



Serenity Minds Counseling Services

PO Box 241

Orland Ca, 95963

530-407-9749

EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: This notice went into effect on 9/1/2023

Notice of Privacy Practices

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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

II. It is my legal duty to safeguard your Protected Health Information (PHI) and ensure that it is kept private. PHI includes information created or noted by me or other health providers that can be used to identify you, including your name and address, health conditions, diagnostic codes, treatment codes, dates of service, and payment for health care. I am required to provide you with this Notice about privacy procedures. This Notice must explain when, why, and how I would use or disclose your PHI. Use of PHI refers to when I share, apply, utilize, examine, or analyze information within my scope of practice; PHI is disclosed when I release, transfer, give, or otherwise reveal it to a third party outside of my practice. With some exceptions, I may not use or disclose more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose for which the use or disclosure is made; however, I am always legally required to follow the privacy practices described in this Notice.

Please note that I reserve the right to change the terms of this Notice and my privacy policies at any time as permitted or required by law. Any changes will apply to PHI already on file. Before I make any important changes to my policies, I will change this Notice and post a new of copy of it on my website, (<https://serenitymindscounselingservices.clientsecure.me>). You may also request a copy of this Notice.

III. HOW I WILL USE AND DISCLOSE YOUR PHI

- A. Uses and Disclosures Related to Treatment, Payment, or Health Care Operations I may use and disclose your PHI without your consent for the following reasons:
 - 1. For treatment. I may use your PHI within my practice to provide you with mental health treatment. This may involve discussing or sharing your PHI with trainees, interns, or other health care providers

in my practice. Disclosures of PHI to coordinate care with your health care providers outside of my practice, such as physicians, psychiatrists, or psychologists, requires your written authorization.

2. For health care operations. I may disclose your PHI to facilitate the efficient and correct operation of my practice. I may use your PHI in the evaluation of the quality of health care services that you have received. I may also provide your PHI to my attorneys, accountants, consultants, and others to make sure that I am in compliance with applicable laws.
3. To obtain payment for treatment. I may use and disclose your PHI to your insurance company or health plan to bill and collect payment for the treatment and services provided. I could also provide your PHI to business associates, such as billing companies, claims processing companies, accounting services, and others that process health care claims for my office.
4. Patient incapacitation or emergency. I may disclose your PHI to others without your consent if you are incapacitated or if an emergency exists. For example, your consent is not required if you need emergency treatment, provided that I attempt to get your consent after treatment is rendered. In the event that I try to get your consent, but you are unable to communicate (i.e., if you are unconscious or in severe pain) but I believe that you would consent to such treatment if you could, I may disclose your PHI.

B. Other Uses and Disclosures That Do Not Require Authorization

1. When disclosure is required by federal, state, or local law; judicial, board, or administrative proceedings; or law enforcement.
2. If disclosure is compelled by a party to a proceeding before a court of an administrative agency pursuant to its lawful authority.
3. If disclosure is required by a search warrant lawfully issued to a governmental law enforcement agency.
4. If disclosure is compelled by the patient or the patient's representative pursuant to California Health and Safety Codes or to corresponding federal statutes or regulations, such as the Privacy Rule that requires this Notice.
5. To avoid harm. I may provide PHI to law enforcement personnel or persons able to prevent or mitigate a serious threat to the health or safety of a person or the public.
6. If disclosure is compelled or permitted by the fact that you are in such mental or emotional condition as to be dangerous to yourself or the person or property of others, and if it is determined that disclosure is necessary to prevent the threatened danger.
7. If disclosure is mandated by the California Child Abuse and Neglect Reporting law. I will disclose PHI if I have a reasonable suspicion of child abuse or neglect.
8. If disclosure is mandated by the California Elder/Dependent Adult Abuse Reporting law. I will disclose PHI if I have a reasonable suspicion of elder abuse or dependent adult abuse.
9. If disclosure is compelled or permitted by the fact that you tell me of a serious/imminent threat of physical violence by you against a reasonably identifiable victim or victims.

