

Rio Grande Counseling Center

Director: Diana Garza Louis, LPC-S, LMFT-S, RPT-S
314 E. Highland Mall Blvd Suite 252
Austin, TX 78752
512-560-7196
dgarzalouis@gmail.com

Bienvenido al Centro de Consejería de Río Grande Declaración de divulgación profesional para Diana Garza Louis

1. Cualificaciones y experiencia:

Mi nombre es Diana Garza Louis y recibí mi Maestría en Educación en Consejería y Orientación en la Universidad Estatal de Texas en San Marcos, Texas en 1983. Recibí mi Licenciatura en Psicología de la Universidad de Texas y asistí a la Universidad de las Américas en Puebla, México para la mayor parte de mis estudios universitarios. Mis credenciales son de Consejera Profesional en el estado de Texas, Terapeuta Matrimonial y Familiar, Terapeuta de Juego Registrada, y Consejera Nacional. Inicié mi carrera en entornos hospitalarios (hospitales y centros de tratamiento residencial) y abrí mi consultorio privado en 1984. Soy especialista en trabajar con niños y familias, terapia de juego, pacientes de habla hispana y tratamiento de abuso sexual para víctimas y niños con problemas de comportamiento sexual. Recibí mi credencial de supervisora para consejeros profesionales y terapeutas matrimoniales y familiares y superviso a los candidatos para estas credenciales desde 1997 y también soy supervisora de candidatos para terapeutas de juego registrados. A la vez recibí mi certificado en EMDR y certificado en Competencia Cultural.

2. Perspectiva teórica

Mi enfoque es multimodal e integrado, principalmente utilizando modelos centrados en la persona, sistemas, cognitivo conductual, centrados emocionalmente, centrados en el trauma y de alianzas terapéuticas. Con los niños, mi enfoque es la terapia de juego centrada en el niño utilizando modelos directivos y no directivos para abordar las necesidades del niño.

El uso de diferentes modalidades de tratamiento me ayuda a centrarme en el paciente y sus necesidades, lo que me permite estar presente y comprender el impacto que los sistemas tienen en el entorno del paciente. En terapia, abordamos el cambio de comportamiento, aumentamos las habilidades de afrontamiento, y atendemos traumas pasados. Mejorar la calidad de vida y las conexiones relacionales son parte del cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Abogo por una relación terapéutica respetuosa y culturalmente sensible.

3. Duración del tratamiento

Se sugieren sesiones de asesoramiento a corto plazo y se vuelven a evaluar a intervalos de 6 sesiones. Los pacientes pueden ser referidos según sea necesario para el tratamiento a largo plazo o necesidades de tratamiento específicas.

Las evaluaciones de inmigración generalmente se programan para tres sesiones en total de (o una sesión de dos a tres horas. Se realizará una entrevista, y le pediré al paciente que complete algunos cuestionarios. Revisaré esas respuestas y escribiré una carta de apoyo generalmente dentro de los 10 días posteriores a la última sesión.

4. Consideraciones legales y éticas:

Se alienta a los pacientes a expresar cualquier inquietud con respecto a su tratamiento terapéutico para que cualquier incomodidad o desacuerdo pueda resolverse de manera adecuada. Si el paciente no está satisfecho con sus servicios, las referencias se harán con alguien que pueda satisfacer sus necesidades de manera más apropiada.

Si siente que el terapeuta asignado (o la Sra. Garza Louis) ha sido abusivo, negligente, o ha cometido una violación ética, se puede dirigir a Diana Garza Louis como directora del Centro de Consejería Rio Grande y puede presentar una queja ante la siguiente mesa directiva estatal.

Consejo Ejecutivo de Salud del Comportamiento de Texas

Texas Behavioral Health Executive Council
George H.W. Bush State Office Building
1801 Congress Ave., Ste. 7.300
Austin, Texas 78701
(512) 305-7700
www.bhec.texas.gov

ACUERDO PARA TRATAMIENTO TERAPÉUTICO

Por favor indique con sus iniciales que leyó la información en el espacio a la izquierda de cada párrafo.

