

Rock Bridge Psychological Associates, LLC

5440 Lawrenceville Hwy.
Lilburn, Georgia 30047-5927
Tel: 770-925-7898 Fax: 770-925-7873
Website: RockBridgePsych.com

M. Carmen Santana, Ph.D.
Licensed Psychologist

Arlene Noriega, Ph.D.
Licensed Psychologist

ACUERDO DE SERVICIO PROFESIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

¡Bienvenidos a mi práctica!

Este documento contiene importante información sobre mis servicios profesionales. También describe las diferentes maneras en que se podría usar y revelar su información de salud protegida y además le informa cómo usted puede tener acceso a dicha información. Por favor, revísela cuidadosamente. El Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPPA por sus siglas en inglés) dirige a los proveedores del cuidado de salud, los pagadores, y a otros grupos del cuidado de salud, a desarrollar reglamentos y procedimientos para asegurar la seguridad, la integridad, la privacidad y la autenticidad de la información de salud, y además, a proteger el acceso y la revelación de esta información. El gobierno federal tiene reglas de privacidad que requieren que le proveamos a usted la información sobre la manera en que usaremos o revelaremos la información de salud que le identifica a usted. La Doctora tiene la obligación impuesta por el gobierno federal de proveerle a usted nuestra *Notificación de Prácticas de Privacidad*. Así mismo la ley requiere que al final de esta sesión yo obtenga su firma para hacer constancia de que yo le he ofrecido esta información. A pesar de que este documento es largo y su lectura a veces compleja es importante que lo lea con cuidado y lo discutamos durante nuestra próxima sesión. En cualquier momento podemos discutir lo que se expone en aquí. Cuando usted firme, este documento se convierte en un acuerdo entre nosotros. Este acuerdo puede ser revocado por escrito en cualquier momento. La revocación del acuerdo se hará inmediata a menos existan otras obligaciones pendientes con la compañía de seguro o usted no ha cumplido con alguna obligación financiera.

NUESTRA RESPONSABILIDAD HACIA SU PRIVACIDAD

La Doctora, como proveedora del cuidado de la salud, usa su información de salud confidencial y crea expedientes relacionados a esa información de salud para poder proveer a usted un cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Entendemos que esta información de salud es personal, y estamos dedicados a mantener sus derechos de privacidad de acuerdo a las leyes federales y estatales. Esta Notificación explica nuestros derechos y responsabilidades con relación al uso y la revelación de su información de salud, así como también sus derechos con respecto a su propia información.

Por ley, tenemos la responsabilidad de: (1) asegurarnos que su información de salud se mantenga de manera privada; (2) ofrecer a usted esta Notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud; y (3) cumplir con los términos de la Notificación que están en efecto en la actualidad.

Servicios Psicológicos

Los servicios psicológicos son variados y circunscriben consulta, evaluación y/o tratamiento. La consulta incluye información, opiniones y/o consejos que se le puedan dar sobre diferentes problemáticas psicológicas. Las evaluaciones se realizan con vistas a dar una opinión profesional sobre diversos aspectos psicológicos, los cuales pueden ser de diagnóstico clínico o cognoscitivo. El tratamiento finalmente se refiere a aquellos servicios que se le ofrecen para ayudar al cliente con sus problemas psicológicos y puede incluir psicoterapia (ver consentimiento para la psicoterapia) así como otras formas de tratamiento. Entiendo que el tratamiento psicológico es para ayudarme a mi o a mi hijo/a. El tratamiento psicológico a veces incluye la discusión de asuntos familiares, comportamientos, estados emocionales y relaciones interpersonales. Estas discusiones a veces pueden resultar difíciles

No existen garantías de que estos servicios psicológicos vayan a tener éxito. Los resultados finales generalmente requieren de la colaboración entre usted y el terapeuta. La Doctora junto con el cliente establecerá metas a lograr en el curso del tratamiento y en determinados momentos puede solicitar que se practiquen las nuevas técnicas aprendidas. Si usted tiene alguna duda sobre alguno de los procedimientos, debe discutirlos con la Doctora tan pronto como estas surjan. Si las dudas continúan la Doctora estará en la completa disposición de ayudarlo a coordinar una cita con otros profesionales de la salud mental para que usted pueda tener una segunda opinión.