10. For public health activities. In the event of your death, if a disclosure is permitted or compelled, I may need to give the county coroner information about you.
11. For health oversight activities. I may be required to provide information to assist the government in the course of an investigation or inspection of a health care organization or provider.
12. For specific government functions. I may disclose PHI of military personnel and veterans under certain circumstances. I may also disclose PHI in the interests of national security, such as protecting the President of the United States or assisting with intelligence operations.
13. For research purposes. In certain circumstances, I may provide PHI to conduct research.
14. compliance with workers' compensation laws.
15. If an arbitrator or arbitration panel compels disclosure when arbitration is lawfully requested by either party, pursuant to subpoena duces tecum (e.g., a subpoena for mental health records) or any other provision authorizing disclosure in a proceeding before an arbitrator or arbitration panel.
16. I am permitted to contact you, without your prior authorization, to provide appointment reminders or information about alternative or other health-related benefits and services that may be of interest to you.
17. If disclosure is required or permitted to a health oversight agency for oversight activities authorized by law. I will disclose PHI when compelled by the U.S. Secretary of Health and Human Services to investigate or assess my compliance with HIPAA regulations.
18. If disclosure is otherwise specifically required by law.

C. Certain Uses and Disclosures Require You to Have the Opportunity to Object

Disclosures to family, friends, or others. I may provide your PHI to a family member, friend, or other individual who you indicate is involved in your care or responsible for the payment for your health care, unless you object in whole or in part. Retroactive consent may be obtained in emergency situations.

D. Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization

In any other situation not described in Sections IIIA, IIIB, and IIIC above, I will request your written authorization before using or disclosing any of your PHI. Even if you have signed an authorization to disclose your PHI, you may later revoke that authorization, in writing, to stop any future uses and disclosures (assuming that I have not taken any action subsequent to the original authorization) of your PHI.

IV. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI

A. Right to Inspect and Copy. Your treatment is documented in two ways. The clinical record includes your intake assessment, dates of therapy sessions, diagnoses, therapeutic goals, treatment plan, progress notes, and reports to your insurance carrier. Psychotherapy notes are kept by some providers to document

specific content therapy conversations. They are maintained separately from your clinical record in order to maximize privacy and security.

You have the right to inspect and receive a copy of your clinical record. Viewing your record is best done during a professional consultation, rather than on your own, to clarify any questions you may have at the time. You may be charged a nominal fee for accessing and photocopying the record. Psychotherapy notes are not disclosed to third parties, HMOs, insurance companies, billing agencies, or patients. They are for the use of the treating professional in tracking the many details of consultations that are too specific to be included in the clinical record.

B. The Right to Request Restrictions. You have the right to ask that I limit how I use and disclose your PHI. These requests must be in writing. I am not legally required to agree to the request and I cannot agree to limit uses or disclosures that are required by law. I will not use or release your protected health information for any purpose other than treatment, payment, health care operations, and other exceptions specified in this notice.

C. Right to Choose How I Send Your PHI to You. You have the right to request and receive confidential communications by alternative means and locations. For example, when I contact you regarding appointments or billing, you may wish to have your PHI sent to you at work rather than at home or through e-mail rather than postal mail. I will attempt to accommodate all reasonable requests.

D. Right to an Accounting of Disclosures to Third Parties. You are entitled to a list of disclosures of your PHI that I have made. This applies to disclosures other than those made for treatment, payment, or health care operations. You will most likely be aware of such disclosures, as you would have signed consent forms. A request for this list must be submitted to me in writing. Your request must state a time period that may not be longer than 6 years and may not include dates before you received services. I will respond to your request for an accounting of disclosures within 60 days.

