

Contigo Counseling Inc  
1441 Kauai St., West Covina, CA 91792  
contigocounselingllc@gmail.com  
(657) 529-0934

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW YOUR HEALTH INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. YOU MAY HAVE ADDITIONAL RIGHTS UNDER STATE AND LOCAL LAW. PLEASE SEEK LEGAL COUNSEL FROM AN ATTORNEY LICENSED IN YOUR STATE IF YOU HAVE QUESTIONS REGARDING YOUR RIGHTS TO HEALTH CARE INFORMATION.

## EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE

This notice went into effect on 8/2/2023

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (hereafter, "HIPAA"), you have certain rights regarding the use and disclosure of your protected health information (hereafter, "PHI").

## 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 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 the 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 PHI 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 PHI, which is otherwise confidential, in order to

assist the clinician in diagnosis and treatment of your health condition. I may also use your PHI for operations purposes, including sending you appointment reminders, billing invoices and other documentation.

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 you or your minor child(ren) 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 the Department of Health and Human Services (HHS) 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.** I will not use or disclose your PHI for marketing purposes without your prior written consent. For example, if I request a review from you and plan to share the review publically online or elsewhere to advertise my services or my practice, I will provide you with a release form and HIPAA authorization. The HIPAA authorization is required in the instance that your review contains PHI (i.e., your name, the date of the service you received, the kind of treatment you are seeking or other personal health details). Because you may not realize which information you provide is considered "PHI," I will send you a HIPAA authorization and request your signature regardless of the content of your review. Once you complete the HIPAA authorization, I will have the legal right to use your review for advertising and marketing purposes, even if it contains PHI. You may withdraw this consent at any time by submitting a written request to me via the email address I keep on file or via certified mail to my address. Once I have received your written withdrawal of consent, I will remove your review from my website and from any other places where I have posted it. I cannot guarantee that others who may have copied your review from my website or from other locations will also remove the review. This is a risk that I want you to be aware of, should you give me permission to post your review.
3. **Sale of PHI.** I will not sell your PHI.

### IV. USES AND DISCLOSURES THAT 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. I have to meet certain legal conditions before I can share your information for these purposes:

1. 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.

2. 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.
3. 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.
4. For health oversight activities, including audits and investigations.
5. For judicial and administrative proceedings, including responding to a court or administrative order or subpoena, although my preference is to obtain an Authorization from you before doing so if I am so allowed by the court or administrative officials.
6. For law enforcement purposes, including reporting crimes occurring on my premises.
7. To coroners or medical examiners, when such individuals are performing duties authorized by law.
8. 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.
9. Specialized government functions, including, ensuring the proper execution of military missions; protecting the President of the United States; conducting intelligence or counterintelligence operations; or, helping to ensure the safety of those working within or housed in correctional institutions.
10. 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.
11. For organ and tissue donation requests.

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

**Disclosures to family, friends, or others:** You have the right and choice to tell me that I may provide your PHI to a family member, friend, or other person whom you indicate is involved in your care or the payment for your health care, or to share you information in a disaster relief situation. The opportunity to consent may be obtained retroactively in emergency situations to mitigate a serious and immediate threat to health or safety or if you are unconscious.

## **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 the disclosure 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 in limited circumstances, you have the right to get an electronic or paper copy of your medical record and other information that I have about you. Ask us how to do this. I will provide you with a copy of your record, or if you agree, a summary of it, within 30 days of receiving your written request. 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, and other disclosures (such as any you ask me to make). Ask me how to do this. 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 to get a paper copy of this Notice, and you have the right to get a copy of this notice by email. And, even if you have agreed to receive this Notice via email, you also have the right to request a paper copy of it.
8. The Right to Choose Someone to Act For You. If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can make choices about your health information.
9. The Right to Revoke an Authorization.
10. The Right to Opt out of Communications and Fundraising from our Organization.
11. The Right to File a Complaint. You can file a complaint if you feel I have violated your rights by contacting me using the information on page one or by filing a complaint with the HHS Office for Civil Rights located at 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, calling HHS at (877) 696-6775, or by visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). I will not retaliate against you for filing a complaint.

## **VII. CHANGES TO THIS NOTICE**

I can change the terms of this Notice, and such changes will apply to all the information I have about you. The new Notice will be available upon request, in my office and on my website.

Contigo Counseling Inc  
1441 Kauai St., West Covina, CA 91792  
contigocounselingllc@gmail.com  
(657) 529-0934

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO Este aviso entró en vigor el 8/2/2023

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

### I. MI PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Entiendo que la información médica sobre usted y su atención médica es personal. Me comprometo a proteger su información de salud. Creo un registro de la atención y los servicios que recibe. Necesito este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de salud mental. Este aviso le informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información de salud. También describo sus derechos sobre la información de salud que mantengo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información de salud. Estoy obligado por ley a:

- Asegúrese de que la información de salud protegida ("PHI") que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este aviso de mis deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que está en vigor.
- 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 a pedido.

