

# Shibley Psychology

2333 1<sup>ST</sup> AVENUE, SUITE 107  
SAN DIEGO, CA 92101

619.307.9346  
ADMIN@SHIBLEYPSYCHOLOGY.COM

## DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Código Postal

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Las llamadas serán discretas, pero por favor indique alguna restricción: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación a Usted: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Tiene usted problemas médicos? \_\_\_\_\_

Toma medicamentos? \_\_\_\_\_

Nombre de su psiquiatra: \_\_\_\_\_

Quién lo refirió a Shibley Psychology? \_\_\_\_\_

Me dá su permiso para agradecerle a esta persona por la referencia? \_\_\_ sí \_\_\_ no

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Acuerdo de Tratamiento y Normas de Confidencialidad**

Este documento contiene información importante respecto a nuestros servicios profesionales. Por favor, léalo atentamente. Al firmar este documento, usted estará aceptando este acuerdo entre nosotros.

### **Servicios Psicológicos**

La psicoterapia es un proceso de aprendizaje que pretende hacernos conscientes de nuestros problemas. Hacer consciente implica tratarlo tanto a nivel intelectual como emocional y ponerlo en práctica. A veces, el hablar de ciertos problemas resulta en que el paciente se sienta triste, enojado o frustrado. Esto es parte del proceso de cambio, y es importante prestar atención a las reacciones que la terapia pueda despertar.

El tratamiento de psicoterapia implica un esfuerzo de su parte. No solo el recapacitar sobre lo hablado durante las sesiones, sino también una seria dedicación en cuanto a tiempo, dinero, y energía. Cualquier duda que tenga, podremos conversarla a medida que se presenten. Es importante que se sienta lo suficientemente cómodo/a para poder hablar sobre sus preocupaciones y encararlas directamente. Si en cualquier momento usted decide que nuestro trabajo juntos no es satisfactorio, estará dispuesta a ayudarlo a decidir cuál es el método de acción a seguir, ya sea finalizar el tratamiento, o derivarlo/a a otro profesional.

Durante las primeras sesiones, vamos a conversar sobre sus necesidades y sus objetivos, y será una oportunidad de conocernos un poco y ver si embarcar en un proceso terapéutico juntos es lo indicado. Usted tendrá la oportunidad de evaluarme a mí y decidir si yo soy la persona indicada para ayudarlo con sus inquietudes, y a su vez, yo podré ofrecerle mi opinión sobre el tratamiento que considero pueda ayudarlo.

### **Las Sesiones**

Generalmente, el enfoque de las primeras 1 a 4 sesiones será decidir el desarrollo del tratamiento. Si decidimos seguir adelante con psicoterapia, acordaremos en vernos un mínimo de una vez por semana por una sesión de 45 minutos. Una vez que acordamos el día y horario de la sesión, usted será responsable de su costo, a menos que me provea de un mínimo de 48 horas de aviso si es que no podrá asistir. Normalmente, los seguros médicos no cubren los costos por sesiones perdidas, así que quedara en usted la responsabilidad de pagar por esas sesiones.

### **Costos Profesionales**

El costo de una sesión de terapia de 45 minutos es \$125 (ciento veinticinco dólares). Para sesiones de terapia de parejas o familias, la sesión dura una hora y el costo es \$150 (ciento cincuenta dólares). El costo de las evaluaciones es de \$150 (ciento cincuenta dólares) por hora. Estos mismos montos, o el porcentaje correspondiente, es lo que cobro por otros servicios profesionales, tal como redactar reportes, comunicaciones con otros profesionales, o conversaciones telefónicas de más de 10 minutos. Si usted se ve involucrado/a en procedimientos legales, usted estará a cargo del costo de mis servicios profesionales al precio de \$150 por hora. Siempre intentaré informarle antes de que usted incurra en alguno de estos gastos.

### **Formas de Pago**

A menos que hayamos llegado a otro acuerdo, usted deberá pagar al finalizar cada sesión. Según su situación y sus necesidades, es posible que podamos negociar un costo reducido u otra forma de pago. Aceptamos efectivo, cheque y la mayoría de tarjetas de crédito. Si realiza el pago con cheque, por favor hágalo a la orden de Shibley Psychology. Para transacciones con tarjeta de crédito hay un recargo del 3.5%.