E. Right to Amend. If you believe that there is an inaccuracy in your clinical record, you may submit a written request for correction. If the information is accurate, or if it has been provided by a third party, such as a previous therapist or physician, the request may be denied. In this case, you will receive an explanation in writing. You also have the right to make an addition to your record if you think it is incomplete. You will receive a response within 60 days of my receipt of your request.

F. Right to a Copy of This Notice. You have the right to request and receive an e-mail or paper copy of this Notice of Privacy Practices. An updated copy will also be posted on my website.

G. Right to File a Complaint. You have the right to file a complaint if you believe your privacy rights have been violated. You must do so in writing, and may address it directly to me or to the Secretary of the Department of Health and Human Services at 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201. You will not be penalized in any way for filing a complaint.

Acknowledgement 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 checking the box below, you are acknowledging that you have received a copy of HIPAA Notice of Privacy Practices.

BY SIGNING BELOW, I AM AGREEING THAT I HAVE READ, UNDERSTOOD AND AGREE TO THE ITEMS CONTAINED IN THIS DOCUMENT.



Serenity Minds Counseling Services

PO Box 241

Orland Ca, 95963

530-407-9749

FECHA DE ENTRADA DE ESTE AVISO: Este aviso entró en efecto el 9/1/2023

Aviso de Prácticas de Privacidad

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

II. Es mi deber legal guardar su información de salud protegida (PHI) y garantizar que se mantenga privada. Esto incluye información creada o anotada por mí o otros proveedores de salud que se puede usar para identificarlo, esto incluye su nombre y dirección, condiciones de salud, códigos de diagnóstico, códigos de tratamiento, fechas de servicio y pago por cuidado de la salud. Estoy obligado a proporcionarle este aviso sobre los procedimientos de privacidad. Este aviso debe explicar cuándo, por qué y cómo usaría o divulgaría su PHI. El uso de PHI se refiere a cuando comparto, aplico, utilizo, examino o analizo información dentro de mi consultorio; El PHI se divulga cuando divulgo, transfiero, doy o de otro modo revelo fuera de mi práctica. Con algunas excepciones, no puedo usar ni divulgar más de su PHI de lo que es necesario para lograr el propósito para el cual se hace el uso o divulgación; sin embargo, siempre estoy legalmente obligada a seguir las prácticas de privacidad escritas en este aviso.

Tenga en cuenta que me reservo el derecho de cambiar los términos de este aviso y mis pólizas de privacidad en cualquier momento como permitido o exigido por la ley. Cualquier cambio se aplicará a la PHI que ya está registrada. Antes de realizar cambios importantes en mis pólizas, cambiaré este aviso y publicaré una nueva copia de este en mi sitio web (<https://serenitymindscounselingservices.clientsecure.me>). Usted también puede solicitar una copia de este aviso.

II. CÓMO UTILIZARÉ Y DIVULGARÉ SU PHI

A. Usos y divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención clínica puedo usar y divulgar su PHI sin su consentimiento por las siguientes razones:

1. Para el tratamiento. Puedo usar su PHI dentro de mi práctica para brindarle tratamiento de salud mental. Esto puede involucrar a discutir o compartir su PHI con aprendices, pasantes u otros proveedores de atención clínica en mi práctica. Divulgaciones de PHI para coordinar la atención con sus proveedores de atención médica fuera de mi práctica, como médicos, psiquiatras, o psicólogos, requiere su autorización por escrito.
2. Para operaciones de atención clínica. Puedo divulgar su PHI para facilitar la operación eficiente y correcta de mi práctica. Puedo usar su PHI en la evaluación de la calidad de los servicios de atención clínica que ha recibido. Yo también puedo proporcionar su PHI a mis abogados, contadores, consultores y otros para asegurarme de que estoy en cumplimiento con leyes aplicables.
3. Para obtener el pago del tratamiento. Puedo usar y divulgar su PHI a su compañía de seguros o plan de salud para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios. También podría proporcionar su PHI a compañías asociadas con compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos, servicios de contabilidad y otros que procesan clínicamente para mi oficina.
4. Incapacidad o emergencia del paciente. Puedo divulgar su PHI a otros sin su consentimiento si usted está incapacitado o si tiene una emergencia. Por ejemplo, su consentimiento no se requiere si necesita atención de emergencia, siempre y cuando intente obtener su consentimiento después de que se brinde el tratamiento. En el caso de que trate de obtener su consentimiento pero no se puede comunicar (es decir, si está inconsciente o tiene un dolor intenso) pero creo que usted daría su consentimiento para dicho tratamiento si pudiera, puedo divulgar su PHI.

