Aviso de Prácticas de Privacidad

Dra. Daianna L. Ortiz Rivera, Psy.D.
Psicóloga Clínica — Lic. 8227
Isabela, Puerto Rico
Tel.: (939) 324-1845
Correo de privacidad: privacidad@draortizrivera.com

Fecha de vigencia: 20 de septiembre de 2026

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información de salud y cómo usted puede obtener acceso a ella. Por favor, léalo cuidadosamente.

1. Mi compromiso con su información de salud

La información sobre su salud y los servicios que recibe es personal. Estoy comprometida con proteger la privacidad de su información de salud protegida ("PHI", por sus siglas en inglés).

Mantengo un expediente de la atención y los servicios que le proveo. Este expediente es necesario para ofrecerle atención adecuada, coordinar servicios, cumplir con requisitos profesionales y legales, y realizar funciones administrativas relacionadas con su cuidado.

Estoy obligada por ley a:

- mantener la privacidad y seguridad de su PHI;
- entregarle este Aviso de Prácticas de Privacidad;
- cumplir con los términos del aviso que esté vigente; y
- informarle cuando ocurra una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su PHI, cuando la ley así lo requiera.

Puedo modificar los términos de este aviso. Si lo hago, el aviso actualizado estará disponible a solicitud y en mi sitio web.

2. Cómo puedo usar o divulgar su información sin autorización escrita

Tratamiento

Puedo usar y compartir su PHI para proveer, coordinar o administrar su tratamiento y para colaborar con otros profesionales de la salud que participen en su cuidado.

Por ejemplo, puedo consultar con otro profesional autorizado cuando sea necesario para coordinar o apoyar su tratamiento.

Pago

Puedo usar y divulgar la información necesaria para facturar servicios, tramitar pagos o presentar reclamaciones a planes médicos u otras entidades responsables del pago.

Operaciones de cuidado de salud

Puedo usar y divulgar su PHI para actividades necesarias para operar mi práctica, mantener la calidad de los servicios, cumplir responsabilidades profesionales, realizar funciones administrativas y gestionar la atención que recibe.

Cuando proveedores de servicios o entidades autorizadas realizan funciones administrativas, tecnológicas, de facturación, manejo de expedientes u otras funciones en mi nombre y tienen acceso a PHI, deben estar sujetos a las obligaciones de privacidad y seguridad que correspondan por ley.

Recordatorios y coordinación de servicios

Puedo utilizar información limitada para comunicarme con usted sobre citas, recordatorios, coordinación administrativa, alternativas de tratamiento u otros servicios relacionados con su cuidado.

Cuando la ley lo permite o requiere

Sujeto a las condiciones y límites establecidos por la ley, también puedo usar o divulgar PHI:

- cuando lo exijan leyes federales o de Puerto Rico;
- para actividades autorizadas de salud pública y seguridad;
- para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia cuando la ley lo requiera o permita;
- para actividades de supervisión de salud, auditorías o investigaciones;
- en respuesta a órdenes judiciales o administrativas u otros procesos legales válidos;
- para ciertos fines de cumplimiento de la ley;
- a médicos forenses o examinadores médicos cuando estén autorizados por ley;
- para ciertos fines de investigación permitidos por la ley;
- para ciertas funciones gubernamentales especializadas; y
- para cumplir con requisitos relacionados con compensación laboral.

Antes de cualquier uso o divulgación, aplicaré las protecciones y limitaciones que correspondan bajo HIPAA y las leyes de Puerto Rico aplicables.

3. Usos y divulgaciones que requieren su autorización

Salvo que una excepción legal permita lo contrario, solicitaré su autorización escrita antes de:

- usar o divulgar PHI para fines no descritos en este aviso;
- utilizar su PHI para mercadeo cuando la ley requiera autorización; o
- vender su PHI.

No utilizo su PHI para mercadeo ni vendo su PHI en el curso ordinario de mi práctica.

Si usted autoriza por escrito un uso o divulgación, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya actuado conforme a ella.

4. Protecciones adicionales bajo las leyes de Puerto Rico

Además de HIPAA, cumpliré con las leyes de Puerto Rico aplicables a la confidencialidad de los servicios de salud mental.