VISITAS Y PAGOS

Las consultas generalmente toman entre 45 o 60 minutos. Se espera que usted pague por la consulta antes de comenzar la misma o inmediatamente después de ella (en efectivo o en cheque). Los cheques que sean devueltos se les añaden un cargo de \$15 por gastos administrativos así mismo como otros gastos operativos del banco. Esta consulta esta basada mayormente en el pago en efectivo, sin embargo se acepta la compañía aseguradora Medicaid. Es importante que usted sepa que esta oficina no reclama pagos a las compañías aseguradoras; si su compañía de seguro no pagara por los servicios ofrecidos usted es responsable de esos pagos. Si usted recibe beneficios de otras compañías de seguro, la Doctora le ayudará a rellenar las formas necesarias para que usted pueda reclamar a su compañía el costo de las consultas, pero usted deberá pagar por la consulta en el día del servicio. Si usted tiene Medicaid para su hijo/a y además utiliza otra compañía de seguro Medicaid va a rechazar el pago, si esto sucede usted debe hacerse responsable de estos pagos. En consideración a los servicios psicológicos recibidos usted debe garantizar el pago completo por estos. En el caso de que estos pagos se incumplan y agencias de colección o abogados sea necesario yo me haré responsable por los gastos de colección. Yo comprendo que la deuda obtenida aquí no se disuelve con declaración de bancarrota.

Yo entiendo que esta oficina cobra \$30.00 por la ausencia de consultas de terapia y \$100 por evaluaciones psicológicas que no se cancelen con un periodo antelación de 24 horas antes de la consulta. La compañía de seguro (Medicaid u otras) no son responsables por este cargo. Estos cargos se pueden prevenir llamando a la oficina con 24 horas de anticipación para cancelar la visita.

PARA CONTACTARME

Debido a mi horario de trabajo, frecuentemente yo no estoy disponible para responder al teléfono. Usted puede utilizar el mensaje de voces y yo le responderé la llamada en las próximas 24 horas, excepto durante los fines de semanas, y los días festivos. Por favor siempre déjeme un número de teléfono y las horas más convenientes para localizarlo. En caso de emergencia, no espere por mí, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. En caso de que yo no vaya a estar disponible por un periodo largo de tiempo yo le informare a través de mi mensaje de voz a que profesional de la salud mental usted puede acudir si lo necesita.

CONFIDENCIALIDAD Y LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD

La ley protege la comunicación entre los clientes y los psicólogos. En la mayoría de los casos, yo solamente puedo revelar información sobre un caso con una autorización previa por escrito del cliente interesado o del guardián legal. Autorización que debe seguir unas ciertas pautas legales reguladas por HIPAA. Existen otras situaciones en las cuales se requieren su consentimiento por escrito. La firma suya de este acuerdo provee su consentimiento par alas siguientes actividades:

- Ocasionalmente yo podría considerar necesario consultar con otros profesionales de la salud sobre un caso. Durante estas consultas yo evitare revelar la identidad del cliente. Los otros profesionales de la salud también están legalmente obligados a mantener la información confidencial. Si usted no tiene ninguna objeción yo no le informare sobre estas consultas a no ser que sea necesario para nuestro trabajo. Estas consultas serán anotadas en su historial clínico (el cual se llama PHI por sus siglas en inglés Personal Health Information)
- Usted debe estar conciente de que yo pudiera emplear personal administrativo en mi práctica. En muchas ocasiones por necesidades clínicas o administrativas tales como organización de citas, pagos, o calidad del servicio se comparte información protegida con estos individuos. Todos los profesionales y personal de la salud mental están obligados a mantener las mismas reglas de confidencialidad. Todo el personal a sido entrenado en como proteger su privacidad y han acordado no revelar ninguna información sin el consentimiento del personal profesional.
- Se requiere revelar alguna información a las compañías aseguradoras para completar el reclamo de los pagos.

Existen algunas circunstancias en las cuales esta permitido o es mandatario revelar información sin el consentimiento o autorización del cliente, en estas circunstancias:

- Si usted esta involucrado en un proceso judicial y le ha hecho sabe a la corte que usted recibe servicios de salud mental, puede ser que la corte solicite información sobre mis servicios profesionales, esta información esta protegida por el derecho a confidencialidad entre el psicólogo y el cliente. Yo no puedo revelar ninguna información sin una autorización por escrito o sin una orden de la corte. Consulte con su abogado antes de revelar este tipo de información.
- Si alguna agencia gubernamental solicita información en el marco de una inspección sobre los servicios de salud, yo tendría que proveer dicha información.