### II. CÓMO PUEDO UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que uso y divulgo información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaré lo que quiero decir y trataré de 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 se incluirán en una de las categorías.

Para el pago del tratamiento o las operaciones de atención médica: las normas federales de privacidad (regulaciones) permiten que los proveedores de atención médica que tienen una relación de tratamiento directo con el paciente/cliente usen o divulguen la información de salud personal del paciente/cliente sin la autorización por escrito del paciente, para llevar a cabo la propio tratamiento, pago u operaciones de atención médica del proveedor de atención médica. También puedo divulgar su información médica protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede hacer sin su autorización por escrito. Por ejemplo, si un médico fuera a consultar con otro proveedor de atención médica con licencia sobre su condición, se nos permitiría usar y divulgar su información de salud personal, que de otro modo es confidencial, para ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad mental. estado de salud.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no se limitan al estándar mínimo necesario. Porque los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro completo y/o información completa y completa para brindar atención de calidad. La palabra "tratamiento" incluye, entre otras cosas, la coordinación y gestión de proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores de atención médica y referencias de un paciente para atención médica de un proveedor de atención médica a otro.

Juicios y disputas: si está involucrado en un juicio, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información de salud 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 persona de quien la información es requerida.

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

1. Notas de psicoterapia. Guardo "notas de psicoterapia" como se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su Autorización a menos que el uso o divulgación sea:

- a. Para mi uso en el tratamiento de usted.
- b. Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarlos a mejorar sus habilidades en el asesoramiento o la terapia grupal, conjunta, familiar o individual.
- c. Para mi uso en la defensa de mí mismo en procedimientos legales iniciados por usted.
- d. Para uso del Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
- e. Requerido por la ley y el uso o divulgación está limitado a los requisitos de dicha ley.
- f. Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de la salud relacionadas con el autor de las notas de psicoterapia.
- g. Requerido por un médico forense que esté desempeñando funciones autorizadas por la ley.
- h. Necesario para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad de los demás.

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

3. Venta de PHI. Como psicoterapeuta, no venderé su PHI en el curso regular de mi negocio.

### IV. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.

Sujeto a ciertas limitaciones en la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumple y está limitado a los requisitos pertinentes de dicha ley.

2. Para actividades de salud pública, incluida la denuncia de sospechas de abuso de niños, ancianos o adultos dependientes, o la prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
3. Para actividades de vigilancia 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 de usted antes de hacerlo.
5. Para fines de aplicación de la ley, incluido el informe de delitos que ocurran en mis instalaciones.
6. A los médicos forenses o médicos forenses, cuando éstos se encuentren desempeñando funciones 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 frente a aquellos que recibieron otra forma de terapia por la misma afección.
8. Funciones gubernamentales especializadas, incluida la garantía de la correcta ejecución 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 o se alojan en instituciones correccionales.
9. Para propósitos de compensación de trabajadores. Aunque mi preferencia es obtener una Autorización de usted, 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 y recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios o beneficios de atención médica que ofrezco.

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

Divulgaciones a familiares, amigos u otras personas. Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que se oponga total o parcialmente. La oportunidad de dar su consentimiento puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

#### VI. USTED 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 ni divulgue cierta PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado a aceptar su solicitud y puedo decir "no" si creo que afectaría su atención médica.

2. El derecho a solicitar restricciones para los gastos de bolsillo pagados en su totalidad. Tiene derecho a solicitar restricciones sobre la divulgación de su PHI a los planes de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica si la PHI se relaciona únicamente con un artículo de atención médica o un servicio de atención médica que pagó de su bolsillo en su totalidad.
3. El derecho a elegir cómo le envíe PHI. Tiene derecho a pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de casa o de la oficina) o que le envíe 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 expediente médico y otra información que tengo sobre usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o un resumen de este, si acepta recibir un resumen, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito, y es posible que le cobre una tarifa razonable basada en el costo por hacerlo.
5. El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he realizado. Tiene derecho a solicitar una lista de las instancias en las que he divulgado su PHI para fines que no sean tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para las cuales usted proporcionó yo con 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 período más corto. Le proporcionaré la lista sin cargo, pero si realiza más de una solicitud en el mismo año, le cobraré una tarifa razonable basada en el costo 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 agregue la información que falta. Puedo decir "no" 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 recibir una copia impresa de este Aviso y tiene derecho a recibir una copia de este aviso por correo electrónico. Y, aunque haya aceptado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene derecho a solicitar una copia impresa del mismo.

#### Reconocimiento de Recibo del Aviso de Privacidad

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información médica protegida. Al marcar la casilla a continuación, reconoce que ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO LOS ARTÍCULOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.**