La **Ley de Salud Mental de Puerto Rico, Ley Núm. 408-2000, según enmendada**, reconoce derechos de confidencialidad para las personas que reciben servicios de salud mental y establece protecciones adicionales relacionadas con el uso, acceso y divulgación de información clínica.

Cuando una ley de Puerto Rico proporcione una protección mayor que HIPAA, aplicaré la protección que corresponda conforme a la ley.

5. Personas involucradas en su cuidado

Cuando la ley lo permita, puedo compartir información pertinente con un familiar, amigo u otra persona que usted identifique como involucrada en su cuidado o en el pago de sus servicios.

Cuando sea posible, le daré la oportunidad de aceptar, limitar u oponerse a dicha divulgación.

6. Sus derechos sobre su información de salud

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a los límites y procedimientos establecidos por ley:

Solicitar restricciones

Puede pedirme que limite determinados usos o divulgaciones de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.

No siempre estoy obligada a aceptar una restricción, excepto en los casos en que la ley exige que la acepte.

Restringir divulgaciones a un plan médico cuando usted paga en su totalidad

Si usted paga de su bolsillo y en su totalidad por un servicio o artículo de salud, puede solicitar que la información relacionada con ese servicio no se divulgue a su plan médico para fines de pago u operaciones, cuando la ley así lo requiera.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede pedirme que me comunique con usted de una manera específica o en un lugar determinado. Atenderé las solicitudes razonables conforme a la ley.

Acceder a su expediente

Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente clínico y de otra información de salud que mantenga sobre usted, salvo las excepciones permitidas por ley.

Responderé a su solicitud dentro de los plazos establecidos por la ley y podré cobrar únicamente los cargos razonables permitidos.

Solicitar una corrección

Si considera que cierta información es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que sea corregida o complementada.

Puedo denegar la solicitud en las circunstancias permitidas por ley y, de hacerlo, le explicaré la razón por escrito cuando corresponda.

Solicitar un informe de divulgaciones

Puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones de su PHI realizadas durante el periodo permitido por ley.

La lista no incluirá todas las divulgaciones; por ejemplo, ciertas divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones pueden estar excluidas conforme a HIPAA.

Obtener una copia de este aviso

Puede solicitar una copia en papel o electrónica de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Designar a una persona para actuar por usted

Si una persona tiene autoridad legal para actuar como su representante personal, esa persona podrá ejercer los derechos que correspondan en su nombre, sujeto a verificación de dicha autoridad.

Presentar una queja

Puede presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados.

Puede comunicarse conmigo mediante la información incluida al final de este aviso.

También puede presentar una queja ante la **Office for Civil Rights (OCR) del U.S. Department of Health and Human Services**.

No tomaré represalias contra usted por presentar una queja.

7. Mis responsabilidades

Estoy obligada a:

- mantener la privacidad y seguridad de su PHI;
- informarle de ciertos incidentes o violaciones de seguridad cuando la ley lo requiera;
- cumplir con este aviso mientras esté vigente;
- entregarle una copia de este aviso cuando corresponda; y

- no utilizar o divulgar su PHI de formas no descritas aquí sin su autorización escrita, salvo que la ley permita o requiera lo contrario.

8. Cambios a este aviso

Puedo modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad cuando cambien mis prácticas, la ley o los requisitos aplicables.

Los cambios podrán aplicarse a la información que ya mantengo y a la que reciba en el futuro, según lo permita la ley.

La versión vigente estará disponible en mi sitio web y a solicitud.

9. Contacto de privacidad

Para preguntas sobre este aviso, solicitudes relacionadas con sus derechos de privacidad o para presentar una queja directamente conmigo:

Dra. Daianna L. Ortiz Rivera, Psy.D.

Psicóloga Clínica — Lic. 8227

Isabela, Puerto Rico

Tel.: (939) 324-1845

Correo de privacidad: privacidad@draortizrivera.com

También puede presentar una queja ante:

U.S. Department of Health and Human Services

Office for Civil Rights (OCR)

https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/

No habrá represalias por presentar una queja.