

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW YOUR HEALTH INFORMATION MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. YOU MAY HAVE ADDITIONAL RIGHTS UNDER STATE AND LOCAL LAW. PLEASE SEEK LEGAL COUNSEL FROM AN ATTORNEY LICENSED IN YOUR STATE IF YOU HAVE QUESTIONS REGARDING YOUR RIGHTS TO HEALTH CARE INFORMATION.

EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE

This notice went into effect on July 6, 2026

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY NOTICE

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (hereafter, "HIPAA"), you have certain rights regarding the use and disclosure of your protected health information (hereafter, "PHI").

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 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 the 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 PHI 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 PHI, which is otherwise confidential, in order to assist the clinician in diagnosis and treatment of your health condition. I may also use your PHI for operations purposes, including sending you appointment reminders, billing invoices and other documentation.

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 you or your minor child(ren) 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 the Department of Health and Human Services (HHS) 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.** I will not use or disclose your PHI for marketing purposes without your prior written consent. For example, if I request a review from you and plan to share the review publically online or elsewhere to advertise my services or my practice, I will provide you with a release form and HIPAA authorization. The HIPAA authorization is required in the instance that your review contains PHI (i.e., your name, the date of the service you received, the kind of treatment you are seeking or other personal health details). Because you may not realize which information you provide is considered "PHI," I will send you a HIPAA authorization and request your signature regardless of the content of your review. Once you complete the HIPAA authorization, I will have the legal right to use your review for advertising and marketing purposes, even if it contains PHI. You may withdraw this consent at any time by submitting a written request to me via the email address I keep on file or via certified mail to my address. Once I have received your written withdrawal of consent, I will remove your review from my website and from any other places where I have posted it. I cannot guarantee that others who may have copied your review from my website or from other locations will also remove the review. This is a risk that I want you to be aware of, should you give me permission to post your review.

3. **Sale of PHI.** I will not sell your PHI.

IV. USES AND DISCLOSURES THAT 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. I have to meet certain legal conditions before I can share your information for these purposes:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. For health oversight activities, including audits and investigations.
5. For judicial and administrative proceedings, including responding to a court or administrative order or subpoena, although my preference is to obtain an Authorization from you before doing so if I am so allowed by the court or administrative officials.
6. For law enforcement purposes, including reporting crimes occurring on my premises.
7. To coroners or medical examiners, when such individuals are performing duties authorized by law.
8. 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.
9. Specialized government functions, including, ensuring the proper execution of military missions; protecting the President of the United States; conducting intelligence or counterintelligence operations; or, helping to ensure the safety of those working within or housed in correctional institutions.
10. 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.
11. For organ and tissue donation requests.

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

Disclosures to family, friends, or others: You have the right and choice to tell me that I may provide your PHI to a family member, friend, or other person whom you indicate is involved in your care or the payment for your health care, or to share you information in a disaster relief situation. The opportunity to consent may be obtained retroactively in emergency situations to mitigate a serious and immediate threat to health or safety or if you are unconscious.

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 the disclosure 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 in limited circumstances, you have the right to get an electronic or paper copy of your medical record and other information that I have about you. Ask us how to do this. I will provide you with a copy of your record, or if you agree, a summary of it, within 30 days of receiving your written request. 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, and other disclosures (such as any you ask me to make). Ask me how to do this. 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 to get a paper copy of this Notice, and you have the right to get a copy of this notice by email. And, even if you have agreed to receive this Notice via email, you also have the right to request a paper copy of it.
8. The Right to Choose Someone to Act For You. If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can make choices about your health information.
9. The Right to Revoke an Authorization.
10. The Right to Opt out of Communications and Fundraising from our Organization.
11. The Right to File a Complaint. You can file a complaint if you feel I have violated your rights by contacting me using the information on page one or by filing a complaint with the HHS Office for Civil Rights located at 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, calling HHS at (877) 696-6775, or by visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. I will not retaliate against you for filing a complaint.

VII. CHANGES TO THIS NOTICE

I can change the terms of this Notice, and such changes will apply to all the information I have about you. The new Notice will be available upon request, in my office and on my website.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE. ES POSIBLE QUE USTED TENGA DERECHOS ADICIONALES BAJO LA LEY ESTATAL Y LOCAL. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE SUS DERECHOS A LA INFORMACIÓN DE SALUD, CONSULTE A UN ABOGADO CON LICENCIA EN SU ESTADO.

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO

Este aviso entró en vigencia el Julio 6, 2026.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (en adelante, "HIPAA"), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida (en adelante, "PHI").

I. MI COMPROMISO CON SU INFORMACIÓN DE SALUD:

Entiendo que la información sobre usted y su atención médica es personal. Me comprometo a proteger su información de salud. Creo un registro de la atención y los servicios que recibe de mi parte. Necesito este registro para brindarle 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 informará sobre las formas en que puedo usar y divulgar su información de salud. También describo sus derechos sobre la información de salud que mantengo sobre usted, y describo ciertas obligaciones que tengo con respecto al uso y divulgación de su información de salud.

Estoy obligado/a por ley a:

- Asegurarme de que la PHI que lo/la identifica se mantenga en privacidad.
- Proporcionarle este aviso sobre mis obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud.
- Seguir los términos del aviso que esté vigente en el 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 a petición, en mi consultorio y en mi sitio web.

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

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que uso y divulgo información de salud. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaré lo que significa y trataré de dar algunos

ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones dentro de una categoría. 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 atención médica:

Las reglas federales de privacidad permiten a los proveedores de atención médica que tienen una relación de tratamiento directo con el/la paciente/cliente usar o divulgar la información de salud personal del/de la paciente/cliente sin autorización escrita, para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica del propio proveedor. También puedo divulgar su PHI para actividades de tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Esto también se puede hacer sin su autorización escrita. Por ejemplo, si un/a clínico/a necesitara consultar con otro/a proveedor de atención médica con licencia sobre su condición, tendríamos permitido usar y divulgar su PHI para ayudar al/a la clínico/a en el diagnóstico y tratamiento de su condición de salud. También puedo usar su PHI para propósitos operativos, incluyendo el envío de recordatorios de citas, facturas y otra documentación.

Las divulgaciones con fines de tratamiento no están limitadas al estándar mínimo necesario, ya que los/las terapeutas y otros proveedores de atención médica necesitan acceso al registro completo para brindar 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 referencias de un/a paciente para atención médica de un/a proveedor a otro/a.

Demandas y disputas:

Si usted está involucrado/a en una demanda, puedo divulgar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También puedo divulgar información de salud sobre usted o sus hijos/as menores en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

III. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Notas de psicoterapia.

Mantengo "notas de psicoterapia" según se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su Autorización, a menos que el uso o divulgación sea:

- Para mi uso en su tratamiento.
- Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de salud mental.

- Para mi uso en defenderme en procedimientos legales iniciados por usted.
- Para uso del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para investigar mi cumplimiento con HIPAA.
- Requerido por ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.
- Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de salud relacionadas con el/la originador/a de las notas de psicoterapia.
- Requerido por un médico forense que realiza funciones autorizadas por ley.
- Requerido para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud y seguridad de otras personas.

Propósitos de marketing.

No usaré ni divulgaré su PHI con fines de marketing sin su consentimiento previo por escrito. Por ejemplo, si le solicito una reseña y planeo compartirla públicamente en línea o en otro lugar para publicitar mis servicios o práctica, le proporcionaré un formulario de autorización de HIPAA. La autorización de HIPAA es requerida en caso de que su reseña contenga PHI (es decir, su nombre, la fecha del servicio recibido, el tipo de tratamiento que busca u otros detalles personales de salud). Puede retirar este consentimiento en cualquier momento enviándome una solicitud por escrito a través del correo electrónico que tengo registrado o mediante correo certificado a mi dirección. Una vez que reciba su retiro escrito de consentimiento, eliminaré su reseña de mi sitio web y de cualquier otro lugar donde la haya publicado. No puedo garantizar que otras personas que hayan copiado su reseña también la eliminen.

Venta de PHI.

No venderé su PHI.

IV. USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Sujeto a ciertas limitaciones legales, puedo usar y divulgar su PHI sin su Autorización por las siguientes razones:

- Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud.
- Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal.
- Para actividades de salud pública, incluyendo reportar sospecha de abuso infantil, de ancianos o de adultos dependientes, o prevenir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.
- Para actividades de supervisión de salud, incluyendo auditorías e investigaciones.

- Para procedimientos judiciales y administrativos, incluyendo responder a una orden judicial o administrativa o citación.
- Para propósitos de aplicación de la ley, incluyendo reportar delitos en mis instalaciones.
- A médicos forenses o examinadores médicos, cuando dichas personas realizan funciones autorizadas por ley.
- Para propósitos de investigación.
- Funciones gubernamentales especializadas, incluyendo asegurar la correcta ejecución de misiones militares; proteger al Presidente de los Estados Unidos; y ayudar a garantizar la seguridad de quienes trabajan en instituciones correccionales.
- Para propósitos de compensación laboral.
- Para solicitudes de donación de órganos y tejidos.

V. CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES REQUIEREN QUE USTED TENGA LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR:

Divulgaciones a familiares, amigos u otras personas:

Usted tiene el derecho y la opción de indicarme que puedo proporcionar su PHI a un familiar, amigo u otra persona que usted indique que está involucrada en su atención o en el pago de su atención médica, o para compartir su información en una situación de socorro ante desastres. La oportunidad de consentir puede obtenerse de forma retroactiva en situaciones de emergencia para mitigar una amenaza grave e inmediata para la salud o seguridad, o si usted está inconsciente/a.

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

El derecho a solicitar límites en el uso y divulgación de su PHI.

Usted tiene el derecho de pedirme que no use ni divulgue cierta PHI para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estoy obligado/a a aceptar su solicitud, y puedo decir "no" si creo que afectaría su atención médica.

El derecho a solicitar restricciones para gastos pagados en su totalidad de su bolsillo.

Tiene el derecho de solicitar restricciones sobre la divulgación de su PHI a planes de salud para propósitos de pago u operaciones de atención médica si la PHI se relaciona únicamente con un artículo o servicio de atención médica que usted pagó de su bolsillo en su totalidad.

El derecho a elegir cómo le envío PHI.

Tiene el derecho de pedirme que me comunique con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que envíe correspondencia a una dirección diferente, y accederé a todas las solicitudes razonables.

El derecho a ver y obtener copias de su PHI.

Salvo en circunstancias limitadas, tiene el derecho de obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información que tengo sobre usted. Le proporcionaré una copia de su registro, o si está de acuerdo, un resumen del mismo, dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito. Puedo cobrar una tarifa razonable basada en costos.

El derecho a obtener una lista de las divulgaciones que he realizado.

Tiene el derecho de solicitar una lista de los casos en que he divulgado su PHI para propósitos distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Responderé a su solicitud de contabilidad de divulgaciones dentro de los 60 días de recibir su solicitud. La lista que le proporcionaré incluirá las divulgaciones realizadas en los últimos seis años.

El derecho a corregir o actualizar su PHI.

Si cree que hay un error en su PHI, o que falta un fragmento de información importante, tiene el derecho de solicitar que corrija la información existente o añada la información faltante. Puedo decir "no" a su solicitud, pero le diré el motivo por escrito dentro de los 60 días de recibir su solicitud.

El derecho a obtener una copia en papel o electrónica de este Aviso.

Tiene el derecho de obtener una copia en papel de este Aviso, y también por correo electrónico. Incluso si ha acordado recibir este Aviso por correo electrónico, también tiene el derecho de solicitar una copia en papel.

El derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre.

Si ha otorgado poder notarial médico a alguien o si alguien es su tutor/a legal, esa persona puede tomar decisiones sobre su información de salud.

El derecho a revocar una Autorización.

El derecho a optar por no recibir comunicaciones y solicitudes de donación de nuestra organización.

El derecho a presentar una queja.

sonia'sPlace-Children and Family Counseling
210 W. College Street, Grapevine, TX 76051]
Phone: 817-768-8657
Email:
info@SoniasPlace-childrenandfamilycounseling.com

Puede presentar una queja si cree que he violado sus derechos comunicándose conmigo usando la información en la página uno, o presentando una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del HHS ubicada en 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, llamando al HHS al (877) 696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaré represalias en su contra por presentar una queja.

VII. CAMBIOS A ESTE AVISO:

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 a petición, en mi consultorio y en mi sitio web.