

Xana Play  
Centrum Plaza Calle Uruguay  
San Juan, PR  
(939)250-0567

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE. USTED PUEDE TENER DERECHOS ADICIONALES BAJO LAS LEYES ESTATALES Y LOCALES. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN DE SALUD, CONSULTE CON UN ABOGADO LICENCIADO EN SU JURISDICCIÓN.

### **FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO**

Este aviso entró en vigor el 19 de mayo de 2026.

### **ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés), usted tiene ciertos derechos relacionados con el uso y divulgación de su Información de Salud Protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés).

### **I. MI COMPROMISO CON SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Entiendo que la información relacionada con su salud y cuidado médico es personal. Estoy comprometida a proteger la privacidad de su información de salud. Creo y mantengo expedientes relacionados con los servicios y cuidados que recibe de mi parte. Necesito conservar estos expedientes para ofrecer servicios de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los expedientes generados por esta práctica de salud mental. Este aviso le informará sobre las maneras en que puedo utilizar y divulgar su información de salud. También describe sus derechos relativos a la información que mantengo sobre usted y mis responsabilidades respecto del uso y la divulgación de dicha información.

Por ley, estoy obligada a:

- Mantener privada la información de salud que le identifica.
- Proveer este aviso sobre mis deberes legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud.
- Cumplir con los términos del aviso vigente.

Puedo modificar los términos de este Aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que mantengo sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.

### **II. CÓMO PUEDO UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Las siguientes categorías describen distintas formas de utilizar y divulgar información relacionada con su salud. Para cada categoría explicaré su significado y ofreceré algunos

ejemplos. No todos los usos o divulgaciones posibles se enumerarán, pero todos los usos permitidos quedarán dentro de estas categorías.

**Para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud:**

Las leyes federales de privacidad permiten a proveedores de salud que mantienen una relación directa de tratamiento con el paciente utilizar o divulgar información de salud protegida sin autorización escrita del paciente para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. También puedo divulgar su PHI para actividades de tratamiento realizadas por otros proveedores de salud. Esto puede hacerse sin autorización escrita. Por ejemplo, si un clínico consulta con otro profesional licenciado sobre su condición, podría utilizarse y divulgarse información confidencial para asistir en el diagnóstico y tratamiento de su salud. También puedo utilizar su PHI con fines operativos, incluidos recordatorios de citas, facturación y documentación administrativa.

Las divulgaciones para el tratamiento no se limitan al mínimo necesario, ya que terapeutas y otros proveedores necesitan acceso al expediente completo para ofrecer servicios de calidad. El término “tratamiento” incluye la coordinación y el manejo de los servicios de salud, las consultas entre proveedores y los referidos.

### **Demandas y disputas legales:**

Si usted está involucrado en una demanda o procedimiento legal, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información relacionada con usted o con su hijo(a) menor en respuesta a citaciones, solicitudes de descubrimiento de prueba u otros procesos legales permitidos, siempre y cuando se hayan realizado esfuerzos razonables para notificarle o proteger la información solicitada.

## **III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

### **Notas de Psicoterapia:**

Mantengo “notas de psicoterapia” según definidas en 45 CFR §164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su autorización, excepto en las siguientes circunstancias:

- Para mi uso en su tratamiento.
- Para mi uso en el entrenamiento o la supervisión de profesionales de la salud mental, con el propósito de mejorar sus destrezas en terapia individual, familiar, grupal o de pareja.
- Para mi defensa en los procedimientos legales iniciados por usted.
- Para uso del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) en investigaciones relacionadas con el cumplimiento de HIPAA.
- Cuando sea requerido por ley y esté estrictamente limitado a los requisitos legales aplicables.
- Para ciertas actividades de supervisión de salud relacionadas con el originador de las notas de psicoterapia.
- Cuando sea requerido por un médico forense o funcionario autorizado por ley.
- Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad de una persona o del público.

### **Propósitos de mercadeo:**

No utilizaré ni divulgaré su PHI con fines de mercadeo sin su consentimiento previo por escrito. Por ejemplo, si solicito una reseña o testimonio sobre mis servicios y deseo compartirlo públicamente en línea o en otros medios promocionales, le proporcionaré un formulario de autorización HIPAA y consentimiento escrito.

La autorización HIPAA será necesaria si su reseña contiene información identificable de salud, incluida su nombre, fecha de servicio, tipo de tratamiento recibido u otra información relacionada con su salud. Dado que algunas personas podrían no reconocer qué constituye PHI, solicitaré autorización independientemente del contenido específico de la reseña.

Una vez que usted firme la autorización, tendré el derecho legal a utilizar su reseña con fines promocionales o publicitarios. Usted podrá revocar dicho consentimiento en cualquier momento mediante solicitud escrita enviada al correo electrónico registrado o por correo certificado a mi dirección postal.

