

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Davin Eurich, LICSW 20 Isabelle Ave. Holbrook, MA 02343

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

La versión en español de este formulario se encuentra en la pagina 5.

EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE

This notice went into effect on 5/1/2024.

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

1. 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:
 - a. Make sure that protected health information ("PHI") that identifies you is kept private.
 - b. Give you this notice of my legal duties and privacy practices with respect to health information.
 - c. Follow the terms of the notice that is currently in effect.
 - d. 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.

2. 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.
 - a. For Treatment Payment or Health Care Operations: Federal privacy rules (regulations) allow healthcare providers who have a 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 healthcare 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 the diagnosis and treatment of your mental health condition.

- b. 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.
- c. 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.

3. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:

- a. 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.
- b. Marketing Purposes. As a psychotherapist, I will not use or disclose your PHI for marketing purposes.
- c. Sale of PHI. As a psychotherapist, I will not sell your PHI in the regular course of my business.

4. 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:

- a. 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.

- b. 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.
 - c. For health oversight activities, including audits and investigations.
 - d. 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.
 - e. For law enforcement purposes, including reporting crimes occurring on my premises.
 - f. To coroners or medical examiners, when such individuals are performing duties authorized by law.
 - g. 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.
 - h. 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.
 - i. 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.
 - j. 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.
5. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOU TO HAVE THE OPPORTUNITY TO OBJECT.
- a. 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.
6. YOU HAVE THE FOLLOWING RIGHTS WITH RESPECT TO YOUR PHI:
- a. 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.
 - b. 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.

- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. 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.
- g. 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.

Acknowledgment 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 signing below, you are acknowledging that you have received a copy of HIPAA Notice of Privacy Practices.

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO Este aviso entró en vigencia el 1/5/2024.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

1. **MI COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:** Entiendo que la información sobre usted y su atención médica es personal. Estoy comprometido a proteger dicha información. Creo un registro de la atención y los servicios que recibe de mí. 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 información sobre su salud. También describo sus derechos respecto a la información que mantengo sobre usted y ciertas obligaciones que tengo sobre su uso y divulgación. Estoy legalmente obligado a:

- a. Asegurar que la información de salud protegida ("PHI") que lo identifica se mantenga privada.
 - b. Entregarle este aviso de mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
 - c. Cumplir con los términos del aviso que esté vigente en ese momento.
 - d. 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 si lo solicita, en mi oficina y en mi sitio web.
2. **CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED:** Las siguientes categorías describen diferentes formas en que uso y divulgo la información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaré lo que significa y trataré de dar ejemplos. No se incluirá cada uso o divulgación posible en una categoría, pero todas las formas permitidas de uso y divulgación estarán dentro de una de las categorías.
 - a. **Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica:** Las normas federales de privacidad permiten a los proveedores de salud que tienen una relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usar o divulgar la información de salud personal sin autorización escrita para llevar a cabo su propio tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puedo divulgar su información protegida para actividades de tratamiento de otros proveedores. Esto también puede hacerse sin su autorización escrita.

- b. Por ejemplo, si un clínico consulta con otro proveedor de salud sobre su condición, podemos usar y divulgar su información personal para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud mental.
- c. Las divulgaciones con fines de tratamiento no están limitadas al estándar mínimo necesario, ya que los terapeutas necesitan acceso completo para brindar atención de calidad. El término "tratamiento" incluye, entre otros, la coordinación y gestión de la atención médica con terceros, consultas entre proveedores de salud y derivaciones.
- d. Demandas y Disputas: Si está involucrado en una demanda, puedo divulgar información en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información sobre su hijo en respuesta a una citación u otro proceso legal válido, pero solo si se ha intentado informarle o se ha obtenido una orden de protección de dicha información.

3. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN: **Notas de Psicoterapia:** Mantengo "notas de psicoterapia" según se definen en 45 CFR § 164.501. Su uso o divulgación requiere su autorización, salvo que sea:

- a. Para mi uso en su tratamiento. b. Para capacitar o supervisar a practicantes de salud mental. c. Para defenderme en procedimientos legales iniciados por usted. d. Para investigaciones de cumplimiento con HIPAA. e. Requerido por ley, limitado a lo que la ley exige. f. Para actividades de supervisión relacionadas con el originador de las notas. g. Requerido por un forense autorizado. h. Para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad.
- b. **Fines de Marketing:** Como psicoterapeuta, no usaré ni divulgaré su PHI con fines de mercadeo.
- c. **Venta de PHI:** No venderé su PHI como parte de mi actividad comercial.

4. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN: Sujeto a ciertas limitaciones, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

- a. Cuando la ley estatal o federal lo exige.
- b. Para actividades de salud pública, incluyendo reportar abuso infantil o de adultos vulnerables.
- c. Para actividades de supervisión de salud.
- d. Para procesos judiciales o administrativos (preferiblemente con su autorización previa).
- e. Para propósitos de cumplimiento de la ley, como reportar crímenes en mi oficina.
- f. A forenses o médicos forenses cuando actúan bajo ley.
- g. Para fines de investigación.

- h. Funciones gubernamentales especializadas como misiones militares, protección del Presidente, operaciones de inteligencia, o seguridad en prisiones.
 - i. Para cumplir con leyes de compensación laboral (preferiblemente con su autorización).
 - j. Para recordatorios de citas y beneficios relacionados con la salud.
5. CIERTAS DIVULGACIONES REQUIEREN QUE TENGA LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE: **Divulgaciones a familiares, amigos u otros:** Puedo proporcionar su PHI a familiares o personas involucradas en su atención o en el pago de la misma, a menos que usted se oponga total o parcialmente. En emergencias, esta oportunidad puede obtenerse de manera retroactiva.
6. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI:
- a. **Derecho a solicitar límites en el uso y divulgación:** Puede pedir que no se use o divulgue cierta información para tratamiento, pago u operaciones. No estoy obligado a aceptarlo si afecta su atención.
 - b. **Derecho a restringir divulgaciones si paga en su totalidad de su bolsillo:** Puede solicitar que no se divulgue a planes de salud la información relacionada con servicios que pagó en su totalidad.
 - c. **Derecho a elegir cómo se le contacta:** Puede solicitar que lo contacte por teléfono, correo, etc., y cumpliré con solicitudes razonables.
 - d. **Derecho a ver y obtener copias de su PHI:** Excepto notas de psicoterapia, puede solicitar copias electrónicas o en papel de su expediente. Lo haré en un plazo de 30 días y puedo cobrar una tarifa razonable.
 - e. **Derecho a obtener un listado de divulgaciones:** Puede solicitar un listado de las veces que su PHI fue divulgada (excepto para tratamiento, pago u operaciones) en los últimos seis años. La primera lista es gratuita; solicitudes adicionales pueden tener un costo.
 - f. **Derecho a corregir o actualizar su PHI:** Si cree que hay un error o falta información, puede pedir corrección. Si me niego, le explicaré por escrito en 60 días.
 - g. **Derecho a obtener una copia de este aviso:** Puede solicitar una copia en papel o por correo electrónico en cualquier momento, incluso si ya aceptó recibirlo electrónicamente.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.