Si el balance de su cuenta no ha sido cancelado por más de 60 días y no hemos llegado a un acuerdo respecto a su saldo, tengo la opción de usar métodos legales para asegurar el pago. Esto puede implicar acudir a una agencia de colección o a un abogado, o ir a la corte, lo cual implicará que yo tenga que dar información confidencial suya. En la mayoría de las situaciones, la única información que yo entrego respecto al tratamiento de un paciente es su nombre, el tipo de servicios provistos, y el monto a cobrar. (Si dicha acción legal es necesaria, los costos legales serán añadidos a su cuenta).

### **Reembolso por Seguro Médico**

Si usted dispone de seguro médico, generalmente cubrirá tratamientos para la salud mental. Si planea facturar sus sesiones a la compañía del seguro médico, deberá completar el formulario "Reembolso por Seguro Médico" que se incluye en este paquete. Si no pertenezco al listado de proveedores de su seguro, usted puede recibir mis servicios y puedo facturar a su seguro médico como un "Out of Network Provider." Puedo rellenar formularios y asistirle en lo que pueda para que usted reciba los beneficios que le corresponden. Le recomiendo que llame al administrador de su plan médico y averigüe los límites de su cobertura médica. Recuerde que usted será responsable por cualquier costo que no esté cubierto por su seguro médico.

Debería saber que la mayoría de seguros médicos requieren que usted me autorice a proporcionar su diagnóstico clínico. A veces debo proporcionar información clínica adicional, tal como un resumen del tratamiento. Esta información pasará a ser parte de los archivos de su seguro médico y probablemente será guardada en una computadora. Aunque todas las compañías de seguros médicos afirman que estos archivos son confidenciales, no puedo controlar lo que hacen una vez que están en sus manos, pero siempre haré todo lo posible por proporcionar a su compañía de seguros solamente la información necesaria para sus necesidades administrativas. Es importante que recuerde que usted tiene el derecho a pagar personalmente por mis servicios y así evitar los asuntos mencionados anteriormente. Todos los pagos de seguro médico serán procesados bajo el nombre Shibley Psychology y los copagos serán cobrados en el mismo momento del servicio.

## **Cancelaciones**

Una vez que su cita esté programada, usted deberá abonar el costo de ésta a no ser que nos informe con **24 horas** de antelación (por ejemplo, si su cita es el Miércoles a las 9am, deberá avisarnos no más tarde del Martes a las 9am. Las citas para los Lunes deberán ser canceladas el Viernes anterior). Es importante que sepa que las compañías de seguro médico no reembolsan por “inasistencia” o “cancelación tardía.” Usted será responsable por el total de los cargos facturados.

## **Normas de Confidencialidad y Registros Profesionales**

### **Cómo su Información Médica Puede Ser Utilizada**

Las leyes federales sobre la confidencialidad permiten a Shibley Psychology utilizar y divulgar cierta información clínica de nuestros pacientes por razones de tratamiento y pago. Esta información puede incluir la documentación de sus síntomas, estudios psicológicos, diagnósticos, tratamiento, y recomendaciones de tratamiento. También incluye la documentación de contabilidad relacionada con esos servicios.

Si usted decide usar su compañía de seguro para cubrir el costo de su tratamiento, puede que requieran cierta información en su record clínico para poder efectuar los pagos. Por ejemplo, pueden requerir información sobre un servicio que usted ha recibido, o puede que requieran que divulguemos información anterior al tratamiento para que su plan cubra el tratamiento. En esos casos, solo la información necesaria para el pago será enviada a la compañía. Al firmar este consentimiento, usted autoriza a Shibley Psychology a divulgar la información necesaria a su compañía de seguro cuando sea necesario.

**Por lo general, la privacidad de la información entre un paciente y un psicólogo/a está protegida por la ley, y sólo podemos revelar su información a otras personas o entidades con su permiso.**

### **Excepciones a su Confidencialidad**

Hay algunas situaciones en las que tenemos la obligación a tomar una acción para evitar una consecuencia grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona.

