



Island Therapy Collective LLC
San Germán, PR 00683

jrobledo@islandtherapycollective.com

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO
Este aviso entra en vigor el 13 de abril de 2025.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE.

I. NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Entendemos que la información sobre su salud y la atención médica que recibe es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Creamos un expediente de la atención y los servicios que usted recibe con nosotros. Necesitamos este expediente para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los registros generados por esta práctica de salud mental. En este aviso le explicaremos cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud. También describimos sus derechos sobre dicha información y nuestras obligaciones legales relacionadas con su privacidad.

Estamos obligados por ley a:

- Asegurar que la información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) que lo identifica sea mantenida de manera confidencial.
- Entregarle este aviso sobre nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con su información de salud.
- Cumplir con los términos del aviso vigente.

Podemos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio aplicará a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.



II. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD:

A continuación, se describen las diferentes maneras en las que podemos usar y divulgar su información de salud. No todas las situaciones estarán numeradas, pero todas caen dentro de las categorías permitidas por ley.

Para tratamiento, pago o actividades administrativas:

Las leyes federales de privacidad permiten que los proveedores de atención médica utilicen o divulguen su PHI sin su autorización escrita para fines relacionados con su tratamiento, el procesamiento de pagos o la administración de servicios. Esto incluye coordinación entre proveedores, consultas, o referidos. Por ejemplo, un clínico puede consultar con otro profesional sobre su condición.

Las divulgaciones relacionadas al tratamiento no están sujetas al estándar de “mínimo necesario”, ya que se puede requerir acceso completo para garantizar una atención de calidad.

Asociados de negocios:

Podemos compartir su PHI con terceros que nos brinden servicios, como facturación, soporte administrativo o servicios tecnológicos. Estos asociados están legalmente obligados mediante contrato a proteger su información conforme a HIPAA.

Demandas y disputas legales:

Si está involucrado en un proceso legal, podemos divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, luego de tomar medidas razonables para informarle o proteger su privacidad.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Notas de psicoterapia:

Mantenemos "notas de psicoterapia" como se definen en 45 CFR § 164.501. Cualquier uso o divulgación de estas notas requiere su autorización, salvo que se utilicen para:

- Su tratamiento.
- Capacitación o supervisión de profesionales clínicos.
- Defendernos en procedimientos legales iniciados por usted.
- Investigaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).
- Cumplimiento con leyes aplicables.
- Actividades de supervisión de salud.
- Investigaciones forenses.
- Prevenir amenazas graves a la salud o seguridad.

Mercadeo y venta de PHI:

No utilizaremos ni divulgaremos su PHI con fines de mercadeo ni la vendemos.



IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Podemos usar o divulgar su PHI sin su autorización en las siguientes situaciones:

- Cuando lo exija la ley federal o estatal.
- Para actividades de salud pública, incluyendo el reporte de abuso o amenazas serias a la seguridad.
- Para auditorías o investigaciones de agencias de supervisión de salud.
- En procedimientos judiciales o administrativos.
- Para propósitos de cumplimiento de la ley.
- A médicos forenses o examinadores médicos.
- Para investigaciones científicas (con salvaguardas).
- Para funciones gubernamentales especializadas.
- Para cumplir con las leyes de compensación laboral.
- Para recordatorios de citas o informar sobre beneficios y servicios relacionados con la salud.

Notificación de violaciones (breach):

Si ocurre una violación de su PHI no protegida, le notificaremos sin demora indebida y a más tardar 60 días después de haberla identificado.

V. DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU OPORTUNIDAD PARA OPONERSE:

Podemos compartir su PHI con familiares, amistades u otras personas involucradas en su atención o en el pago de la misma, a menos que usted se oponga. En situaciones de emergencia, esta oposición puede recogerse posteriormente.

VI. USTED TIENE LOS SIGUIENTES DERECHOS RESPECTO A SU PHI:

- **Solicitar límites en el uso y divulgación:** Puede solicitar restricciones, aunque no estamos obligados a aceptarlas.
- **Restringir ciertas divulgaciones:** Puede restringir divulgaciones a planes médicos si usted pagó el servicio en su totalidad de forma privada.
- **Comunicación confidencial:** Puede solicitar que lo contacten de cierta manera (por ejemplo, solo al celular o por correo a una dirección específica).
- **Acceder a su expediente:** Puede solicitar una copia o resumen de su expediente (excepto notas de psicoterapia). Le responderemos dentro de 30 días. Puede aplicarse un cargo razonable.
- **Listado de divulgaciones:** Puede pedir un listado de divulgaciones hechas en los últimos seis años, salvo las relacionadas a tratamiento, pago u operaciones.
- **Corregir su información:** Si considera que su información es incorrecta o incompleta, puede solicitar una corrección. Le responderemos por escrito en un plazo de 60 días.



- Copia física o electrónica del aviso: Puede solicitar este aviso en formato físico o electrónico en cualquier momento.