_____ **La psicoterapia** no es una ciencia exacta, así que no hay garantías en cuanto a los resultados de este servicio. En su evaluación, se le pedirá examinar problemas o temas que le causan ansiedad o incomodidad emocional a Ud. o a su familia, por los procesos de inmigración en que se encuentra. Si se le es muy incómodo, indíquelo a su terapeuta.

_____ **Participación:** En acudir a este centro, estoy de acuerdo en recibir un asesoramiento en el centro Río Grande Counseling Center para una evaluación recomendada por mi abogado. Comprendo que esta evaluación en este centro es voluntaria. Comprendo que otros programas u otros servicios pueden ser recomendados si los servicios que yo requiero no se ofrecen en este centro.

_____ **Confidencia:** Comprendo que la confidencia está limitada en casos de abuso a niños o ancianos según las leyes del Estado de Texas y el "Texas Family Code" y que cualquier caso de abuso a niños o ancianos, ya sea actual o sospechado se tiene que reportar a las autoridades civiles y criminales. A la vez comprendo que si estoy en peligro de lastimarme mí mismo o de causar daño a otros, mi terapeuta necesita reportar este riesgo a las autoridades apropiadas y recomendarme a un tratamiento especializado para esta condición. Entiendo que la información médica privada (PHI) se puede compartir con otras personas, incluyendo a mi abogado, el tribunal en mi caso y en caso de otros procedimientos judiciales.

_____ Si me encuentro con alguna persona que yo conozco en este centro, estoy de acuerdo en mantener la confidencia y no mencionarlo a otras personas para respetar la privacidad de esa persona, así como para mantener mi privacidad.

_____ **Comunicación:** Estoy de acuerdo en tener comunicación con mi terapeuta por medio de (indique sus datos para comunicarse en los siguientes medios):

- Teléfono: _____
- Texto: _____
- Correo electrónico: _____

_____ **HIPAA:** He recibido información sobre mis derechos a la privacidad de la información médica según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que tengo derecho a solicitar copias de mis archivos con una solicitud por escrito, pero que mi terapeuta no está obligado a proporcionar notas del caso como parte de esta solicitud. Se puede proporcionar un resumen de los servicios en lugar de los archivos originales.

_____ **Cancelaciones:** Estoy de acuerdo en participar y cumplir con las citas que se me hagan para mi evaluación y de llamar por avanzado si necesito cancelar mi cita. Si no llamo 24 horas por adelantado, comprendo que **se me cobrará la cuota completa** por los servicios.

Comprendo que si se regresa un cheque sin fondos, se me cobrará el cheque en efectivo más una cuota de \$35.00 dlls.

_____ **Procedimientos judiciales:** Entiendo que, si mi caso requiere algún servicio debido a procedimientos judiciales, puede incluir el contacto con partes colaterales / abogados, etc., revisión o copias de registros, declaraciones, preparación para el tribunal, comparecencia ante el tribunal o cualquier otro servicio relacionado, se me pedirá que proporcione un anticipo para cubrir los costos de estos servicios.

_____ **Decreto de divorcio:** Entiendo que, si estoy separado o divorciado, y mi hijo recibe servicios del Rio Grande Counseling Center, debo proporcionar una copia de mi decreto de divorcio y cualquier acuerdo / orden de visita y custodia actual con respecto a mi hijo.

Control y custodia de los registros de los clientes: El Consejo Ejecutivo de Salud del Comportamiento de Texas requiere información sobre el control y la custodia de los registros de los clientes. En el caso de que los registros de los clientes estén bajo el control o la custodia del Centro de Consejería de Río Grande, y la Sra. Garza-Louis haya fallecido, esté incapacitada o termine su práctica, la información sobre la solicitud de registros se publicará en el sitio de Internet del Centro de Consejería de Río Grande en <http://www.RioGrandeCounselingCenter.com>.