B. Otros usos y divulgaciones que no requieren autorización

1. Cuando la divulgación sea requerida por la ley federal, estatal o local; procedimientos judiciales, de junta o administrativos; o la ley.
2. Si la divulgación es obligada por una de las partes en un procedimiento ante un tribunal de una agencia administrativa ante la ley.
3. Si la divulgación es requerida por una orden de allanamiento emitida legalmente a una agencia gubernamental de aplicación de la ley.
4. Si el paciente o el representante del paciente obligan a la divulgación de conformidad con las normas de salud y seguridad de California Códigos o a los estatutos o reglamentos federales correspondientes, como la Regla de Privacidad que requiere este Aviso.
5. Para evitar daños. Puedo proporcionar PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley o a personas capaces de prevenir o mitigar un problema o amenaza grave para la salud o la seguridad de una persona o del público.
6. Si la divulgación es obligada o permitida por el hecho de que usted se encuentra en tal condición mental o emocional como para ser peligroso para usted, una persona o propiedad de otros, y si se determina que la divulgación es necesaria para prevenir el peligro amenazado.

7. Si la divulgación es obligatoria por la ley de denuncia de abuso y negligencia infantil de California. Divulgaré PHI si tengo sospecha razonable de abuso o negligencia infantil.
8. Si la divulgación es exigida por la ley de informes de abuso de ancianos/adultos dependientes de California. Divulgaré PHI si tengo una sospecha razonable de abuso de ancianos o abuso de adultos dependientes.
9. Si la divulgación es obligada o permitida por el hecho de que usted me informe de una amenaza grave/inminente de daño físico y violencia de su parte contra una víctima o víctimas razonablemente identificables.
10. Para actividades de salud pública. En el caso de su muerte, si se permite u obliga a una divulgación, es posible que deba dar al forense del condado información sobre usted.
11. Para actividades de vigilancia de la salud. Es posible que se me solicite proporcionar información para ayudar al gobierno en el curso de una investigación o inspección de una organización o proveedor de atención médica.
12. Para funciones específicas de gobierno. Puedo divulgar PHI para personal militar y veteranos bajo ciertas circunstancias. También puedo divulgar PHI en interés de la seguridad nacional, como proteger al presidente de los Estados Unidos o ayudando en operaciones de inteligencia.
13. Para fines de investigación. En ciertas circunstancias, puedo proporcionar PHI para realizar investigaciones.
14. Para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.
15. Si un árbitro o panel de arbitraje exige la divulgación cuando el arbitraje es solicitado legalmente por usted o la otra persona, con conformidad a la citación duces tecum (una citación para registros de salud mental) o cualquier otra razón que autorice la divulgación en un procedimiento ante un árbitro o panel de arbitraje.
16. Se me permite comunicarme con usted, sin su autorización previa, para brindarle recordatorios de citas o información sobre beneficios y servicios alternativos relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
17. Si se requiere o permite la divulgación a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por ley, divulgaré su PHI cuando la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. lo requiera para investigar o evaluar mi cumplimiento de las normas HIPAA.
18. Si la divulgación es requerida específicamente por la ley.