- Si su seguro médico paga por alguno de los costos de su terapia, usted está dando su consentimiento a divulgar información como el diagnóstico y las fechas de las sesiones a su compañía de seguro. Siempre haremos todo lo posible por divulgar la menor información que sea necesaria a su compañía de seguro médico.
- Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-paciente. No podemos divulgar ninguna información sin: 1) Su autorización por escrito o la de su representante personal; 2) El recibo de una citación con la documentación de garantías de la notificación al paciente y un certificado que indique que no se presentó ninguna objeción, o que todas las objeciones presentadas fueron resueltas por el tribunal, y las revelaciones son consistentes con la resolución, o 3) una orden judicial.
- Si una agencia del gobierno está solicitando la información para las actividades de supervisión de la salud, puede que estemos requeridos a proveérsela.
- Si un paciente presenta una queja o demanda en contra de nosotros, podemos divulgar la información pertinente relativa a ese paciente con el fin de defendernos.

Existen otras situaciones en las que debemos tomar acción para proteger a otras personas, incluso si esto implica divulgar información sobre el nombre del paciente:

- Si tenemos motivos razonables para sospechar que un niño menor de 18 años es abusado, abandonado, o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado, o explotado, la ley exige que presentemos un informe con la agencia del gobierno apropiada. Esto también aplica en situaciones donde sospechamos que imágenes de niños involucrados en actos sexuales han sido accedidas por internet o algún otro medio.
- Si creemos que un paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la policía, o buscar la hospitalización del paciente.
- Si creemos que un paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización de el paciente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección

En el caso que ocurriera una situación en la que debieramos compartir información sin su consentimiento por escrito, haremos lo posible por hablarlo con usted antes de tomar acción. Para poder compartir la información con terceras personas, le pediremos que firme un formulario de Autorización de Divulgación de Información. Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento.

### **Si Necesita Contactarse Conmigo**

Además del teléfono de mi oficina, tengo una línea directa que contesto durante horario laboral cuando no estoy con un paciente. Este número es el (805) 947-0439. Si no estoy disponible inmediatamente por teléfono, usted puede dejarme un mensaje confidencial. Intentaré devolver la llamada tan

# Shibley Psychology

2333 1<sup>ST</sup> AVENUE, SUITE 107  
SAN DIEGO, CA 92101

619.307.9346  
ADMIN@SHIBLEYPSYCHOLOGY.COM

pronto como me sea posible, y generalmente en el mismo día que la recibo, con la excepción de fines de semana y fuera del horario laboral. Si por algún motivo debo ausentarme por un largo periodo de tiempo, le avisaré lo antes posible y le recomendaré que se comunique con mi supervisora (la Dra. Mariela G. Shibley) por cualquier necesidad que tenga.

Si siente que no puede esperar a que le regrese el llamado, o si se encuentra en una emergencia, puede contactar a la Línea de Acceso y Crisis de San Diego al número 1-800-479-3339 o bien llamar al 911. También puede dirigirse al hospital más cercano y pedir de ver al psicólogo o terapeuta de turno.

**Nota importante:** Aunque el email, mensajes de voz y mensajes de texto son usados generalmente como métodos de comunicación para contactarme, debe saber que NO son confidenciales. No puedo asegurar ni garantizar la privacidad cuando dichos métodos son utilizados. Si tiene preguntas o dudas respecto a esto, por favor tráigalos a mi atención para que podamos acordar un plan de comunicación.

## **Estado de mi Licencia**

A pesar de que poseo un doctorado en psicología clínica, aún no estoy licenciada para practicar en el estado de California. Por lo tanto, trabajo bajo la supervisión de la Dra. Mariela G. Shibley, psicóloga clínica. Si en algún momento desea comunicarse con ella por cualquier motivo, puede hacerlo sin ningún inconveniente. Su número es el (619) 929-0256.

## **Si Necesito Contactar a Alguien Respecto a Usted**

Si llegara a haber una emergencia, o yo me preocupara por su bienestar o seguridad, estoy obligada por la ley y por las reglas de mi profesión a contactar a alguien cercano a usted – tal vez un pariente, su pareja, o un amigo cercano suyo. También tengo la obligación de contactar a esta persona o a las autoridades si creo que usted tiene intención de lastimar seriamente a otra persona. Por favor, escriba los datos de cierto contacto aquí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a usted: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Su firma a continuación indica que ha leído la información del documento “Acuerdo de tratamiento y Normas de Confidencialidad”, que ha recibido una copia del documento, y que está de acuerdo con los términos explicados en este documento.