Costo: Comprendo que el pago se cobra al tener mi cita. El costo de los servicios son:

Evaluación Inicial / Admisión	\$125.00/HR.
Terapia Individual o Familiar	\$125.00/HR.
Terapia de grupo	\$50.00/ grupo
Testimonio en el tribunal (Llamadas, registros, preparación)	\$200.00 /HR.
Evaluación/Pruebas	\$100.00 - \$1,500.00
Evaluación de Inmigración	\$700.00 – Evaluación de 1 a 3 sesiones y carta de apoyo, (más \$125/HR. según sea necesario)

_____ Yo pagaré mis cuotas

_____ Mis cuotas serán pagadas por una agencia o por convenio profesional con _____

_____ He sido aprobado por el programa de compensación a víctimas. Mi número es # VC _____

_____ **Consultas y entrenamiento:** Comprendo que los terapeutas en este centro trabajan en equipo y que mi caso puede ser revisado por otros profesionistas o consultores. Comprendo que los terapeutas del centro son profesionales que consultan con otros y entrenan a estudiantes y otros profesionales y que mi caso puede ser utilizado como ejemplo para la enseñanza de otros profesionales. Comprendo que mi caso siempre será tratado con confidencia y mi información personal e identidad siempre será confidencial.

Consentimiento para la divulgación de audio, video y trabajos de arte y escritos: Doy mi consentimiento para que Rio Grande Counseling Center muestre productos de trabajo de mi tratamiento, como obras de arte, video, audio, escritos u otras formas de medios como muestras de mi trabajo en tratamiento. Estos productos pueden mostrarse en diversos medios, como sitios web de Internet, boletines informativos, diapositivas en capacitación u otros medios de visualización a otros profesionales en formación para los servicios de salud mental.

Comprendo que todos los productos de mi trabajo en mi terapia serán de-identificados y serán mantenidos como anónimos.

_____ **Sí.** Doy mi consentimiento para compartir mis trabajos en mi terapia en audio, video, arte o escritos.

_____ **No.** No doy mi consentimiento para compartir mis trabajos en mi terapia en audio, video, arte o escritos.

Quejas: Comprendo que si no estoy satisfecho/a con los servicios de este centro y si tomo acción legal contra Río Grande Counseling Center, sus agentes, terapeutas, asociados, estudiantes, o empleados, y si ellos ganan en esa acción, yo estoy de acuerdo en pagar todos los costos involucrados en defender esa acción legal, incluyendo, pero no limitado a gastos de abogados, tiempo perdido de trabajo, citas canceladas y viáticos.

Si creo que el terapeuta que ha sido asignado a mí es abusivo, negligente o ha cometido alguna falta ética, puedo hacer una queja con las siguientes mesas directivas, según la credencial de mi terapeuta:

Texas Behavioral Health Executive Council
George H.W. Bush State Office Building
1801 Congress Ave., Ste. 7.300
Austin, Texas 78701
(512) 305-7700
www.bhec.texas.gov

Investigacioness/Quejas 24-hour llamada gratuita (800) 821-3205

Nombre _____

Firma _____

Terapeuta _____

Fecha _____

Fecha _____

Rio Grande Counseling Center

Diana Garza Louis, LPC-S, LMFT-S, RPT-S
314 E. Highland Mall Blvd. Suite 252
Austin, TX 78752
(512) 560-7196
RioGrandeCounselingCenter.com
dgarzalouis@gmail.com

Presupuesto de buena fe (Ley sin sorpresas)

Usted tiene derecho, según la ley, a recibir un presupuesto de buena fe que explique cuánto costarán sus servicios en el centro Rio Grande Counseling Center.

Diana Garza Louis no es una proveedora de seguros de salud, por lo tanto, este es un presupuesto de buena fe con respecto al costo de los servicios que no son de emergencia que recibirá en Rio Grande Counseling Center.

Si recibe una factura que es al menos \$400.00 más que su presupuesto de buena fe puede disputar la factura.

Guarde una copia o foto de su presupuesto de buena fe.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre su derecho a un presupuesto de buena fe, visite

www.cms.gov/nosurprises.

Fecha del presupuesto de buena fe: _____.

Si usted decide solicitar servicios de psicoterapia para usted o para su familia, ofrezco los siguientes servicios

Servicio	Código CPT	Costo
Evaluación inicial \$125.00 por hora	90846	Por determinar
Psicoterapia individual o familiar \$125.00 por hora	Terapia individual – 90837 o Terapia familiar – 90847	Por determinar
Terapia de grupo	\$50.00 por hora	Por determinar
Testimonio en la corte (llamadas, documentación, preparación)	\$200.00 por hora	Por determinar
Evaluación/Pruebas	\$100.00 – \$1500.00	Por determinar

psicoterapéuticos. Decidiremos qué necesidades tiene y le proporcionaré un presupuesto para estos servicios.