Una vez que reciba la revocación, retiraré la reseña de mi página web y de las demás plataformas bajo mi control. Sin embargo, no puedo garantizar que terceros que hayan copiado o compartido la información también la eliminen. Es importante que usted conozca este riesgo antes de autorizar la publicación de una reseña.

Venta de PHI:

No venderé su Información de Salud Protegida (PHI).

#### **IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN**

Sujeto a ciertas limitaciones legales, puedo utilizar y divulgar su PHI sin autorización para los siguientes propósitos:

- Recordatorios de citas y servicios de salud: puedo comunicarme con usted para recordarle sus citas o informarle sobre alternativas de tratamiento y servicios disponibles.
- Cuando la divulgación sea requerida por leyes estatales o federales y cumpla con los requisitos legales aplicables.
- Para actividades de salud pública, incluyendo reportes de sospecha de abuso o negligencia contra menores, adultos mayores o personas dependientes, así como para prevenir amenazas serias a la salud o la seguridad.
- Para actividades de supervisión de la salud, incluidas auditorías e investigaciones.
- Para procedimientos judiciales o administrativos, incluida la respuesta a órdenes judiciales o citaciones.
- Para propósitos de cumplimiento de la ley, incluido el reporte de delitos ocurridos en las instalaciones.
- A médicos forenses o examinadores médicos autorizados por ley.
- Para propósitos de investigación autorizada.
- Para funciones gubernamentales especializadas, según lo permita la ley.
- Para asuntos relacionados con la compensación laboral (“workers’ compensation”).
- Para solicitudes relacionadas con la donación de órganos y tejidos.

#### **V. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR**

Divulgaciones a familiares, amistades u otras personas:

Usted tiene el derecho y la opción de indicarme si puedo compartir su PHI con un familiar, amistad u otra persona involucrada en su cuidado o en el pago de sus servicios de salud, o compartir información durante situaciones de ayuda en desastres. En situaciones de emergencia, de inconsciencia o de amenazas inmediatas a la salud o a la seguridad, el consentimiento podría obtenerse de manera retroactiva.

## **VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RELACIONADOS CON SU PHI**

- Derecho a solicitar límites en usos y divulgaciones de su PHI:

Tiene derecho a solicitar que no utilice ni divulgue cierta PHI para el tratamiento, el pago u operaciones de salud. No estoy obligada a aceptar la solicitud y puedo negarme si entiendo que afectaría su cuidado de la salud.

- Derecho a solicitar restricciones para servicios pagados completamente de su bolsillo:

Tiene derecho a solicitar restricciones sobre divulgaciones a planes médicos cuando los servicios hayan sido pagados completamente por usted.

- Derecho a escoger cómo recibir comunicaciones:

Puede solicitar ser contactado de manera específica (por ejemplo, teléfono residencial, oficina o dirección distinta) y aceptaré solicitudes razonables.

- Derecho a inspeccionar y obtener copias de su PHI:

Excepto en circunstancias limitadas, tiene derecho a obtener copia electrónica o impresa de su expediente y de cualquier otra información mantenida sobre usted. Le proveeré una copia o un resumen dentro de 30 días desde la recepción de su solicitud por escrito. Podría aplicarse un cargo razonable.

- Derecho a obtener una lista de divulgaciones realizadas:

Puede solicitar una lista de divulgaciones de su PHI realizadas para propósitos distintos a tratamiento, pago u operaciones de salud. Responderé dentro de 60 días. La lista incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años, salvo que solicite un período menor. La primera solicitud anual será gratuita; las solicitudes adicionales podrían conllevar cargos razonables.

- Derecho a corregir o actualizar su PHI:

Si entiende que existe un error o que falta información importante en su expediente, puede solicitar la corrección o la incorporación de dicha información. Podría denegar la solicitud, pero explicaré las razones por escrito en un plazo de 60 días.

- Derecho a obtener copia impresa o electrónica de este Aviso:

Tiene derecho a recibir una copia impresa o electrónica de este Aviso, aun cuando haya aceptado recibirlo electrónicamente.

- Derecho a designar a otra persona para actuar en su nombre:

Si usted ha otorgado poder legal médico o si existe un tutor legal, dicha persona podrá tomar decisiones relacionadas con su información de salud.

- Derecho a revocar una autorización.

- Derecho a optar por no recibir comunicaciones ni solicitudes de recaudación de fondos.

- Derecho a presentar una querrela:

Puede presentar una querrela si entiende que sus derechos han sido violados comunicándose conmigo utilizando la información provista en la primera página o contactando la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) en:

200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

Teléfono: (877) 696-6775

o visitando:

<https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints>

No tomaré represalias en su contra por presentar una querrela.

## **VII. CAMBIOS A ESTE AVISO**

Puedo modificar los términos de este Aviso y dichos cambios aplicarán a toda la información que mantengo sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible a solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.