Entiendo que no se ha hecho ninguna promesa específica por parte del terapeuta respecto a los resultados del tratamiento. He leído y entiendo los apartados descritos en el Acuerdo de Tratamiento y todas mis preguntas han sido respondidas. Por el presente, estoy de acuerdo en empezar terapia con la Dra. Viviana Galindo y a cooperar en la medida de mis posibilidades, como se muestra con mi firma aquí.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

## **Información Sobre el Estado de la Licencia de su Terapeuta**

# Shibley Psychology

2333 1<sup>ST</sup> AVENUE, SUITE 107  
SAN DIEGO, CA 92101

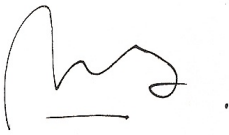
619.307.9346  
ADMIN@SHIBLEYPSYCHOLOGY.COM

---

Me gustaría darle información sobre el estado de la licencia del terapeuta que va a ver usted en Shibley Psychology. Su terapeuta es la Dra. Viviana Galindo, Psy.D. y trabaja en mi consultorio como Asistente de Psicología registrada. Como tal, ella es mi empleada y yo superviso su trabajo clínico.

Si en algún momento tiene alguna duda o alguna queja acerca de su tratamiento, por favor contáctese conmigo. Trataré de hacer lo posible por remediar cualquier inconveniente que pueda surgir.

Atentamente,



Mariela G. Shibley, Psy.D.

Licensed Clinical Psychologist, CA Lic. PSY 23239

Certifico que he leído la información contenida en este documento

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha

# Shibley Psychology

2333 1<sup>ST</sup> AVENUE, SUITE 107  
SAN DIEGO, CA 92101

619.307.9346  
ADMIN@SHIBLEYPSYCHOLOGY.COM

## Acuerdo de Pago

**Precios por Servicios: Psicoterapia, por sesión: \$125**  
**Psicoterapia de parejas/familia, por sesión: \$150**  
**Evaluaciones Psicológicas, por hora: \$150**

Con esta firma, me comprometo a pagar un monto de \$ \_\_\_\_\_ por hora a Shibley Psychology por los servicios prestados. Entiendo que este monto está sujeto a cambios, y que cualquier cambio en el monto será acordado mutuamente. Entiendo que el monto a pagar está sujeto a una evaluación periódica, particularmente si estoy pagando un monto reducido y si mi situación financiera cambia. Estoy de acuerdo a pagar por los servicios al momento que sean provistos, o con una frecuencia acordada mutuamente. Si estoy utilizando mi seguro médico para pagar por estos servicios, doy permiso a mi seguro médico que asigne los pagos a nombre de Shibley Psychology.

Me comprometo a ser responsable por cualquier monto que no sea cubierto por mi seguro médico, y entiendo que mi seguro médico no pagará por citas no cumplidas. **Me comprometo a pagar el valor total de la sesión por las inasistencias o cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación.**

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

Solicito que me envíen un recordatorio 48 horas antes de mi cita vía **texto** al número: \_\_\_\_\_

### Información tarjeta de crédito

Necesitamos una tarjeta de crédito vigente en nuestros archivos en todo momento. Su tarjeta de crédito solo se usará para el pago de inasistencia, sesiones canceladas tardíamente y balances no pagados. El pago en efectivo o cheque se realiza en el momento de la sesión. Todas las facturas cobradas se envían por email al propietario de la tarjeta en el momento de realizar el cobro.

La tarjeta de crédito es:  Master Card  Visa  American Express

Número de la tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Código de seguridad: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Autorizo a Shibley Psychology a cobrar mi tarjeta de débito/crédito por inasistencia, cancelaciones tardías y/o balances no pagos. Acepto que dichos cargos son mi responsabilidad.

**Firma del propietario de la tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ . **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA)

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN CLÍNICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

Por ley, a nosotros se nos requiere mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI), entregarles a los pacientes un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a la información de salud protegida, y notificarles a las personas afectadas después de cualquier acceso no autorizado a la información de salud protegida.

**I. Divulgación por tratamiento, pago y operaciones de salud:** Shibley Psychology puede utilizar o divulgar su información de salud protegida (PHI) para determinados tratamientos, pagos y otros propósitos de salud sin su autorización. En ciertas circunstancias, sólo podemos hacerlo cuando la persona o compañía que requiere su PHI lo pide con una autorización escrita que incluye promesas en cuanto a la protección de la confidencialidad de su PHI.