C. Ciertos usos y divulgaciones requieren que tenga la oportunidad de objetar

Divulgaciones a familiares, amigos o otras personas. Puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo o otra persona que usted indique que está involucrada en su cuidado o es responsable del pago médico, a menos que usted se oponga total o parcialmente. El consentimiento retroactivo se puede obtener en caso de situaciones de emergencia.

D. Otros usos y divulgaciones requieren su autorización previa por escrito

En cualquier otra situación no mencionada en las Secciones IIIA, IIIB y IIIC, solicitaré su autorización por escrito antes de divulgar su PHI. Incluso si ha firmado una autorización para divulgar su PHI, puede luego revocar esa autorización, por escrito, para detener cualquier uso y divulgación futura (suponiendo que no haya tomado cualquier acción posterior a la autorización original) de su PHI.

IV. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI

A. Derecho a inspeccionar y copiar. Su tratamiento se documenta de dos maneras. La historia clínica incluye su evaluación de admisión, fechas de sesiones de terapia, diagnósticos, objetivos terapéuticos, plan de tratamiento, notas de progreso, e informes a su compañía de seguros. Algunos proveedores guardan notas de psicoterapia para documentar conversaciones de terapia de contenido. Se mantienen separados de su expediente clínico para asegurar privacidad y seguridad.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su expediente clínico. Es mejor ver su expediente clínico durante una consulta profesional, que por su cuenta, para aclarar cualquier duda que pueda tener en el momento. Se cobrará una tarifa por obtener y fotocopiar su expediente. Las notas de psicoterapia no se divulgan a otras personas, HMO, compañías de seguros, agencias de facturación o pacientes. Las notas son solo para uso del profesional tratante en el seguimiento de los muchos detalles de las consultas que son demasiado específicas para ser incluidas en el expediente clínico.

B. El Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar que limite la forma en que uso y divulgo su PHI. Estas solicitudes deben ser por escrito. No estoy legalmente obligado a aceptar la solicitud y no puedo aceptar limitar los usos o divulgaciones requeridas por ley. No usaré ni divulgaré su información de salud protegida para ningún propósito que no sea para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otras excepciones especificadas en este aviso.

C. Derecho a elegir cómo le envío su PHI. Tiene derecho a solicitar y recibir información confidencial por medios y lugares alternativos. Por ejemplo, cuando me comunico con usted sobre citas o facturación, es posible que desee que le envíe su PHI al trabajo en lugar de a su casa o por correo electrónico en lugar del correo postal. Intentaré acomodar todas las solicitudes razonables.

D. Derecho a la Rendición de Cuentas de las Divulgaciones a medios Terceros. Tiene derecho a una lista de divulgaciones de su PHI que he hecho. Esto se aplica a divulgaciones distintas a las realizadas para tratamiento, pago o atención médica. Lo más probable es que esta al tanto de tales divulgaciones, ya que firmara formularios de consentimiento. Una solicitud para esta lista debe ser presentada a mí por escrito. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser mayor de 6 años y que no incluya fechas antes de que comenzara sus servicios. Responderé a su solicitud de una contabilidad de divulgaciones dentro de 60 días.

E. Derecho a Modificar. Si cree que hay un error en su expediente clínico, puede presentar una solicitud de corrección. Si la información es precisa, o si ha sido proporcionada por un medio tercero, como un terapeuta anterior o médico, la solicitud puede ser negada. En este caso, recibirá una explicación por escrito de mi parte. También tiene derecho a agregar a su expediente clínico si cree que está incompleto. Recibirá una respuesta dentro de 60 días de haber recibido su solicitud.

F. Derecho a una copia de este aviso. Tiene derecho a solicitar y recibir un correo electrónico o una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad. También se publicará una copia actualizada en mi sitio web.

G. Derecho a Presentar una Queja. Tiene derecho a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Debe hacerlo por escrito y puede dirigirlo directamente a mí o al Secretario del Departamento de Health and Human Services en 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201. No será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

Bajo 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, usted 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 ELEMENTOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.