



DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE MINDFUL THERAPY GROUP

Resumen

Su profesional de la salud mantiene una colaboración con Mindful Therapy Group, P.C., una corporación de servicios profesionales constituida en el estado de Washington (en adelante, "Mindful Therapy Group"), con el propósito de respaldar la operación administrativa de su práctica de salud conductual. En particular, Mindful Therapy Group y sus afiliadas proporcionan servicios de apoyo administrativo, facturación a seguros y gestión de cobros a los proveedores que integran su red.

Su profesional de la salud mantiene una colaboración con Mindful Therapy Group, P.C., una corporación de servicios profesionales constituida en el estado de Washington (en adelante, "Mindful Therapy Group"), con el propósito de respaldar la operación administrativa de su práctica de salud conductual. En particular, Mindful Therapy Group y sus afiliadas proporcionan servicios de apoyo administrativo, facturación a seguros y gestión de cobros a los proveedores que integran su red.

Si hay algo que podamos hacer para mejorar su experiencia o asistirle en la resolución de cualquier situación relacionada con nuestros servicios, le invitamos a comunicárnoslo a través de nuestro [Formulario de Quejas Formales](#). Asimismo, puede compartir su experiencia enviándonos un mensaje a feedback@mindfultherapygroup.com.

Políticas Generales – Confidencialidad

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad describe la manera en que su Información de Salud Protegida puede ser utilizada o divulgada, nuestra obligación de salvaguardar la privacidad y seguridad de dicha información, así como sus derechos en relación con la confidencialidad de la misma. Puede consultar una copia electrónica de este aviso en nuestro sitio web: www.mindfultherapygroup.com/fags.

Comunicaciones

Podremos utilizar su información de contacto para enviarle recordatorios de citas, notificaciones sobre saldos pendientes, boletines informativos, información relacionada con nuestros servicios de salud y otras comunicaciones que puedan ser de su interés o resultar relevantes para su atención. Usted puede optar por dejar de recibir determinadas comunicaciones por correo electrónico siguiendo el enlace o las instrucciones de cancelación de suscripción incluidas en dichos mensajes.

En caso de que usted acepte recibir mensajes de texto relacionados con los servicios de los Proveedores, podremos comunicarnos con usted por este medio. Usted reconoce que los servicios de mensajería de texto pueden no ser completamente seguros. Puede cancelar su suscripción a estos mensajes en cualquier momento respondiendo "STOP". De manera alternativa, puede comunicarse con el Responsable de Privacidad que se indica a continuación para solicitar que no se le envíen mensajes de texto.

Contactar al Personal de Mindful Therapy Group

Nuestro personal administrativo puede atender diversas gestiones, incluidas consultas sobre facturación de seguros y cambios de citas, durante el horario habitual de atención. El horario general es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (hora del Pacífico). Puede comunicarse llamando al número de la oficina principal: 425-640-7009.

Si tiene alguna consulta de carácter clínico, comuníquese directamente con su Proveedor, conforme a lo indicado en su Divulgación de Información del Proveedor. En caso de emergencia o crisis de salud mental, llame de inmediato al 9-1-1 (para emergencias en general) o al 9-8-8 (para crisis suicidas y emergencias de salud mental).

Animales de Servicio o de Terapia de los Proveedores

Mindful Therapy Group no asume responsabilidad alguna por los animales de servicio o de terapia que los Proveedores independientes decidan llevar a las instalaciones como parte de su práctica profesional. En consecuencia, Mindful Therapy Group queda exento de toda responsabilidad por cualquier lesión, daño o incidente, incluyendo aquellos que pudieran derivar en lesiones personales o fallecimiento.

Animales de Servicio para Pacientes

Con el fin de cumplir con las políticas del edificio, en las oficinas de Mindful Therapy Group únicamente se permiten animales de servicio reconocidos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (“ADA”). Un “animal de servicio” es aquel que ha sido entrenado para realizar trabajos o tareas en beneficio de una persona con una discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, psiquiátrico, intelectual u otra discapacidad mental.

La [ADA](#) exige que los animales de servicio permanezcan bajo el control de su manejador en todo momento. Si un animal de servicio se encuentra fuera de control y su manejador no adopta medidas efectivas para controlarlo, o si el animal no está debidamente entrenado para comportarse en entornos públicos, se le solicitará al manejador que retire al animal de las instalaciones.

Cámaras de Vigilancia en Áreas Comunes

Para contribuir a la seguridad de nuestros pacientes y del personal, utilizamos cámaras de vigilancia en áreas no sensibles y no privadas, como las salas de espera.

Políticas Financieras y Responsabilidad por Honorarios de Servicios

Los Proveedores prestan sus servicios de manera independiente y aceptan una variedad de planes de seguro, a su entera discreción. Las tarifas para pacientes particulares, según lo permitan las normas y contratos de los planes de seguro, son establecidas por cada Proveedor y pueden variar entre ellos.