Para ayudar a clarificar estos temas, aquí tiene algunas definiciones:

**“PHI”** llamado así por sus siglas en inglés, se refiere a la información en su expediente clínico.

**“Tratamiento y pago de Operaciones”**

**“Tratamiento”** es cuando yo o algún otro proveedor le rinde sus servicios. Un ejemplo de tratamiento es cuando consulto con otro proveedor de salud, como su médico de cabecera u otro psicólogo sobre su tratamiento.

**“Pago”** es cuando recibo el reembolso de su seguro médico. Un ejemplo es cuando divulgo su PHI a la compañía de seguros para poder recibir el reembolso por los servicios prestados.

**“Operaciones de Salud”** es cuando divulgo su PHI a su plan del seguro médico o a otro proveedor de salud con la intención de administrar su plan de salud, como su coordinador o administrador del plan de salud.

**“Uso”** se refiere sólo a actividades en mi oficina como compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar y analizar información que le identifica.

**“Divulgar”** se refiere a las actividades fuera de mi oficina como transferir o dar acceso a su información a terceras personas.

**“Autorización”** se refiere a su permiso escrito para divulgaciones o usos específicos.

**II. Usos y divulgación de la información con autorización necesaria:** A excepción de lo que se describe más abajo, no usaremos ni divulgaremos su información personal de salud para ningún fin a menos que usted haya firmado un formulario autorizando su uso o divulgación. Ese formulario describirá qué información se divulgará, a quién, con qué propósito y cuándo se hará. Usted tiene el derecho de revocar esa autorización por escrito, salvo en la medida en que ya se haya usado.

**III. Usos y divulgación sin consentimiento ni autorización:** La ley nos permite o exige hacer otros ciertos usos y divulgaciones de su información personal de salud sin su consentimiento o autorización en ciertos casos especificados por ley:

- a. **Abuso o negligencia infantil:** Podemos divulgar su información personal de salud a ciertas agencias gubernamentales si se sospecha abuso o negligencia infantil.
- b. **Abuso o negligencia a un mayor:** Podemos divulgar su información personal de salud a ciertas agencias gubernamentales si se sospecha abuso o negligencia a una persona mayor.
- c. **Supervisión de Sanidad:** Si un paciente presenta una queja o demanda en contra de nosotros, podemos divulgar la información pertinente relativa a ese paciente con el fin de defendernos.
- d. **Procedimiento judicial:** Podemos divulgar su información personal de salud si así lo exigen un tribunal u orden administrativa, citación, o petición de descubrimiento; en la mayoría de los casos usted será notificado de tal divulgación. Podemos divulgar su información personal de salud, si la ley lo requiere, a agencias gubernamentales de supervisión que llevan a cabo auditorías, investigaciones, inspecciones, u otras funciones de supervisión relacionadas. Podemos divulgar su información personal de salud a jueces, médicos forenses y/o directores de funerarias.
- e. **Amenaza seria a la Salud o Pública:** Podemos usar o divulgar su información personal de salud en circunstancias de emergencia, tales como para prevenir una amenaza seria e inminente a una persona o al público. Podemos divulgar su información personal de salud para actividades de salud pública, tales como el reporte exigido de enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, así como para investigaciones requeridas de salud pública. Podemos divulgar su información personal de salud a la policía para que puedan identificar o localizar personas sospechosas, fugitivos, testigos o víctimas de delitos, o para otros fines permitidos para la aplicación de la ley.
- f. **Compensación por empleo:** Podemos divulgar su información personal de salud a su empleador cuando le hemos brindado atención médica a pedido de su empleador para fines relacionados con la salud ocupacional y seguridad. En la mayoría de los casos usted recibirá notificación de que la información ha sido revelada a su empleador. Podemos divulgar su información personal de salud si fuera necesario para propósitos relacionados con sus beneficios del seguro de accidentes y enfermedades laborales.