- Si un paciente presenta una demanda en mi contra, es posible que yo tenga que revelar información confidencial para poder llevar a cabo mi defensa.
- Si un cliente en aplica por un programa de compensación laboral y yo le estoy ofreciendo servicios de tratamiento en relación con su queja, yo tendría que proveer la información apropiada en caso que la soliciten. En estos casos trataría de dar un sumario del tratamiento sin detalles específicos.

Existen otras situaciones en las cuales yo estoy legalmente obligada a actuar cuando yo considere necesario para proteger a otros revelar información sobre un cliente. Estas circunstancias son poco frecuentes en mi práctica:

- Si existen razones para sospechar negligencia o abuso (físico, emocional o sexual) infantil, la ley del estado de Georgia requiere que los profesionales de la salud lo reporten. A las agencias gubernamentales apropiadas. Una vez que se envía un reporte las agencias pueden solicitar información adicional.
- Si existen razones para sospechar negligencia o abuso (físico, emocional o sexual) de una persona mayor o incapacitada la ley del estado de Georgia requiere que los profesionales de la salud lo reporten. A las agencias gubernamentales apropiadas. Una vez que se envía un reporte las agencias pueden solicitar información adicional.
- Si se determina que cliente representa un peligro de violencia para otros yo tendría que actuar y revelar información necesaria para prevenir una amenaza seria contra su vida y seguridad o contra la vida y la seguridad del público u otra persona. Estas acciones pueden incluir prevenir a la supuesta víctima y/o contactar a la policía y/o tratar de lograr la hospitalización del paciente.

Si alguna de estas situaciones sucediera yo trataría de discutir las extensamente con usted antes de llevar a cabo ninguna acción y limitaría la información que se revela a lo estrictamente necesario. Es importante que nosotros discutamos cualquier duda o pregunta que usted tenga en relación con los límites de confidencialidad ahora o en el futuro. Estas leyes son complejas y puede ser que en una situación específica se requiera de un consejo legal formal.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las leyes y los estatutos de mi profesión requieren que yo mantenga un expediente clínico con la información sobre su salud. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener una copia del expediente, a no ser que yo considere que el acceder a dicha información puede representar un peligro para su vida o la de otras personas. Para poder inspeccionar y copiar su expediente, tiene que presentar un pedido por escrito a la Doctora. Dado que la información en su expediente clínico puede ser malinterpretada si la persona no está familiarizada con el campo de la salud mental, yo le sugiero revisarla inicialmente conmigo o enviarla directamente a otro profesional de la salud.

Si usted pide una copia, tendrá que pagar por el costo de copia y de envío y de otros materiales relacionados a su pedido (aproximadamente \$1 por página).

En ciertas limitadas circunstancias nos podríamos negar a su pedido de inspeccionar y copiar su expediente. Sin embargo, usted podría pedirnos que reconsideremos nuestra decisión.

MENORES DE EDAD Y PADRES

Los clientes menores de 18 años que no son independientes y sus padres deben saber que la ley permite que los padres revisen los expedientes de sus hijos a no ser que yo considere que al hacer eso pone en peligro la vida de los menores o que se acuerdo lo contrario. Dado que la privacidad en el tratamiento psicológico es extremadamente importante en muchos casos yo le solicito a los padres que se reserven el derecho de acceder a la información contenida en la historia clínica de sus hijos. Si ellos están de acuerdo durante el tratamiento yo les ofreceré información general sobre el progreso del menor y su asistencia a las consultas. Si lo solicitan les puedo proveer un resumen del tratamiento cuando este culmine. Cualquier otra comunicación requerirá la autorización del menor, a no ser que este en peligro su vida o la vida de otros, en tal caso, se les notificaría a los padres inmediatamente. Antes de dar información a los padre yo discutiré el asunto con el menor y si es posible tratate de manejar cualquier posible objeción que el pueda tener.

Yo entiendo que la Doctora es una proveedora de servicios de salud mental independiente y ella solamente comparte oficina y gastos con el resto de los profesionales bajo el título "Rock Bridge Psychological Associates". Yo entiendo que esta oficina es un sitio de entrenamiento para estudiantes doctorales y pueden estar envuelto en mi tratamiento o en el tratamiento de mi hijo/a. esto puede ocurrir en el contexto de terapia de grupo o en una evaluación psicológica. En este caso mi permiso será importante.