Si usted acude a un Proveedor que sea terapeuta o psicólogo para terapia de conversación, los honorarios facturados a su plan de seguro generalmente serán los mismos en cada visita (pueden aplicarse variaciones en los códigos por servicios adicionales prestados). Si usted acude a un Proveedor que sea Enfermero Especializado en Psiquiatría (ARNP) o médico (MD) para servicios de manejo de medicamentos, el o los códigos asignados a dichas visitas y, por ende, el o los honorarios facturados a su aseguradora se basan en múltiples factores, incluidas sus necesidades individuales en el momento de cada visita. Como resultado, sus honorarios pueden variar de una visita a otra.

Cancelaciones Tardías y Cargos por Citas Perdidas

Todos los Proveedores tienen sus propias políticas de cancelaciones tardías y citas perdidas. Consulte la declaración de divulgación individual de su Proveedor para obtener más información sobre cómo se gestionan estos casos. Si tiene alguna inquietud respecto a un cargo por cancelación, comuníquese directamente con su Proveedor. El personal de Mindful Therapy Group no puede eximir ni negociar dichos cargos con usted. Los cargos por cancelación no pueden ser facturados a su compañía de seguros.

Responsabilidad Financiera y Facturación de Seguros

El pago total debe realizarse al momento de cada sesión con su Proveedor, incluidos los montos de pago privado, copagos, coaseguros y deducibles. Se cargará a su tarjeta registrada cualquier saldo pendiente. Si su Proveedor pertenece a la red de su compañía de seguros, su responsabilidad financiera por cada visita se determinará conforme al monto permitido por su aseguradora para el servicio prestado.

Seguro

Si usted decide utilizar los beneficios de su seguro para los servicios, le solicitamos verificar el estatus de red de su Proveedor antes de su primera visita, ya que, de lo contrario, podría estar sujeto al pago de un copago, coaseguro o deducible más alto. Si su visita se considera “fuera de red” o es denegada debido al estatus de red, usted acepta pagar las tarifas correspondientes a servicios fuera de red o de pago privado, según lo requerido por su compañía de seguros.

Verificación de la Elegibilidad del Seguro

Por favor, proporcione información completa y precisa sobre su seguro, así como una copia de su tarjeta de seguro antes de su visita inicial. Esta información se utilizará para verificar la elegibilidad inicial de sus beneficios. Si presenta algún cambio en su seguro, le solicitamos que nos lo informe lo antes posible, a fin de poder verificar su nueva elegibilidad de beneficios. Aunque verificaremos sus beneficios de seguro, es su responsabilidad asegurarse de que los servicios que reciba estén cubiertos por su seguro.

Asignación de Beneficios

A cambio de, y en relación con, todos los servicios proporcionados a usted o a su hijo(a), según corresponda, por su Proveedor, usted cede y transfiere de manera irrevocable a Mindful Therapy Group y a su Proveedor todos los derechos, beneficios, privilegios, protecciones, reclamaciones y cualquier otro interés de cualquier naturaleza, sin limitación, que usted o su hijo(a), según corresponda, tenga actualmente o pueda tener en el futuro en virtud de, o en relación con, cualquier póliza o plan de seguro de salud, plan de beneficios de salud, acuerdo de gestión de atención médica, acuerdo de asunción de riesgos en atención médica, fideicomiso de atención médica, fondo de atención médica u otra fuente de pago, así como cualquier seguro, indemnización o cobertura de salud o médica que le cubra a usted o a su hijo(a), según corresponda. Esta asignación incluye, según corresponda, los derechos de apelación, derechos fiduciarios, derechos a presentar demandas, derechos al pago, derechos a una revisión completa y justa de reclamaciones, derechos a penalidades o intereses, derechos a obtener documentos e información del plan, así como derechos a recibir notificaciones y divulgaciones de cualquier fuente.

Autorización Previa

Su plan de seguro puede requerir una autorización previa antes de que ciertos servicios sean cubiertos. En caso de que dicha autorización no se obtenga o los servicios no estén cubiertos, usted podría ser responsable del costo de los mismos.

Cálculo de Costos

Dado que usted comparte los costos con su compañía de seguros, el aviso de remesa que recibimos junto con la reclamación (el cual suele recibirse entre 3 y 6 semanas después de su presentación) indicará su porción de responsabilidad. Esta puede ser mayor o menor a la estimada inicialmente. Dado que usted comparte los costos con su compañía de seguros, el aviso de remesa que recibimos junto con la reclamación (el cual suele recibirse entre 3 y 6 semanas después de su presentación) indicará su porción de responsabilidad. Esta puede ser mayor o menor a la estimada inicialmente.

Denegaciones de Seguros

Cualquier reclamación devuelta o denegada por su seguro, y que conforme a su póliza permita la facturación directa al paciente, será facturada directamente a usted y será su responsabilidad cubrirla en su totalidad.

Tarjetas de Crédito Registrada

Debe contar con una tarjeta de crédito registrada, la cual podrá ser utilizada para cubrir cualquier saldo que sea su responsabilidad financiera. Dichos saldos se cargarán automáticamente a la tarjeta registrada. Asimismo, puede realizar pagos en persona si acude a una visita en el consultorio.