### IV. Derechos del paciente y obligaciones del psicólogo

**a. Derechos del Paciente**

- i. Acceso a su información personal de salud.** Generalmente, usted tiene derecho a tener acceso, inspeccionar y/o copiar la información personal de salud que nosotros mantenemos sobre usted. A menos que usted sea actualmente un paciente en nuestra oficina o durante una cita regular con su terapeuta, las solicitudes para el acceso deben hacerse por escrito y firmarse por usted o su representante. Se le cobrará la copia de su historia clínica de acuerdo con la lista de precios establecida por la ley estatal aplicable.
- ii. Modificaciones a su información personal de salud.** Tiene derecho a solicitar que se modifique o corrija su información personal de salud que mantenemos sobre usted. No estamos obligados a efectuar todas las modificaciones que se soliciten, pero consideraremos cada petición cuidadosamente. Para que consideremos todas las solicitudes de modificación, éstas se deben hacer por escrito, usted o su representante debe firmarlas y deben explicar la razón para la petición de modificación o corrección. Si hacemos la modificación o corrección que usted solicita, también podemos notificar a otros que trabajan con nosotros y tienen copias del documento no corregido si creemos que tal notificación es necesaria. Tome en cuenta que aún cuando aceptemos su solicitud, es posible que no suprimamos información que ya esté documentada en su historia clínica.
- iii. Informe de las divulgaciones de su información personal de salud.** Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros de su información personal de salud, excepto de divulgaciones hechas con propósitos de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica o ciertas otras excepciones limitadas. Este informe incluirá aquellas divulgaciones hechas en los seis años previos a la fecha en la cual se solicitó el informe. Las solicitudes se deben hacer por escrito y estar firmadas por usted o por su representante
- iv. Restricciones en el uso y la divulgación de su información personal de salud.** Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información personal de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. Por ejemplo, puede solicitar que no compartamos su información personal de salud con cierto miembro de su familia. No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción, pero trataremos de acomodar solicitudes razonables cuando sean apropiadas; igualmente, nos reservamos el derecho de terminar una restricción a la que hemos consentido si consideramos que esa terminación es apropiada. En caso de que tengamos que terminar una restricción a la que habíamos consentido, se le notificará de la terminación.
- v. Comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nuestras comunicaciones con respecto a su información personal de salud se hagan usando métodos o lugares alternativos y acomodaremos cualquier solicitud razonable que nos haga.
- vi. Copia impresa del aviso.** Como paciente, usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad impresa en papel, aún cuando haya solicitado tal copia por correo electrónico u otros medios electrónicos.

**b. Deberes del Psicólogo.**

- i. Por ley, debo mantener la privacidad de su PHI y notificarle sobre mis deberes legales y prácticas de privacidad respecto a su PHI.
- ii. Me reservo el derecho a cambiar las prácticas y normas de privacidad descritas en este aviso. Si no le notifico de dichos cambios, estoy obligada a ceñirme por estos términos.
- iii. Si reviso mis normas y prácticas, le notificaré y daré una copia en persona o por correo.

**V. Acuerdo de arbitraje.** Se entiende que cualquier disputa en cuanto a negligencia médica, eso es, si cualquier servicio médico rendido bajo este contrato era innecesario o desautorizado o fue rendido incorrectamente, negligente, o incompetentemente, será determinado por la sumisión al arbitraje en la manera prevista por la ley de California, y no por un juicio en la corte a menos que la ley en California lo prohíba. Ambas partes a este contrato están aceptando el uso del arbitraje y haciendo de lado sus derechos constitucionales de acudir a una corte judicial para resolver dicha disputa.

El arbitraje es un sistema de solución de conflictos en que la voluntad de las partes se somete a la voluntad de un tercero. En el fondo del arbitraje existe un pacto o convenio entre los litigantes en el sentido de que someterán sus voluntades a la convicción y al pronunciamiento del tercero, cuyo laudo una vez dictado tiene que cumplirse obligatoriamente. Así, el arbitraje suple el entendimiento directo de las partes y reemplaza el acuerdo entre ellas por una decisión del conflicto que proviene de un tercero llamado árbitro.

Una demanda para el arbitraje debe comunicarse por escrito. Cada parte pagará sus propios costos y los honorarios del árbitro neutral, junto con otros costos del arbitraje incurrido en o aprobado por el árbitro neutral. Las partes convienen que los árbitros tienen la inmunidad de un oficial judicial de la responsabilidad civil al actuar en la capacidad del árbitro bajo este contrato.

**DOY FE QUE HE RECIBIDO LA COPIA DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_