Yo entiendo que toda la información que le doy a la Doctora es confidencial y no se revela a nadie sin mi consentimiento escrito a no ser por las excepciones antes mencionadas. Yo estoy consciente de que alguna información personal (fecha de tratamiento, diagnóstico, progreso en tratamiento) puede ser solicitado por la compañía de seguro y ha de ser revelado. Yo he leído y entendido toda la información ofrecida en este documento en relación con la práctica de la Doctora. Yo he recibido una copia de mis derechos de protección sobre mis derechos de privacidad y manejo de mi información sobre la salud. La Doctora me ha dado tiempo para aclarar mis dudas y ha contestado todas mis preguntas. Yo entiendo que puedo terminar este acuerdo de tratamiento en cualquier momento.

SU FIRMA DEBAJO INDICA QUE

- Usted ha leído este contrato
- Usted esta de acuerdo con los términos aquí expuestos
- Usted reconoce que ha leído la información sobre HIPAA descrita anteriormente y una copia de esta forma esta disponible si usted la solicita.

Nombre Completo del paciente

Fecha de hoy

Firma del padre o guardián legal

Derechos y Reponsabilidades de los Pacientes

Nosotros los profesionales que trabajamos en Rock Bridge Psychological Associates, LLC, queremos informarles de los derechos que usted tiene como paciente. La información que usted encontrará en este documento le explica sus derechos como paciente así como el procedimiento a seguir en caso de que usted considere que sus derechos han sido violados y desee presentar una queja.

Sus derechos como paciente

1. Para presentar una queja: Usted debe dirigirse al Dr. Arlene Noriega, PH.D. nuestro representante de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)
2. Sugerencias: usted está invitado a sugerir cambios en cualquier aspecto del servicio que les ofrecemos.
3. Derechos Civiles: Sus derechos civiles son protegidos por las leyes federales y del estado.
4. Aspectos culturales, espirituales y de género: Usted puede solicitar ser atendido por alguien con experiencia o entrenamiento desde el punto de vista cultural, religioso o de género según su preferencia. Si estos servicios no están disponibles en nuestra oficina, nosotros le ayudaremos en el proceso de referidos.
5. Tratamiento: Usted tiene el derecho a tomar parte en la formulación de su plan de tratamiento.
6. Declinación de Servicios: Usted puede declinar los servicios ofrecidos a usted y ser informado de las posibles consecuencias de su decisión.
7. Restricciones a su información de salud: Usted puede solicitar algunas restricciones al uso de su información de salud, sin embargo, nosotros no tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud.
8. Disponibilidad de su información de salud: Usted tiene el derecho de tener una copia y/o inspeccionar la información sobre su salud, sin embargo nosotros podemos declinar el acceso a determinada información, lo cual el terapeuta discutirá con usted.
9. Correcciones a su información de Salud: Usted tiene el derecho a solicitar cambios en su información de salud; sin embargo, su solicitud puede ser denegada. Si es denegada su solicitud se mantendrá como parte de su expediente.
10. Conserjería médica y legal: Usted puede discutir su tratamiento con su médico y su abogado.
11. Revelación de su información de salud: Usted tiene derecho de saber si ha sido revelada información sobre su salud que usted no ha autorizado.
12. Usted tiene derecho a recibir la información en un lenguaje que usted comprenda.
13. Usted tiene derecho a que el acceso a ser atendido sea relativamente fácil y rápido.

Sus derechos a recibir información

1. Costos de los servicios: Su terapeuta le informará acerca de cuanto le costaran los servicios.
2. Terminación: Usted será informado acerca de que tipo de violaciones o conductas pueden llevar a la terminación de los servicios.
3. Confidencialidad: Usted será informado acerca de los límites de confidencialidad y como su información de salud será utilizada.
4. Usted será informado acerca de los cambios en las pólizas de servicios.