Las tarjetas de crédito se almacenan a través de nuestro procesador de pagos y se encuentran protegidas mediante sistemas de encriptación. Una vez registrada, su tarjeta solo podrá ser utilizada para cargos a través de nuestro sistema de facturación. Cada vez que se realice un cargo a su tarjeta, usted recibirá una notificación por correo electrónico con los detalles de la transacción.

Esfuerzos para la Recolección de los Pagos

Si su tarjeta es rechazada, el personal de Mindful Therapy Group se pondrá en contacto con usted por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono para solicitarle instrucciones de pago respecto a cualquier saldo pendiente que sea su responsabilidad. Asimismo, se le podrá solicitar que registre una tarjeta de crédito en ese momento.

Un Proveedor podrá suspender el tratamiento en caso de existir saldos pendientes de pago. Aquellos saldos que permanezcan sin un plan de pago establecido durante más de 120 días podrán ser remitidos a una agencia de cobranza externa, lo cual podría afectar negativamente su historial crediticio.

Aviso de Estimación de Buena Fe

Los pacientes sin seguro o que realizan pagos por cuenta propia tienen derecho a recibir una Estimación de Buena Fe de los cargos esperados. Si usted recibe una Estimación de Buena Fe y el monto final de su factura excede dicha estimación por al menos \$400, tiene derecho a impugnar los cargos mediante un proceso federal. Las estimaciones están disponibles a solicitud.

Regulaciones de Facturación de Medicaid

De conformidad con las normas federales de Medicaid (CMS), a los pacientes que utilizan beneficios de Medicaid para cubrir servicios no se les podrá facturar por lo siguiente:

- Servicios cubiertos por el plan de Medicaid, aun cuando el pago no haya sido recibido.
- Servicios denegados debido a errores del Proveedor (como la falta de autorización previa o documentación requerida).
- Citas perdidas, canceladas o tardías.

Los pacientes únicamente podrán ser facturados por servicios no cubiertos por Medicaid si existe un acuerdo por escrito firmado antes de recibir dichos servicios. Si la organización no se encuentra dentro de la red del plan de Medicaid del paciente, este podrá ser responsable de los honorarios y de cualquier costo compartido conforme a lo establecido por su plan. En caso de que el paciente sea posteriormente elegible para Medicaid de manera retroactiva por servicios ya recibidos, cualquier pago realizado por servicios cubiertos deberá ser reembolsado.

Para obtener más información, consulte los documentos de su plan de Medicaid o las regulaciones estatales aplicables de Medicaid.

RECONOCIMIENTOS

Al firmar esta Declaración de Divulgación de la Agencia y del Paciente, reconozco que he leído el presente documento y que acepto los siguientes términos:

- Autorizo a mi Proveedor y/o a Mindful Therapy Group a divulgar información a la(s) compañía(s) de seguros registrada(s) y a recibir el pago directo de dichas compañías por los servicios facturados.
- Reconozco que soy responsable ante mi Proveedor de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, incluidos copagos, coaseguros, deducibles, servicios denegados por falta de autorización, servicios fuera de red, servicios no cubiertos (como terapia de pareja), así como citas perdidas y cargos por cancelaciones tardías, según lo determine mi Proveedor.
- Autorizo a Mindful Therapy Group a realizar cargos a mi tarjeta de crédito registrada por cualquier monto que sea considerado como responsabilidad del paciente por parte de mi compañía de seguros, incluidos los cargos por cancelación aplicables y/o pagos privados.

Nombre del Paciente: _____

Edad y Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

*Si el Paciente es menor de 18 años, su padre, madre u otro tutor legal deberá firmar a continuación.

Firma del Paciente o de su representante: _____

Si la Persona que Firma no es el Paciente, Autoridad/Relación con el Paciente:

_____.

ANEXO A

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Su expediente médico contiene información personal sobre usted y su estado de salud, la cual puede estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), así como por las leyes estatales aplicables. La Información de Salud Protegida (PHI) incluye datos sobre usted, incluida información demográfica, que pueden identificarle y que se relacionan con su estado de salud pasado, presente o futuro, así como con los servicios de atención médica que recibe.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a:

En este aviso, utilizamos los términos “nosotros”, “nos” y “nuestro” para referirnos a Mindful Therapy Group. Este aviso describe las prácticas de dicha organización y de las siguientes personas:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a registrar información en la historia clínica electrónica del Mindful Therapy Group.
- Cualquier profesional de la salud autorizado para prestar servicios en las instalaciones de Mindful Therapy Group.

Sus Derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted cuenta con ciertos derechos. En esta sección se explican dichos derechos. Usted tiene derecho a:

- Usted tiene derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico. Puede solicitar una copia de cierta información de salud que mantenemos sobre usted, y le proporcionaremos dicha copia o un resumen de la misma, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Para ello, deberá completar el Formulario de Solicitud de Registros disponible en nuestro sitio web: <https://mindfurtherapygroup.com/records-request/>. Asimismo, puede solicitar la corrección de la información de salud que considere incorrecta o incompleta. Para ello, deberá presentar una solicitud por escrito ante el Responsable de Privacidad.
- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su domicilio o lugar de trabajo), o que enviemos correspondencia a una dirección diferente. Atenderemos favorablemente todas las solicitudes razonables.
- Usted puede solicitarnos que limitemos el uso o la divulgación de cierta información de salud para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podremos rechazarla si, por ejemplo, consideramos que podría afectar su atención. No obstante, si aceptamos su solicitud, podremos seguir compartiendo dicha información en situaciones de tratamiento de emergencia. Si usted paga en su totalidad, de su propio bolsillo, un servicio o atención médica, puede solicitarnos que no compartamos información relacionada con dicho servicio con su compañía de seguros para fines de pago u operaciones. En ese caso, aceptaremos su solicitud, salvo que la ley nos obligue a divulgar dicha información.

