneficios de mi plan de salud, y que puedo pedir a Premier una "súper factura" (una factura más detallada), para poder presentar las facturas a mi compañía de seguros para los mencionados beneficios. Aunque mi

PREMIER PSYCHOLOGICAL SERVICES
713-521-7575 (Línea directa) ▪ 713-521-7576 (Fax)

seguro de salud puede devolverme algunos de estos honorarios, entiendo que soy totalmente responsable del pago de estos servicios.

La firma a continuación indica que ha leído la información del Consentimiento y Acuerdo para los Pruebas y Evaluación Psicológicos y que está de acuerdo en atenerse a sus términos durante nuestra relación profesional.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del cliente (o padre/tutor)

Fecha

Firma del testigo

Fecha

_____ Original para la tabla del paciente

_____ Copia del documento de la HIPAA para el paciente/tutor