Nuestra obligación ética

1. Nosotros estamos dedicados a servir en el mejor interés de nuestros clientes.
2. Nosotros no discriminaremos entre clientes o profesionales sobre la base de su edad, raza, creencias, orientación sexual, discapacidades preferencias u otro tipo de preocupación personal.
3. Nosotros mantenemos una relación profesional y objetiva con nuestros clientes.
4. Nosotros respetamos los puntos de vista de otros profesionales de la salud.
5. Nosotros de manera apropiada, terminaremos los servicios cuando así sea requerido y los referiremos a otros programas cuando sea necesario.
6. Nosotros evaluaremos nuestras limitaciones personales, así como nuestras debilidades y puntos fuertes de manera regular con el objetivo de mejorar nuestra preparación profesional. Nosotros de manera regular atenderemos a cursos de educación continuada y entrenamiento.
7. Nosotros respetamos las pólizas institucionales y administrativas, pero trataremos de mejorar dichas pólizas en el mejor interés de nuestros clientes.

Responsabilidades de los Pacientes

1. Usted es responsable de sus obligaciones financieras hacia su terapeuta tal y como se refleja en la sección de pago en el Contrato de Servicios.
2. Usted es responsable de cumplir con las pólizas de la práctica de su terapeuta.
3. Usted es responsable de tratar a todo el personal de esta oficina así como a sus pacientes de una manera cordial y respetuosa, sin violar sus derechos como pacientes.
4. Usted es responsable de proveer una información precisa sobre sí mismo.
5. Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento acordado con su terapeuta.
6. Usted es responsable de decirle a su terapeuta si su plan de tratamiento no esta funcionando.

Mi firma aquí debajo indica que yo he sido informado de mis derechos y responsabilidades, y he entendido la información ofrecida.

Firma del Cliente

Fecha de Hoy

Mi firma aquí debajo indica que yo le he explicado este documento al paciente y le he ofrecido una copia del mismo.

Firma del proveedor

Fecha De Hoy

NOTIFICACION DE PRACTICA PRIVADA
Efectivo a partir del 14 de Abril de 2003

Esta notificación describe la manera en que la información médica y psicológica acerca de usted o su hijo/a puede ser utilizada y revelada, así como la manera en que usted puede obtener acceso a dicha información. Por favor revise este documento cuidadosamente. Si tiene preguntas acerca de esta notificación, por favor hable con la Dra. _____

Este documento le informa sobre la manera en que manejamos su información de salud. Le informa como manejamos esa información aquí en esta oficina, como la compartimos con otros profesionales y organizaciones y de que manera usted puede también puede tener acceso a ella.

Le queremos ofrecer la mayor cantidad de información posible para que usted pueda tomar la mejor decisión para usted y para su familia. También tenemos la obligación de informarle sobre esto ya que existe una regulación federal que regula la privacidad sobre su salud, la cual se conoce en ingles como "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Dado que esta ley es un poco compleja y no queremos que usted tenga que leer cosas que no se aplican a usted, hemos simplificado algunas partes. Si usted quiere más información al respecto por favor comuniquenoslo o lea el documento complete que se encuentra en la sala de espera.

¿Que queremos decir con Información de Salud?

Cada vez que usted visita su médico u otro proveedor de salud, se recoge información sobre usted y sobre su salud física y mental. Esta información puede incluir aspectos de su salud pasada o presente, así como tratamientos que usted haya recibido de otros proveedores y pagos por el cuidado de su salud.

La información que se recoge de usted se conoce legalmente con el término de **Informacion de Salud Protegida** o PHI por sus siglas en ingles (**Protected Health Information**). Esta información va a su expediente medico. En esta oficina la PHI incluye:

- Su historia (niñez, escuela, trabajo, matrimonio y otra información personal)
- Razones por las que necesita tratamiento, lo cual puede incluir –problemas, quejas, síntomas, necesidades y objetivos.
- Diagnostico. El cual es un termino medico o psicológico para describir sus problemas o síntomas.
- Un plan de tratamiento -incluye tratamiento y servicios que mejor le van
- Notas de su progreso – cada vez que usted tiene visita se escribe como va progresando y los objetivos a alcanzar
- Información que obtenemos de otras personas que le ofrecen servicios
- Evaluaciones psicológicas
- Asuntos legales

- Pagos e información sobre las compañías de seguro

Nosotros utilizamos recogemos esta información por varios motivos:

- Para planear su tratamiento.
- Para decidir cual tratamiento le ayuda más.
- Para cuando hablamos con otros profesionales de la salud, como su medico de cabecera o quien lo refirió para tratamiento.
- Para documentar los servicios ofrecidos por los cuales su compañía de seguro pago.
- Para mejorar la manera en la que nosotros realizamos nuestro trabajo, como control de calidad.