Si tiene preguntas o dudas sobre esta estimación, comuníquese conmigo al correo dgarzalouis@gmail.com o al 512-560-7196.

Número NPI: 1124026364

Firma del cliente _____

Fecha: _____

Diana Garza Louis _____

Psicoterapia asistida por tecnología

El propósito de este documento es informarle sobre los diferentes aspectos de los servicios de asesoramiento en línea y los riesgos y beneficios, salvaguardas y alternativas a estos servicios.

La Psicoterapia Asistida por Tecnología en el estado de Texas (EE. UU.), se rige por las leyes del estado. Los proveedores de servicios psicoterapéuticos operarán bajo los mismos estándares éticos de los profesionales médicos, ya sea que realicen terapia en línea o en persona. Las regulaciones estatales requieren que los psicoterapeutas brinden servicios en un estado en el que tengan una licencia vigente y válida. Diana Garza Louis ha cumplido con el requisito de licencia de Terapia Matrimonial y Familiar de al menos 8 horas de capacitación en servicios de salud mental asistidos por tecnología. (Regla 801.58 del código de la Administración de Texas para Terapia Matrimonial y Familiar con Licencia).

La psicoterapia asistida por tecnología se proporciona por teléfono o videoconferencia para facilitar los contactos entre el paciente y el terapeuta. El teléfono y la videoconferencia se pueden utilizar para proporcionar psicoterapia asistida por tecnología, incluida la psicoterapia individual y grupal.

La psicoterapia asistida por tecnología será proporcionada por servicios de aplicación de programas de terceros, como el sitio web Site 5, Google Suite (Google Meet), Zoom, What'sAPP, Facebook Messenger, Skype y otros servicios. Estos servicios son modos de comunicación compatibles con HIPAA* que incluyen SSL (Secure Sockets Layer) y cifrado proporcionado por servicios de terceros para ayudar en el cumplimiento de HIPAA para mantener la confidencialidad del intercambio de información.

Los riesgos potenciales en el uso de la psicoterapia asistida por tecnología pueden incluir dificultad con la comunicación debido a violaciones de tecnología, seguridad o privacidad poco confiables o fallas debido a piratería imprevista y desconocida u otra invasión tecnológica fuera del control del proveedor de tratamiento, dificultad para navegar usando la tecnología y dificultad para el proveedor de tratamiento para "leer" expresiones u otras señales visuales que pueden indicar incomodidad u otros gestos no verbales..

Para garantizar que los servicios se brinden al paciente apropiado, el paciente proporcionará una identificación, como una identificación con foto con su nombre y dirección.

El proveedor de servicios proporcionará al paciente una copia de una credencial de licencia profesional para garantizar al cliente su estado profesional.

Las ventajas de la psicoterapia asistida por tecnología incluyen la conveniencia de programar citas con menos restricciones de viaje y tiempo y la conveniencia de los servicios en el hogar para el paciente y el terapeuta.

En caso de fallo de la tecnología, el paciente y el supervisor intentarán los siguientes pasos:

- 1) Desconecte y vuelva a conectarse utilizando la misma aplicación del programa.
- 2) Desconectarse y cambiar a otra aplicación del programa mutuamente acordada para ambas partes de antemano.
- 3) Restablecer el contacto por teléfono al 512-560-7196 o por correo electrónico a garzalouis@gmail.com
- 4) Vuelva a programar una cita.

Su terapeuta ha cumplido con el requisito de licencia de Terapeuta Matrimonial y Familiar de al menos 8 horas de capacitación en servicios de salud mental asistidos por tecnología. (Regla 801.58 del código de la Administración de Texas para la credencial de Terapia Matrimonial y Familiar).