Presentar una queja:

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). No enfrentará represalias por presentar una queja.

Oficina de Derechos Civiles de HHS:

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

VII. SEGURIDAD DE LA COMUNICACIÓN:

Podemos comunicarnos con usted por teléfono o correo electrónico, pero tenga en cuenta que el correo electrónico estándar no siempre es seguro. Si solicita comunicación por correo electrónico, tomaremos medidas razonables para proteger su información. También puede solicitar métodos de comunicación alternativos o encriptados.

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Bajo HIPAA, usted tiene ciertos derechos respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida. Al marcar la casilla o firmar a continuación, usted reconoce haber recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTOY DE ACUERDO EN QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.



Island Therapy Collective LLC
San Germán, PR 00683
jrobledo@islandtherapycollective.com

EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE
This notice went into effect on April 13, 2025

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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

I. MY PLEDGE REGARDING HEALTH INFORMATION:

We understand that health information about you and your health care is personal. We are committed to protecting health information about you. We create a record of the care and services you receive from us. We 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 we may use and disclose health information about you. We also describe your rights to the health information we keep about you, and describe certain obligations we have regarding the use and disclosure of your health information.

We are required by law to:

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

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

II. HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU:

The following categories describe different ways that we use and disclose health information. For each category of uses or disclosures we will explain what we mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

**For Treatment, Payment, or Health Care Operations:**

Federal privacy rules allow health care providers who have a direct treatment relationship with you to use or disclose your PHI without your written authorization to carry out treatment, payment, or health care operations. This includes coordination with other providers, consultation, or referral. For example, a clinician may consult with another licensed provider about your condition.

Disclosures for treatment purposes are not subject to the minimum necessary standard as providers may require full access to ensure quality care.

Business Associates:

We may share your PHI with third-party service providers (known as Business Associates) who perform functions such as billing, administrative support, or technology services. These associates are legally bound by a contract to protect your health information in accordance with HIPAA regulations.

Lawsuits and Disputes:

If you are involved in a lawsuit, we may disclose health information in response to a court or administrative order. We may also disclose health information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process if efforts have been made to inform you or to secure a protective order.

III. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:**Psychotherapy Notes:**

We do keep "psychotherapy notes" as defined in 45 CFR § 164.501. Any use or disclosure of such notes requires your Authorization unless:

- Used in your treatment.
- Used for training/supervision of clinicians.
- Used to defend against legal action initiated by you.
- Required by HHS for HIPAA compliance.
- Required by law.
- Required by health oversight activities.
- Required by a coroner.
- To prevent serious threats to health or safety.

Marketing and Sale of PHI:

We do not use or disclose your PHI for marketing purposes or sell your PHI.



IV. CERTAIN USES AND DISCLOSURES DO NOT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:

We can use and disclose your PHI without your Authorization for the following:

- When required by federal or state law.
- For public health activities including reporting abuse or serious threats to safety.
- For health oversight including audits and investigations.
- For judicial and administrative proceedings.
- For law enforcement purposes.
- To coroners or medical examiners.
- For research purposes (with safeguards).
- For specialized government functions.
- For workers' compensation.
- For appointment reminders or health-related benefits and services.

Breach Notification:

In the event of a breach of your unsecured PHI, We will notify you without unreasonable delay and no later than 60 days after discovering the breach.

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

We may disclose your PHI to a family member, friend, or other person involved in your care or payment for your care, unless you object. In emergencies, consent may be obtained retroactively.

VI. YOU HAVE THE FOLLOWING RIGHTS WITH RESPECT TO YOUR PHI:

- **Request Limits on Uses and Disclosures:** You may request restrictions, though we are not required to agree.
- **Restrict Certain Disclosures:** You can restrict disclosures to health plans if you've paid out-of-pocket in full.
- **Confidential Communications:** You may request how and where we contact you.
- **Access Your Records:** You may request a copy or summary of your records (except psychotherapy notes) within 30 days. A reasonable fee may apply.
- **Accounting of Disclosures:** You can request a list of disclosures made in the last six years, excluding those made for treatment, payment, and operations.
- **Amend Your Records:** You may request correction of inaccurate or incomplete information. We will respond in writing within 60 days.
- **Paper or Electronic Copy of This Notice:** You may request this notice in paper or electronic format at any time.



File a Complaint:

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services. You will not face retaliation.

HHS Office for Civil Rights:

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

VII. COMMUNICATION SECURITY:

While we may communicate with you by email or phone, please note that standard email is not always secure. If you request email communication, I will take reasonable steps to protect your information. You may also request encrypted or alternative communication methods.

VIII. LANGUAGE ACCESS:

A Spanish-language version of this notice is available upon request to ensure accessibility for Spanish-speaking clients.

Acknowledgment of Receipt of Privacy Notice

Under HIPAA, you have certain rights regarding the use and disclosure of your protected health information. By checking the box or signing below, you acknowledge that you have received a copy of this 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.