- Usted tiene derecho a solicitar una lista de las ocasiones en que hemos compartido su información de salud. Puede solicitar un registro de dichas divulgaciones correspondientes hasta los seis años previos a la fecha de su solicitud, incluyendo con quién compartimos la información y el motivo. Este registro incluirá todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas (por ejemplo, aquellas que usted nos haya autorizado). Para solicitar este registro, deberá presentar una solicitud por escrito ante el Responsable de Privacidad. Le proporcionaremos un registro sin costo una vez al año; sin embargo, podremos cobrar una tarifa razonable basada en el costo si solicita registros adicionales dentro de un periodo de 12 meses.
- Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de Privacidad. Puede solicitarla en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir este aviso de forma electrónica. Se la proporcionaremos de manera oportuna.
- Puede designar a una persona para que actúe en su nombre. Si ha otorgado a alguien un poder médico o si cuenta con un tutor legal, dicha persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Verificaremos que dicha persona tenga la autoridad correspondiente antes de tomar cualquier medida.
- Recibir una notificación en caso de una vulneración de su Información de Salud Protegida (PHI) no segura. Usted tiene derecho a ser notificado de cualquier vulneración de su Información de Salud Protegida (PHI) no segura.
- Usted puede presentar una queja en nuestro sitio web si considera que sus derechos de privacidad han sido vulnerados, o bien conforme a la información que se proporciona a continuación sobre cómo y dónde presentar dichas quejas. **No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.**

Sus Opciones

n relación con cierta información médica, usted puede tomar decisiones sobre cómo la compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, indíquenos qué desea que hagamos. En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decidir:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en situaciones de asistencia en caso de desastre.

Si usted no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podremos compartir información sobre usted si consideramos que es en su mejor interés. Asimismo, podremos compartir información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En los siguientes casos, nunca compartimos información sobre usted a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- La mayoría de las veces, no compartimos las anotaciones de psicoterapia.
- Venta de Información de Salud Protegida

En el caso de actividades de recaudación de fondos, podremos comunicarnos con usted para tales fines; no obstante, usted podrá indicarnos que no desea recibir este tipo de comunicaciones en el futuro. Sin embargo, si contamos con registros suyos relacionados con trastornos por uso de sustancias que estén sujetos a la normativa federal 42 C.F.R. Parte 2, le proporcionaremos una notificación clara y previa, así como la opción de decidir si desea recibir comunicaciones de recaudación de fondos que utilicen dicha información.

¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente su información de salud? Podemos utilizar o compartir su información de salud sin su autorización en las siguientes situaciones:

- **Tratamiento.** Podemos utilizar y compartir su información de salud con otros profesionales de la salud que participen en su atención. Por ejemplo, podemos compartir su información con su médico de atención primaria o enviar información de prescripción a una farmacia. Asimismo, podemos utilizar su información para recordarle sobre próximas citas.
- **Pago.** Podemos utilizar y compartir su información de salud para administrar nuestras operaciones, mejorar su atención y, cuando sea necesario, comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos utilizar su información para coordinar su tratamiento y los servicios que recibe.
- **Operaciones.** Podemos utilizar y compartir su información de salud para administrar nuestras operaciones, mejorar su atención y, cuando sea necesario, comunicarnos con usted. Por ejemplo, podemos utilizar su información para coordinar su tratamiento y los servicios que recibe.
- **Proveedores de Servicios.** Podemos compartir su información de salud con nuestros asociados comerciales que nos prestan servicios mediante el uso o la divulgación de dicha información. Exigimos a nuestros asociados comerciales que protejan la privacidad y seguridad de su información de salud y que salvaguarden sus derechos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite, y en ciertos casos se nos exige, compartir su información de salud de otras maneras, generalmente con fines que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con múltiples requisitos legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Para la salud y seguridad públicas. Podemos utilizar y compartir su información de salud en determinadas situaciones, tales como:

- Prevenir enfermedades, lo que incluye notificar a personas que puedan haber estado expuestas a una enfermedad o que se encuentren en riesgo de contraerla o propagarla.
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Realizar investigaciones. Podemos utilizar o compartir su información de salud con fines de investigación, siempre que se cumplan ciertos requisitos diseñados para proteger la privacidad de su información.

Cumplimiento de la ley

Podemos compartir información sobre usted si así lo requieren las leyes estatales o federales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea necesario para verificar que cumplimos con la normativa de HIPAA.

Atender solicitudes de autoridades, del gobierno u otros requerimientos legales, incluidos aquellos relacionados con demandas y acciones legales. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud:

- Para fines de cumplimiento de la ley o con autoridades encargadas de hacerla cumplir, bajo limitaciones estrictas.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, procedimientos o acciones, inspecciones y medidas disciplinarias.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación. Si contamos con registros suyos relacionados con trastornos por uso de sustancias protegidos conforme a 42 C.F.R. Parte 2, únicamente podremos utilizar o divulgar dicha información en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra si: (1) contamos con su consentimiento, o (2) existe una orden judicial específica y una citación relacionada con dichos registros. Esto incluye reclamaciones de compensación laboral.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.
- Con un forense, médico forense o director funerario, según sea necesario para el desempeño de sus funciones.
- Con organizaciones de obtención de órganos, en la medida necesaria para responder o facilitar solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Algunos estados cuentan con leyes más estrictas que HIPAA, como aquellas que protegen la información de salud mental. Si una ley estatal aplicable establece restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su información de salud, por ejemplo, una ley que requiera su consentimiento previo por escrito, cumpliremos con dicha normativa más estricta. Si desea obtener más información sobre las leyes estatales aplicables, puede comunicarse con el Responsable de Privacidad.

Nuestras Responsabilidades

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su Información de Salud Protegida. Debemos cumplir con las prácticas descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.

Asimismo, le notificaremos oportunamente en caso de que ocurra una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su Información de Salud Protegida.

Su Información de Salud Protegida no será utilizada ni divulgada sin su autorización por escrito, salvo en los casos descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede revocar en cualquier momento las autorizaciones que haya otorgado mediante la presentación de una notificación escrita actualizada.

Cambios en los Términos de este Aviso

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier nueva versión del Aviso de Prácticas de Privacidad será aplicable a toda la Información de Salud Protegida que mantengamos en ese momento. La versión revisada estará disponible para usted y será publicada en el sitio web de Mindful Therapy Group.

Para Más Información o para Presentar una Queja

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea obtener información adicional, puede comunicarse con nuestro Responsable de Privacidad al número de teléfono que se indica a continuación. Si considera que sus derechos han sido vulnerados, tiene derecho a presentar una queja ante nuestro Responsable de Privacidad o ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Building, Washington, D.C. 20201, o por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Todas las quejas dirigidas a nuestro Responsable de Privacidad deberán presentarse por escrito y describir el motivo de la misma.

Información de Contacto de Privacidad:

Sadie Forester, Responsable de Privacidad (HIPAA)

Teléfono: 425-678-6463 ext. 907 Correo electrónico:

SForester@mindfulsupportservices.com Dirección: [21907 64th Ave W Suite 200, Mountlake Terrace, WA 98043](#) Fecha de entrada en vigor: 1 de junio de

2023; última revisión: 2 de marzo de 2026

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

Ofrecemos servicios de asistencia lingüística. Contamos con ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles sin costo alguno. Llame al 1-425-640-7009 (TTY: 711 o su servicio de retransmisión preferido) o comuníquese con su Proveedor.

Español

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Asimismo, ofrecemos, sin costo, ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-425-640-7009 (TTY: 711 o su servicio de retransmisión preferido) o comuníquese con su Proveedor.

Chino (Simplificado)

如果您说中文，我们可为您提供免费的语言协助服务。我们还可免费提供适当的辅助设备和服务，以便以无障碍格式提供信息。请致电 1-425-640-7009（TTY：711 或您首选的中继服务），或与您的服务提供者联系。

Vietnamita

Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-425-640-7009 (TTY: 711 hoặc dịch vụ chuyển tiếp ưa thích của bạn) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

Somali

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawinta luqadda ayaa kuu diyaar ah bilaash. Adeegyada iyo qalabka kaabaya ee ku habboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la heli karo ayaa sidoo kale bilaash ah. Wac 1-425-640-7009 (TTY: 711 ama adeegga gudbinta ee aad doorbidayso) ama la hadal bixiyahaaga.

Coreano

한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기기 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-425-640-7009 (TTY: 711 또는 선호하는 중계 서비스)로 전화하시거나 담당 제공자에게 문의하십시오.

Ruso

Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-425-640-7009 (TTY: 711 или предпочитаемая служба ретрансляции) или обратитесь к своему специалисту.

Tagalo (Filipino)

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga libreng serbisyo sa tulong sa wika na available para sa iyo. Ang mga naaangkop na pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-425-640-7009 (TTY: 711 o ang iyong gustong relay service) o makipag-usap sa iyong provider.

Ucraniano

Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги мовної допомоги. Також безкоштовно надаються відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах. Телефонуйте за номером 1-425-640-7009 (TTY: 711 або ваша бажана служба ретрансляції) або зверніться до свого постачальника послуг.

Árabe

كما تتوفر مجانًا وسائل وخدمات مساعدة مناسبة لتقديم المعلومات بصيغ يسهل. إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانًا 7009-640-425-1 اتصل على الرقم. الوصول إليها: TTY: 711 أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك (أو خدمة الترحيل المفضلة لديك).

Amárico

አማርኛ ከሆነ በነፃ የቋንቋ እርዳታ አገልግሎቶች ይገኛሉ። መረጃን በሚደርስ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የረዳት መሰሪያዎችና አገልግሎቶች ደግሞ በነፃ ይገኛሉ። ወደ 1-425-640-7009 (TTY: 711 ወይም የሚመርጡት የመላኪያ አገልግሎት) ይደውሉ ወይም ከአቅራቢዎ ጋር ይነጋገሩ።

Hindi

यदि आप हिंदी में बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जाकारी प्राप्त करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-425-640-7009 (TTY: 711 या आपकी पसिंदी ररले सेवा) पर कॉल करें या अपने प्राता से बात करें।

Japones

日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。情報を利用しやすい形式で提供するための適切な補助機器およびサービスも無料で提供されます。1-425-640-7009 (TTY: 711またはご希望のリレーサービス) までお電話いただくか、担当者にご相談ください。

Punjabi

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਪਹਿੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਉਵਚਤ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-425-640-7009 (TTY: 711 ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਰੀਲੇ ਸੇਵਾ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Oromo

Yoo Afaan Oromoo dubbattu, tajaajilli gargaarsa afaanii kaffaltii malee ni argama. Odeeffannoo haala salphaan argamuun dhiyeessuuf meeshaalee fi tajaajiloonni gargaarsaa sirrii ta'anis kaffaltii malee ni kennamu. Gara 1-425-640-7009 (TTY: 711 ykn tajaajila dabarsaa filatamaa keessan) bilbilaa ykn dhiyeessaa keessan waliin haasa'aa.

Francés

Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-425-640-7009 (ATS : 711 ou votre service de relais préféré) ou parlez à votre prestataire.

Por favor, acuse recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

ANEXO B: ACUERDO DE TELESALUD

Introducción a la Telesalud

Los Proveedores de Mindful Therapy Group (los “Proveedores”) tienen la capacidad de ofrecer sesiones de manera virtual a través de una plataforma de telesalud en línea. La “Telesalud” incluye la prestación de servicios de atención médica, diagnóstico, tratamiento y consultas mediante el uso de video interactivo, audio y/o comunicaciones de datos. Para las sesiones de telesalud, usted se conectará con su Proveedor a través de una plataforma en línea encriptada que cumple con los requisitos de HIPAA.

Requerimientos Tecnológicos

Para participar en las sesiones de telesalud, deberá contar con acceso a la tecnología adecuada y estar familiarizado con su uso.

Intercambio de Información

Los documentos que se intercambien se facilitarán probablemente por vía electrónica o por correo postal.

Durante su sesión de telesalud, se analizarán con usted los detalles de su historial médico y su información de salud personal mediante el uso de video o audio interactivo.

Su Proveedor podrá compartir su historial médico y su información de salud personal con otros profesionales de la salud con fines de tratamiento, ya sea en persona, por correo electrónico seguro o mediante video o audio interactivo.

Pagos

Requerimos que cuente con una tarjeta de crédito registrada antes de cualquier sesión de telesalud. Los cargos a su tarjeta se realizarán con base en una estimación del costo de los servicios proporcionados y de la información disponible de su compañía de seguros. Nos reservamos el derecho de ajustar el monto cobrado conforme recibamos información actualizada de su compañía de seguros.

Profesionales Locales

Si surge la necesidad de recibir servicios de salud mental de manera presencial, puede solicitar una cita con su Proveedor. Si las sesiones presenciales con su Proveedor no están disponibles o no son factibles, será su responsabilidad ponerse en contacto con profesionales en su área. También puede comunicarse con su médico de atención primaria en caso de que su Proveedor no esté disponible.

Riesgos de la Tecnología

Los servicios de telesalud dependen del uso de la tecnología. Existen riesgos asociados con la transmisión de información, incluidos, entre otros, vulneraciones de confidencialidad, robo de información personal e interrupciones del servicio debido a dificultades técnicas.

Plan de Modificación

Usted y su Proveedor reevaluarán periódicamente la conveniencia de continuar prestándole servicios mediante estas tecnologías y, de ser necesario, ajustarán su plan de tratamiento.

Protocolo de Emergencia e Interrupción del Servicio

Durante una sesión de telesalud, si ocurre una falla tecnológica, la opción de respaldo más confiable es comunicarse directamente con su Proveedor. En caso de una falla de Internet o de la plataforma, utilice la información de contacto de respaldo de su Proveedor. Su Proveedor podrá solicitar que esta información de contacto se utilice únicamente durante su visita programada con el fin de resolver cualquier dificultad técnica.

En caso de interrupción del servicio o por motivos administrativos o de rutina, puede ser necesario comunicarse por otros medios. En tales circunstancias, puede llamar a la oficina administrativa de Mindful Therapy Group al 425-640-7009 si no logra comunicarse con su Proveedor a través de su información de contacto alternativa. Si experimenta una emergencia durante una falla técnica, llame al 9-1-1 (para todas las emergencias) o al 9-8-8 (para crisis suicidas o emergencias de salud mental).

Confidencialidad

Es su responsabilidad mantener la privacidad en el extremo del cliente de la comunicación. Si decide participar en servicios de telesalud, deberá elegir un entorno seguro para interactuar mediante tecnología y ser consciente de que su familia, amigos, empleadores, compañeros de trabajo, personas desconocidas o incluso terceros malintencionados podrían escuchar sus comunicaciones o acceder a la tecnología que está utilizando. Asimismo, usted acepta no grabar ninguna sesión de telesalud.

Leyes y Normas Profesionales

Las leyes y normas profesionales que se aplican a los servicios de salud mental presenciales de su Proveedor también aplican a los servicios de telesalud. Este documento no sustituye otros acuerdos, contratos o documentación de consentimiento informado.

RECONOCIMIENTO DE TELESALUD

Como cliente de Mindful Therapy Group, reconozco que tendré la oportunidad, pero no la obligación, de utilizar una plataforma de videoconferencia (es decir, telesalud) para mis sesiones con mi Proveedor. El uso de la telesalud queda a la discreción mutua de mi Proveedor y mía.

- Al utilizar telesalud, acepto participar en sesiones basadas en tecnología con mi Proveedor, y autorizo que la información relacionada con mi salud sea transmitida electrónicamente, en forma de imágenes y datos, a través de una conexión de video interactiva, hacia y desde mi Proveedor y otras personas involucradas en mi atención médica.
- Declaro que utilizo mi propio equipo para comunicarme y no un equipo que pertenezca a terceros, y que no estoy utilizando específicamente el equipo o la red de mi empleador. Asimismo, reconozco que cualquier información que introduzca en un equipo de mi empleador puede ser considerada propiedad del mismo y que, por lo tanto, mi privacidad podría verse comprometida.
- He leído detenidamente este documento y comprendo plenamente sus beneficios y riesgos. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenía y he recibido respuestas satisfactorias. Con este conocimiento, doy mi consentimiento voluntario para participar en sesiones de telesalud, incluyendo, entre otros, servicios de atención, tratamiento y aquellos que se consideren necesarios y apropiados, conforme a los términos aquí descritos.

Nombre del Paciente: _____

Edad y Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

*Si el Paciente es menor de 18 años, consulte la **Adenda de la Ley Estatal** para obtener instrucciones sobre quién debe firmar este acuerdo de telesalud.

Firma del Paciente o de su representante: _____

Si la Persona que Firma no es el Paciente, Autoridad/Relación con el Paciente:

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Reconozco que he leído este párrafo y que entiendo plenamente su importancia. Por la presente, libero, eximo de responsabilidad, indemnizo y mantengo indemne a Mindful Therapy Group y a Mindful Support Services, así como a sus afiliados, contratistas y empleados, frente a cualquier responsabilidad derivada de, o relacionada con, mi participación en servicios de telesalud. Esto incluye, entre otros, cualquier vulneración de datos ocasionada por mi propia actuación o por la falta de mi Proveedor en asegurar los dispositivos tecnológicos o garantizar la seguridad del entorno de la sesión. Asimismo, asumo la responsabilidad de asegurar que las comunicaciones no puedan ser escuchadas por terceros no autorizados.

Nombre del Paciente: _____

Edad y Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

*Si el Paciente es menor de 18 años, su padre, madre u otro tutor legal deberá firmar a continuación.

Firma del Paciente o de su representante: _____

Si la Persona que Firma no es el Paciente, Autoridad/Relación con el Paciente:

Adenda del Estado de Arizona

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Examinadores de Salud Conductual: <https://www.azbbhe.us/node/3>
- Junta Médica:
<https://azbomprod.azmd.gov/glsuiteweb/clients/azbom/public/webverificationsearch.asp>
[X](#)
- Junta de Enfermería: <https://www.azbn.gov/license-verification>

Edad de consentimiento para recibir consulta de Telesalud-Mental: Si el paciente es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal debe dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental a en su nombre. Si el paciente tiene 18 años o más, puede dar su consentimiento para recibir los servicios de la Telesalud-Mental en su propio nombre. Estatutos Rev. de Arizona. § 36-2272.

Adenda del Estado de Colorado

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Todos los profesionales con licencia: <https://apps.colorado.gov/dora/licensing/Lookup/LicenseLookup.aspx>

Edad de consentimiento para servicios de telesalud en salud mental: Si el Paciente es menor de 12 años, su padre, madre o tutor legal deberá otorgar su consentimiento para recibir servicios de salud mental en su nombre. Si el Paciente tiene 12 años o más, podrá otorgar su propio consentimiento para recibir servicios de salud mental sin la participación de los padres. Estatutos Revisados de Colorado, § 12-245-203.5.

Adenda del Estado de Minnesota

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Salud Conductual y Terapia: <https://bht.hlb.state.mn.us/#/onlineEntitySearch>
- Junta de Trabajo Social: <https://soc.hlb.state.mn.us/#/services/onlineLicenseSearch>
- Junta de Terapia Matrimonial y Familiar: <https://mft.hlb.state.mn.us/#/services/onlineLicenseSearch>
- Junta de Enfermería: <https://mbn.hlb.state.mn.us/#/services/onlineEntitySearch>
- Junta de Práctica Médica: <https://bmp.hlb.state.mn.us/#/onlineEntitySearch>

Edad de consentimiento para servicios de telesalud en salud mental: Si el Paciente es menor de 16 años, su padre, madre o tutor legal deberá otorgar su consentimiento para recibir servicios de salud mental en su nombre. Si el Paciente tiene 16 años o más, podrá otorgar su propio consentimiento para recibir servicios de salud mental sin la participación de los padres. Estatutos de Minnesota § 144.3431. Si el Paciente es menor de 16 años, existen ciertas situaciones en las que puede otorgar su propio consentimiento para recibir tratamiento. Los criterios para estas excepciones pueden consultarse en los Estatutos de Minnesota §§ 144.341, 144.342 y 144.344.

Notificación de Acuerdo Financiero entre Mindful Therapy Group, P.C. y su Proveedor Mindful Therapy Group, P.C. (“Mindful Therapy Group”) es una corporación profesional que contrata a clínicos con licencia que ejercen de manera independiente (los “Proveedores”) para la prestación de servicios de salud mental.

Cuando usted recibe servicios de un Proveedor a través de Mindful Therapy Group, el costo total facturado por su visita incluye: (1) los servicios clínicos profesionales proporcionados por su Proveedor y (2) los servicios administrativos y de apoyo no clínicos proporcionados por Mindful Therapy Group.

Los Proveedores son compensados conforme a un acuerdo por escrito con Mindful Therapy Group. Dicha compensación se establece con anticipación y refleja el valor justo de mercado de los servicios profesionales y administrativos prestados. Su Proveedor mantiene plena responsabilidad por todas las decisiones clínicas y por el tratamiento que le brinda.

Los términos específicos del contrato (como porcentajes exactos u otros detalles comerciales) son confidenciales y no se incluyen en este aviso; sin embargo, usted puede hacer preguntas sobre este acuerdo en cualquier momento. Usted es libre de elegir cualquier proveedor o centro de atención médica calificado para recibir sus servicios y no está obligado a recibir atención a través de Mindful Therapy Group ni de ningún Proveedor afiliado a esta organización. Su decisión sobre dónde recibir servicios no afectará su capacidad para obtener tratamiento en otro lugar.

Adenda del Estado de Nevada

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Examinadores de Trabajo Social: <https://services.socwork.nv.gov/verify/index.asp>
- Junta de Examinadores de Psicología: <https://psyexam.nv.gov/License-Lookup/>
- Junta de Examinadores de Terapia Matrimonial y Familiar y de Consejería Clínica Profesional: <https://marriage.nv.gov/>
- Junta de Examinadores Médicos: <https://nsbme.us.thentiacloud.net/webs/nsbme/register/>
- Junta de Enfermería: <https://nvbn.boardsofnursing.org/licenselookup>

Edad de consentimiento para servicios de telesalud en salud mental: Si el Paciente es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberá otorgar su consentimiento para recibir servicios de salud mental en su nombre. Si el Paciente tiene 18 años o más, podrá otorgar su propio consentimiento para recibir dichos servicios. Estatutos Revisados de Nevada, § 433.484.

Adenda del Estado de Oregon

Sitios web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Junta de Consejeros y Terapeutas Profesionales con Licencia: <https://www.oregon.gov/oblpc/Pages/index.aspx>
- Junta de Examinadores para Trabajadores Sociales con Licencia: <https://www.oregon.gov/blsw/Pages/index.aspx>
- Junta Médica: <https://omb.oregon.gov/search>
- Junta de Enfermería: https://www.oregon.gov/osbn/pages/primary_source_verification.aspx

Edad de consentimiento para servicios de telesalud en salud mental: Si el Paciente es menor de 14 años, su padre, madre o tutor legal deberá otorgar su consentimiento para recibir servicios de salud mental en su nombre. Si el Paciente tiene 14 años o más, podrá otorgar su propio consentimiento para recibir dichos servicios sin la participación de los padres. Estatutos Revisados de Oregon, § 109.675.

Adenda del Estado de Texas

Sitio web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Todos los proveedores de salud conductual con licencia en Texas pueden ser verificados a través del Consejo Ejecutivo de Salud Conductual de Texas: <https://bhec.texas.gov/verify-a-license/>

Edad de consentimiento para servicios de telesalud en salud mental en Texas: Si el Paciente es menor de 18 años, se requiere el consentimiento de uno de los padres o de su tutor legal para recibir servicios de salud mental. Un menor puede otorgar su propio consentimiento para recibir servicios de telesalud en salud mental si cumple con ciertos criterios establecidos en el Código de Familia de Texas § 32.004.

Adenda del Estado de Washington

Sitio web de la junta estatal de licencias para verificar las credenciales del Proveedor:

- Todos los proveedores de atención médica con licencia:
<https://fortress.wa.gov/doh/providercredentialsearch/>

Edad de consentimiento para servicios de salud mental: Edad de consentimiento para servicios de salud mental: Si el Paciente es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberá otorgar su consentimiento para recibir servicios de salud mental en su nombre, salvo que el Paciente sea evaluado como un menor maduro por el Proveedor tratante. Si el Paciente tiene 18 años o más, podrá otorgar su propio consentimiento para recibir servicios de salud mental. Código Revisado de Washington, § 7.70.065.