Cuando usted sabe lo que esta en su expediente y para lo que se utiliza, usted puede tomar mejores decisiones en cuanto a cuando, a quien y porque otros deben tener esta información.

A pesar de que este expediente es propiedad física del medico que la recoge, usted tiene el derecho sobre esa información. Usted la puede inspeccionar, leer o revisar. Si usted desea una copia de su expediente puede solicitarla, se le cobrara un cargo por el valor de las copias y del envío (si desea se la envíen por correo). En algunas situaciones particulares usted no puede ver todo lo que esta en su expediente. Si usted encuentra algo que usted cree es incorrecto o piensa que falta alguna información importante, usted tiene el derecho a solicitar que se modifique esa información, sin embargo en algunas ocasiones excepcionales nosotros no estamos de acuerdo con eso. Nuestro acuerdo de tratamiento puede explicar algunas excepciones.

Nosotros utilizaremos la información obtenida de usted fundamentalmente para proveerle tratamiento, para coordinar pagos u otras actividades monetarias que se denominan operaciones de cuidado de salud. Después que usted lea esta información nosotros le pediremos que firme un Informe Consentido autorizando que utilicemos su información por propósitos específicos los cuales están descritos en nuestra póliza de practica privada. Si usted no esta de acuerdo en firmar nosotros no podemos atenderlo.

Si nosotros o usted quiere que se revele algún tipo de información lo discutiremos con antelación y le pediremos que firme una **Autorización** para poder hacerlo.

A pesar de que nosotros nos adherimos a las leyes de confidencialidad, existen algunas excepciones en donde la ley nos obliga

A revelar su información sin su consentimiento. Estas situaciones son las siguientes:

- Al enterarnos de que un menor es victimo/a de abuso, descuido o peligro físico
- Al enterarnos de que un anciano (65 años o mas) o adulto dependiente es victimo/a de abuso, descuido, o peligro físico
- Cuando usted o su hijo/a representa un riesgo de daño serio para si mismo o para otra persona
- Cuando no lo ordene la corte. Sin embargo, de manera rutinaria respondemos a los citatorios expresando el privilegio cliente-terapeuta, lo cual significa que no liberaremos la información

Sus derechos en relación con su información

1. Nos puede pedir que le comuniquemos sobre su salud en determinada manera. Por ejemplo, nos puede pedir que lo llamemos a su casa y no al trabajo para cancelar una cita. Nosotros haremos lo posible para satisfacer su pedido.
2. Otras que no sean las circunstancias descritas anteriormente, nosotros limitaremos discutir su PHI a no ser que tengamos su autorización para hacerlo. Cuando nosotros tenemos su autorización para PHI, usted tiene el derecho de limitar la información que se revela. Nosotros no tenemos que obligatoriamente aceptar su solicitud pero lo haremos a no ser que sea en contra de la ley o en casos de emergencia cuando la información sea necesaria para su tratamiento.
3. Usted tiene el derecho legal de tener acceso a los registros referentes a usted. Pero puede haber un cargo monetario por esto. Debe hablar con su terapeuta para coordinar esto. Las notas de psicoterapia no serán incluidas. Podemos negarnos a permitir la inspección del expediente o a producir una copia del mismo. Solo lo haríamos si determinamos la existencia de un riesgo sustancial o consecuencias significativas adversas o que le afecta par usted o su hijo/a derivadas de que usted viera o recibiera los registros. Si la decisión se reitera, usted puede pedir la revisión por un profesional de salud mental de su elección que puede hablar con usted acerca del expediente, pero se le prohibiría permitir que usted vea el expediente.
4. Si usted considera que su información es incorrecta o incompleta tiene derecho de solicitar Modificarla. Para solicitar una modificación, su solicitud tiene que hacerse por escrito, debe incluir un motivo que respalde su solicitud y mandarlo a su terapeuta.
5. Usted tiene el derecho a tener una copia de este documento, así como a conocer si nosotros cambiamos nuestras pólizas.

Usted tiene el derecho a presentar sus quejas si usted piensa que sus derechos ala privacidad han sido violados. Usted puede presentar sus quejas a nuestro Oficina de Privacidad y con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser hechas por escrito. Si tiene alguna pregunta al respecto por favor comuníquese con nuestro oficial de Privacidad Arlene Noriega, Ph.D., en el teléfono 770-925-7895, ext. 103.