

Emma Salazar Counseling PLLC  
1406 N Grandview Ave, Odessa, TX. 79761  
432-547-6841  
This notice went into effect on April 1st 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:**

I understand that health information about you and your health care is personal. I am committed to protecting health information about you. I create a record of the care and services you receive from me. I 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 I may use and disclose health information about you. I also describe your rights to the health information I keep about you, and describe certain obligations I have regarding the use and disclosure of your health information. I am required by law to:

- Make sure that protected health information (“PHI”) that identifies you is kept private.
- Give you this notice of my legal duties and privacy practices with respect to health information.
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.
- I can change the terms of this Notice, and such changes will apply to all information I have about you. The new Notice will be available upon request, in my office, and on my website.

### **II. HOW I MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU:**

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

For Treatment Payment, or Health Care Operations: Federal privacy rules (regulations) allow health care providers who have direct treatment relationship with the patient/client to use or disclose the patient/client’s personal health information without the patient’s written authorization, to carry out the health care provider’s own treatment, payment or health care operations. I may also disclose your protected health information for the treatment activities of any health care provider. This too can be done without your written authorization. For example, if a clinician were to consult with another licensed health care provider about your condition, we would be permitted to use and disclose your personal health information, which is otherwise confidential, in order to assist the clinician in diagnosis and treatment of your mental health condition.

Disclosures for treatment purposes are not limited to the minimum necessary standard. Because therapists and other health care providers need access to the full record and/or full and complete information in order to provide quality care. The word “treatment” includes, among other things, the coordination and management of health care providers with a third party, consultations between health care providers and referrals of a patient for health care from one health care provider to another.

Lawsuits and Disputes: If you are involved in a lawsuit, I may disclose health information in response to a court or administrative order. I may also disclose health information about your child in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

### **III. CERTAIN USES AND DISCLOSURES REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:**

1. Psychotherapy Notes. I do keep “psychotherapy notes” as that term is defined in 45 CFR § 164.501, and any use or disclosure of such notes requires your Authorization unless the use or disclosure is: a. For my use in treating you. b. For my use in training or supervising mental health practitioners to help them improve their skills in group, joint, family, or individual counseling or therapy. c. For my use in defending myself in legal proceedings instituted by you. d. For use by the Secretary of Health and Human Services to investigate my compliance with HIPAA. e. Required by law and the use or disclosure is limited to the requirements of such law. f. Required by law for certain health oversight activities pertaining to the originator of the psychotherapy notes. g. Required by a coroner who is performing duties authorized by law. h. Required to help avert a serious threat to the health and safety of others.
2. Marketing Purposes. As a psychotherapist, I will not use or disclose your PHI for marketing purposes.
3. Sale of PHI. As a psychotherapist, I will not sell your PHI in the regular course of my business.

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

Subject to certain limitations in the law, I can use and disclose your PHI without your Authorization for the following reasons:

1. When disclosure is required by state or federal law, and the use or disclosure complies with and is limited to the relevant requirements of such law.
2. For public health activities, including reporting suspected child, elder, or dependent adult abuse, or preventing or reducing a serious threat to anyone’s health or safety.
3. For health oversight activities, including audits and investigations.
4. For judicial and administrative proceedings, including responding to a court or administrative order, although my preference is to obtain an Authorization from you before doing so.
5. For law enforcement purposes, including reporting crimes occurring on my premises.
6. To coroners or medical examiners, when such individuals are performing duties authorized by law.

7. For research purposes, including studying and comparing the mental health of patients who received one form of therapy versus those who received another form of therapy for the same condition.
8. Specialized government functions, including, ensuring the proper execution of military missions; protecting the President of the United States; conducting intelligence or counter-intelligence operations; or, helping to ensure the safety of those working within or housed in correctional institutions.
9. For workers' compensation purposes. Although my preference is to obtain an Authorization from you, I may provide your PHI in order to comply with workers' compensation laws.
- 10 Appointment reminders and health related benefits or services. I may use and disclose your PHI to contact you to remind you that you have an appointment with me. I may also use and disclose your PHI to tell you about treatment alternatives, or other health care services or benefits that I offer.