Rio Grande Counseling Center no recopila ninguna información personal o información de seguimiento, excepto para programar, facturar y proporcionar servicios de psicoterapia. El proveedor de tratamiento mantiene registros de tratamiento electrónicamente que están protegidos por contraseña, registros privados y confidenciales.

Yo, (nombre del paciente _____) estoy de acuerdo en usar la Psicoterapia Asistida por Tecnología como una alternativa a los servicios en persona y entiendo las ventajas y desventajas y riesgos asociados con la Psicoterapia Asistida por Tecnología.

Firma del paciente

Fecha

Nombre

Terapeuta

Historial Personal Adulto

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

ZP _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico _____

Empleo: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Quién lo remitió? _____

____ Casado/a ____ Soltera/o ____ Divorciado/a ____ Separada/o ____ Viuda/a ____ # Dependentes
Nombre de su pareja/esposo/a: _____ Teléfono: _____

Nombre de sus hijos: _____ Edad: _____

Nombre de sus hijos: _____ Edad: _____

Nombre de sus hijos: _____ Edad: _____

¿Usa de drogas o alcohol? ____ Si ____ No ¿Cuánto consume en una semana? _____

¿Ha recibido tratamiento para alcohol o drogas? ____ Si ____ No ____ AA ____ NA ____

Otro: _____

¿Toma alguna medicina? ____ Si ____ No ¿Qué? _____

¿Está bajo tratamiento médico? ____ Si ____ No Nombre del médico: _____

¿A quién debemos llamar en caso de emergencia?: _____

Teléfono: _____

Historial de desarrollo: (Por favor anote cualquier incapacidad, dificultad del desarrollo incluyendo abuso, abuso sexual, alcoholismo en la familia, violencia, problemas en el hogar)

Problemas familiares: _____

Historial Adulto pág. 2

Problemas en el trabajo: _____

¿Cómo se lleva en la relación con su: (bien, mal, conflictos)

Madre: _____

Padre: _____

Hermanos: _____

Hijos: _____

Amistades: _____

Pareja/Esposo/a: _____

Información sobre matrimonios previos: _____

Comentarios: _____

Rio Grande Counseling Center

Diana Garza Louis, LPC-S, LMFT-S, RPT-S
314 E. Highland Mall BLVD. Ste 252
Austin, TX 78752
512-560-7196
dgarzalouis@gmail.com

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____

Nombre del niño si se refiere a mi hijo/a _____.

Yo, _____ autorizo al centro Rio Grande Counseling Center y sus agentes o representantes, a divulgar y adquirir información con los siguientes:

Terapeuta previo _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Médico _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Psiquiatra: _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Escuela: _____

Maestro o consejera/o _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Trabajo: _____

Supervisor _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Hospital _____

Correo Electrónico _____

Teléfono # _____

Servicios de Protección a Niño

Trabajadora Social _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Tribunal/Corte Distrito _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Abogado _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

Otro _____

Teléfono # _____

Correo Electrónico _____

El propósito de este comunicado es coordinar la información y/u obtener los documentos necesarios. Entiendo que esta información será utilizada de manera confidencial. También entiendo que mi terapeuta cumplirá con

todas las leyes del Estado de Texas con respecto al abuso y negligencia infantil e informará cualquier incidente de abuso infantil que pueda revelar. También entiendo que cualquier amenaza de suicidio o violencia puede ser reportada a las autoridades apropiadas si mi terapeuta lo considera necesario.

Este consentimiento es válido por un año después de la terminación de los servicios a menos que se revoque lo contrario.

Comentarios: _____

Firma del paciente

Fecha

Terapeuta

Rio Grande Counseling Center

Diana Garza Louis, LPC-S, LMFT-S, RPT-S
314 E. Highland Mall BLVD. Ste 252
Austin, TX 78752
512-560-7196
dgarzalouis@gmail.com

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DE HIPAA DEL CENTRO RÍO GRANDE COUNSELING CENTER

Los administradores del centro de terapia Río Grande Counseling Center (RGCC) comprendemos que la privacidad sobre su información personal es importante.

Este tríptico describe cómo información médica sobre Ud. puede ser difundida, cómo puede acceder su información, y las medidas que se toman para proteger su información. Todas las referencias sobre RGCC se refieren a los administradores del centro. Por favor revise este anuncio cuidadosamente.

EL USO Y DIFUSIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

El centro RGCC puede usar su información médica para procesar pagos por sus servicios, y para funcionar administrativamente. El centro RGCC tiene reglamentos para asegurar contra divulgada su información médica cuando no sea necesario. Para el propósito de este anuncio, la información médica se refiere a cualquier información médica protegida por medio de las reglas de privacidad de la simplificación administrativa de las leyes de traslado y contabilidad de seguro médico del año 1996 (HIPAA).

EL SIGUIENTE ES UN RESUMEN DE LAS CIRCUNSTANCIAS Y PROPÓSITOS EN LOS CUALES SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA O DIVULGADA:

Para obtener pagos por servicios. El centro RGCC puede usar su información médica para obtener pagos o cobrar por servicios por medio de terceros partidos como son seguros médicos. Por ejemplo, el centro RGCC puede divulgar su información médica a seguros médicos para coordinar el pago de servicios obtenidos en nuestro centro.

El derecho de recibir comunicaciones confidenciales Para guardar la confidencia de su información médica, Ud. puede pedir al centro RGCC se comunique de una manera específica o en un sitio específico. A la vez, por ejemplo, puede pedir que toda su información médica se mande por correo a dirección de su trabajo en lugar de su hogar. Si desea recibir comunicación confidencial, por favor solicítela por escrito. El centro RGCC intentará complacer su solicitud siendo justo y cuando sea posible.

El derecho de revisar y copiar su información médica. Tiene el derecho de revisar y copiar su información médica. Si pide una copia de su información médica el centro RGCC puede cobrar una cuota justa para copiar, organizar y enviar, lo relacionado a su solicitud.

El derecho de corregir su información médica. Si Ud. cree que su información médica está incorrecta o deficiente, puede pedir que el centro RGCC rectifique su archivo. Esta información se puede solicitar siempre y cuando el archivo se mantenga en el centro RGCC. El centro RGCC puede negar su petición si no incluye una razón para apoyar su solicitud. También se puede negar su petición si su información médica no originó en el centro RGCC, si la información que Ud. pide que se corrija no es parte de los archivos de RGCC, si la información médica que pide que se corrija cae en una excepción a la información médica que Ud. puede revisar y copiar, o si el centro RGCC determina que los archivos de su información médica están correctos y completos.

El derecho de contabilidad Tiene el derecho de solicitar una lista de las personas a quienes el centro RGCC ha divulgado su información médica por cualquier otra razón que no fuera por su tratamiento, pagos, o administración de su caso. La solicitud debe indicar el periodo por el cual Ud. solicita esta información, pero no puede ser anterior al 14 de abril del año 2003. Solicitudes de contabilidad no pueden ser por un periodo mayor a 6 años. La primera solicitud de contabilidad durante un período de 12 meses se le será proporcionada por el centro RGCC sin costo alguno. Solicitudes adicionales pueden tener una cuota razonable. Si se le cobrará, el centro RGCC le indicará el costo por avanzado.

El derecho a una copia en papel de este aviso. Tiene el derecho de recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aunque ha recibido una copia de este aviso anteriormente, y si acordó recibir este aviso por un medio electrónico.

LOS DEBERES DEL CENTRO RGCC

El centro RGCC tiene requisito por medio de la ley a mantener su información médica privada según este aviso de sus deberes y prácticas de privacidad. El centro RGCC está obligado a seguir las reglas según este aviso, que puede ser modificado de vez en cuando. El centro RGCC reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y actualizar estas provisiones efectivas en toda la información médica que mantiene. Si el centro RGCC cambia su política y procedimientos, actualizará este aviso y le proveerá una copia de esta actualización dentro de 60 días del cambio. Tiene el derecho de expresar sus quejas al centro RGCC y a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, su Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido violados. El centro RGCC le recomienda expresar cualquier inquietud que tenga sobre la privacidad de su información médica. No tendrá ninguna consecuencia si Ud. registra una queja.

INFORMES

Para más información o explicación de este documento, comuníquese con el representante del centro RGCC al teléfono 512-560-719, o a la dirección 314 Highland Mall BLVD. Ste. 252, Austin, TX 78752.

FECHA VIGENTE

Este aviso es vigente el 14 de abril del año 2003.

Para la administración de asistencia médica El centro RGCC podrá divulgar información médica para la administración del centro y al ser necesario para proveer servicios. Administración de asistencia médica incluye actividades como:

- Manejo de su caso dentro del centro como son los profesionales, estudiantes, empleados, y otros representantes del centro.

- Supervisión de casos para consulta, recomendaciones y asistencia en proveer servicios a clientes.

- Capacitación profesional y para estudiantes dentro del centro. Al revisar casos, la identificación personal de la información es totalmente confidencial, pero presentación de casos puede incluir información médica general.

Si se requiere legalmente. El centro RGCC divulgará su información médica al ser requerido por ley federal, del estado o local.

En todos casos de abuso de niños Según el código de familia del estado de Texas, todo abuso a niños tiene que ser reportado a las autoridades apropiadas.

Peligro a sí mismo o a otros Si Ud. o alguien a quien conocido del centro RGCC está en peligro de lastimarse a sí mismo o a otros, esta información debe ser reportado a las autoridades apropiadas o ser dirigido a tratamiento especializado por esta condición.

Para conducir actividades de auditoría sobre su salud. El centro RGCC puede divulgar su información médica a alguna agencia de auditoría para actividades autorizadas incluyendo auditoría, investigaciones administrativas civiles o criminales, inspecciones, o alguna acción debida a permisos o cédulas o disciplina profesional. El centro RGCC no puede divulgar su información médica su Ud. es sujeto de una investigación y la investigación no es debido a o directamente relacionada al recibir servicios médicos o servicios públicos.

Para procedimientos judiciales y administrativos.

Según sea permitido o requerido por la ley del estado, el centro RGCC puede divulgar su información médica por medio de un procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden judicial o tribunal administrativo según la Rio Grande Counseling Center Austin, TX, Riograndecounselingcenter.com 512-560-7196

autorización de tal orden o respuesta a una citación petición de descubrimiento u otro proceso legal, pero sólo cuando el centro RGCC hace intentos razonables para notificarle sobre esa petición u obtiene una orden de protección para su información médica.

Para propósitos de ejecución de la ley según sea permitido o recurrido por la ley del estado, el centro RGCC puede divulgar su información médica a un oficial legal para ciertos propósitos de la ejecución de la ley, incluyendo, pero no limitado si el centro RGCC sospecha que su muerte fue por resultado de conducta criminal o en un reporte de emergencia para reportar un crimen.

Por medio de peligro a su salud o su seguridad

El centro RGCC seguir las leyes y ética de conducta profesional, puede divulgar su información médica si el centro RGCC, considera que el divulgar de esta información es necesaria para prevenir o reducir el peligro o la seriedad de su salud y de su seguridad o la salud o seguridad del público.

Por funciones específicas del gobierno. En ciertas circunstancias, las reglas federales requieren que el Centro RGCC use o divulga su información médica para suministrar funciones específicas del gobierno relacionada a la militar, a veteranos, a la seguridad nacional y actividades de inteligencia, para proteger servicios al presidente o a otros y a instituciones penales y de reos.

Para compensación para trabajadores El centro RGCC puede divulgar lo necesario sobre su información médica para complacer con las leyes relacionadas con el programa de compensación de trabajadores u otros programas similares.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Aparte de lo mencionado arriba, el centro RGCC no divulgará su información médica sin su autorización por escrito. Si autoriza al centro RGCC a usar o divulgar su información médica, puede anular esta autorización por escrito en cualquier momento.

SUS DERECHOS EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

El centro RGCC conservará los siguientes derechos en cuanto a su información médica:

El derecho de pedir restricciones Puede pedir restricciones en ciertos usos o en divulgar su información médica. Tiene el derecho de limitar al centro RGCC el divulgar su información médica a personas involucradas en el pago de los servicios de su atención médica.

No obstante, el centro RGCC no está obligado a acordar con su solicitud.

He recibido una copia de mis derechos según HIPAA del centro Río Grande Counseling Center

Firma del paciente

Fecha