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

1. Disclosures to family, friends, or others. I may provide your PHI to a family member, friend, or other person that you indicate is involved in your care or the payment for your health care, unless you object in whole or in part. The opportunity to consent may be obtained retroactively in emergency situations.

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

1. The Right to Request Limits on Uses and Disclosures of Your PHI. You have the right to ask me not to use or disclose certain PHI for treatment, payment, or health care operations purposes. I am not required to agree to your request, and I may say "no" if I believe it would affect your health care.
2. The Right to Request Restrictions for Out-of-Pocket Expenses Paid for In Full. You have the right to request restrictions on disclosures of your PHI to health plans for payment or health care operations purposes if the PHI pertains solely to a health care item or a health care service that you have paid for out-of-pocket in full.
3. The Right to Choose How I Send PHI to You. You have the right to ask me to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address, and I will agree to all reasonable requests.
4. The Right to See and Get Copies of Your PHI. Other than "psychotherapy notes," you have the right to get an electronic or paper copy of your medical record and other information that I have about you. I will provide you with a copy of your record, or a summary of it, if you agree to receive a summary, within 30 days of receiving your written request, and I may charge a reasonable, cost based fee for doing so.
5. The Right to Get a List of the Disclosures I Have Made. You have the right to request a list of instances in which I have disclosed your PHI for purposes other than treatment, payment, or health care operations, or for which you provided me with an Authorization. I will respond to your request for an accounting of disclosures within 60 days of receiving your request. The list I will give you will include disclosures made in the last six years unless you request a shorter time. I will provide the list to you at no charge, but if you make more than one request in the same year, I will charge you a reasonable cost based fee for each additional request.

6. The Right to Correct or Update Your PHI. If you believe that there is a mistake in your PHI, or that a piece of important information is missing from your PHI, you have the right to request that I correct the existing information or add the missing information. I may say “no” to your request, but I will tell you why in writing within 60 days of receiving your request.
7. The Right to Get a Paper or Electronic Copy of this Notice. You have the right get a paper copy of this Notice, and you have the right to get a copy of this notice by e-mail. And, even if you have agreed to receive this Notice via e-mail, you also have the right to request a paper copy of it.

### **Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice**

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), you have certain rights regarding the use and disclosure of your protected health information. By checking the box below, you are acknowledging that you have received a copy of HIPAA Notice of Privacy Practices.

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

**Emma Salazar Counseling PLLC**  
1406 N Grandview Ave, Odessa, TX 79761  
432-547-6841

**Este aviso entró en vigor el 1 de abril de 2025.**

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

### **I. MI COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

Entiendo que la información sobre su salud y cuidado médico es personal. Me comprometo a proteger la información sobre su salud. Creo un registro de la atención y los servicios que recibe de mi parte. Necesito este registro para proporcionarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por esta práctica de salud mental. Este aviso le indicará las formas en que puedo usar y divulgar información de salud sobre usted. También describo sus derechos sobre la información de salud que conservo sobre usted y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información de salud. La ley me obliga a:

- Asegurar que la información de salud protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) que lo identifica se mantenga privada.
- Entregarle este aviso sobre mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que esté en vigor en ese momento.
- Puedo cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo solicitud, en mi oficina y en mi sitio web.

### **II. CÓMO PUEDO USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED:**

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que puedo usar y divulgar la información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaré lo que significa y trataré de dar algunos ejemplos. No todas las formas de uso o divulgación en una categoría estarán listadas. Sin embargo, todas las formas en que tengo permitido usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

#### **Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Salud:**

Las reglas federales de privacidad permiten que los proveedores de salud que tienen una relación directa de tratamiento con el paciente/cliente usen o divulguen la información de salud personal del paciente/cliente sin la autorización escrita del paciente para llevar a cabo las operaciones de tratamiento, pago u operaciones de salud del proveedor de atención médica. También puedo divulgar su información de salud protegida para las actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede hacer sin su autorización escrita. Por ejemplo, si un clínico consultara con otro proveedor de atención médica con licencia sobre su

condición, se me permitiría usar y divulgar su información de salud personal, que de otro modo sería confidencial, para ayudar al clínico a diagnosticar y tratar su condición de salud mental.

Las divulgaciones para fines de tratamiento no están limitadas al estándar de lo mínimo necesario. Dado que los terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro completo y/o a la información completa para proporcionar una atención de calidad. La palabra “tratamiento” incluye, entre otras cosas, la coordinación y gestión de proveedores de atención médica con un tercero, consultas entre proveedores de atención médica y derivaciones de un paciente para atención médica de un proveedor a otro.

### **Demandas y Disputas:**

Si está involucrado en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información de salud sobre su hijo en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de alguien más involucrado en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

### **III. CIERTO USO Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:**

1. **Notas de Psicoterapia.** Mantengo "notas de psicoterapia" tal como se define en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de tales notas requiere su autorización, a menos que el uso o divulgación sea:
  - a. Para mi uso en su tratamiento.
  - b. Para mi uso en la formación o supervisión de profesionales de salud mental para ayudarlos a mejorar sus habilidades en consejería o terapia grupal, conjunta, familiar o individual.
  - c. Para mi uso en mi defensa en procedimientos legales iniciados por usted.
  - d. Para su uso por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
  - e. Requerido por ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.
  - f. Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de salud relacionadas con el origen de las notas de psicoterapia.
  - g. Requerido por un forense que realice funciones autorizadas por ley.
  - h. Requerido para ayudar a evitar una amenaza seria para la salud y la seguridad de otros.
2. **Propósitos de Marketing.** Como psicoterapeuta, no usaré ni divulgaré su PHI para fines de marketing.
3. **Venta de PHI.** Como psicoterapeuta, no venderé su PHI en el curso regular de mi negocio.

### **IV. CIERTO USO Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:**

Sujeto a ciertas limitaciones en la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación cumple con y se limita a los requisitos relevantes de dicha ley.

2. Para actividades de salud pública, incluido el reporte de abuso sospechoso de niños, adultos mayores o adultos dependientes, o prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o seguridad de alguien.
3. Para actividades de supervisión de la salud, incluyendo auditorías e investigaciones.
4. Para procedimientos judiciales y administrativos, incluyendo responder a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es obtener una autorización de su parte antes de hacerlo.
5. Para fines de aplicación de la ley, incluyendo reportar crímenes ocurridos en mis instalaciones.
6. Para forenses o médicos forenses, cuando dichas personas realicen funciones autorizadas por ley.
7. Para fines de investigación, incluyendo estudiar y comparar la salud mental de pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma para la misma condición.
8. Funciones especializadas del gobierno, incluyendo asegurar la ejecución adecuada de misiones militares; proteger al presidente de los EE. UU.; realizar operaciones de inteligencia o contrainteligencia; o ayudar a garantizar la seguridad de aquellos que trabajan en instituciones correccionales.
9. Para fines de compensación laboral. Aunque mi preferencia es obtener una autorización de su parte, puedo proporcionar su PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral.
10. Recordatorios de citas y beneficios relacionados con la salud o servicios. Puedo usar y divulgar su PHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita conmigo. También puedo usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento o sobre otros servicios o beneficios de atención médica que ofrezco.

## **V. CIERTO USO Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR.**

1. **Divulgaciones a familia, amigos u otros.** Puedo proporcionar su PHI a un miembro de la familia, amigo u otra persona que usted indique que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención médica, a menos que usted se oponga total o parcialmente. La oportunidad de consentir puede obtenerse retroactivamente en situaciones de emergencia.

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

1. El derecho de solicitar límites en los usos y divulgaciones de su PHI.
2. El derecho de solicitar restricciones para los gastos de su bolsillo pagados en su totalidad.
3. El derecho de elegir cómo le envíe su PHI.
4. El derecho de ver y obtener copias de su PHI.
5. El derecho de obtener una lista de las divulgaciones que he hecho.

6. El derecho de corregir o actualizar su PHI.
7. El derecho de obtener una copia en papel o electrónica de este aviso.

**Reconocimiento de Recibo del Aviso de Privacidad**

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida. Al marcar la casilla a continuación, usted está reconociendo que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ESTOY ACEPTANDO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS ELEMENTOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO**