



Fulcrum Counseling Services, LLC

Notice of Privacy Practices

Notice of Privacy Practices

Patient John Doe
DOB Jun 10, 2025

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN OBTAIN ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. / ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. / ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. / ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

The terms of this Notice of Privacy Practices ("Notice") apply to [Practice Name], its affiliates and its employees. Fulcrum Counseling Services, LLC will share protected health information of patients as necessary to carry out treatment, payment, and health care operations as permitted by law.

We are required by law to maintain the privacy of our patients' protected health information and to provide patients with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. We are required to abide by the terms of this Notice for as long as it remains in effect. We reserve the right to change the terms of this Notice as necessary and to make a new notice of privacy practices effective for all protected health information maintained by Fulcrum Counseling Services, LLC. We are required to notify you in the event of a breach of your unsecured protected health information. We are also required to inform you that there may be a provision of state law that relates to the privacy of your health information that may be more stringent than a standard or requirement under the Federal Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"). A copy of any revised Notice of Privacy Practices or information pertaining to a specific State law may be obtained by mailing a request to the Privacy Officer at the address below.

Los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") se aplican a [Nombre de la Práctica], sus afiliados y sus empleados. Fulcrum Counseling Services, LLC compartirá la información médica protegida de los pacientes según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica según lo permita la ley.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida de nuestros pacientes y a notificar a los pacientes nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso durante el tiempo que permanezca en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso según sea necesario y de hacer efectivo un nuevo aviso de prácticas de privacidad para toda la información de salud protegida mantenida por Fulcrum Counseling Services, LLC. Estamos obligados a notificarle en caso de una violación de su información médica protegida no segura. También estamos obligados a informarle que puede haber una disposición de la ley estatal relacionada con la privacidad de su información de salud que puede ser más estricta que un estándar o requisito bajo la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA"). Se puede obtener una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado o información relacionada con una ley estatal específica enviando una solicitud por correo al Oficial de Privacidad a la dirección que se indica a continuación.

USES AND DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION: / USOS Y

DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Authorization and Consent: / Autorización y consentimiento:

Except as outlined below, we will not use or disclose your protected health information for any purpose other than treatment, payment or health care operations unless you have signed a form authorizing such use or disclosure. You have the right to revoke such authorization in writing, with such revocation being effective once we actually receive the writing; however, such revocation shall not be effective to the extent that we have taken any action in reliance on the authorization, or if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, other law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy or the policy itself.

A excepción de lo que se describe a continuación, no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para ningún otro propósito que no sea el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, a menos que haya firmado un formulario que autorice dicho uso o divulgación. Tiene derecho a revocar dicha autorización por escrito, y dicha revocación entrará en vigor una vez que recibamos el escrito; Sin embargo, dicha revocación no será efectiva en la medida en que hayamos tomado alguna acción en función de la autorización, o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley otorga al asegurador el derecho de impugnar un reclamo en virtud de la póliza o la póliza misma.

Uses and Disclosures for Treatment: / Usos y divulgaciones para el tratamiento:

We will make uses and disclosures of your protected health information as necessary for your treatment. Doctors and nurses and other professionals involved in your care will use information in your medical record and information that you provide about your symptoms and reactions to your course of treatment that may include procedures, medications, tests, medical history, etc.

Haremos usos y divulgaciones de su información médica protegida según sea necesario para su tratamiento. Los médicos, las enfermeras y otros profesionales involucrados en su atención utilizarán la información de su expediente médico y la información que usted proporcione sobre sus síntomas y reacciones a su curso de tratamiento, que puede incluir procedimientos, medicamentos, pruebas, historial médico, etc.

Uses and Disclosures for Payment: / Usos y divulgaciones para el pago:

We will make uses and disclosures of your protected health information as necessary for payment purposes. During the normal course of business operations, we may forward information regarding your medical procedures and treatment to your insurance company to arrange payment for the services provided to you. We may also use your information to prepare a bill to send to you or to the person responsible for your payment.

Haremos usos y divulgaciones de su información médica protegida según sea necesario para fines de pago. Durante el curso normal de las operaciones comerciales, podemos enviar información sobre sus procedimientos y tratamientos médicos a su compañía de seguros para organizar el pago de los servicios que se le brindan. También podemos utilizar su información para preparar una factura para enviársela a usted o a la persona responsable de su pago.

Uses and Disclosures for Health Care Operations: / Usos y divulgaciones para operaciones de atención médica:

We will make uses and disclosures of your protected health information as necessary, and as permitted by law, for our health care operations, which may include clinical improvement, professional peer review, business management, accreditation and licensing, etc. For instance, we may use and disclose your protected health information for purposes of improving clinical treatment and patient care.

Haremos usos y divulgaciones de su información médica protegida según sea necesario, y según lo permita la ley, para nuestras operaciones de atención médica, que pueden incluir mejora clínica, revisión profesional por pares, gestión comercial, acreditación y licencias, etc. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica protegida con el fin de mejorar el tratamiento clínico y la atención al paciente.

Individuals Involved In Your Care: / Personas involucradas en su atención:

We may from time to time disclose your protected health information to designated family, friends and others who are involved in your care or in payment of your care in order to facilitate that person's involvement in caring for you or paying for your care. If you are unavailable, incapacitated, or facing an emergency medical situation and we determine

that a limited disclosure may be in your best interest, we may share limited protected health information with such individuals without your approval. We may also disclose limited protected health information to a public or private entity that is authorized to assist in disaster relief efforts in order for that entity to locate a family member or other persons that may be involved in some aspect of caring for you.

Es posible que, de vez en cuando, divulguemos su información médica protegida a familiares, amigos y otras personas designadas que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención para facilitar la participación de esa persona en el cuidado de usted o el pago de su atención. Si usted no está disponible, está incapacitado o enfrenta una situación médica de emergencia y determinamos que una divulgación limitada puede ser lo mejor para usted, podemos compartir información de salud protegida limitada con dichas personas sin su aprobación. También podemos divulgar información médica protegida limitada a una entidad pública o privada que esté autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre para que esa entidad localice a un miembro de la familia u otras personas que puedan estar involucradas en algún aspecto del cuidado de usted.

Business Associates: / Socios comerciales:

Certain aspects and components of our services are performed through contracts with outside persons or organizations, such as auditing, accreditation, outcomes data collection, legal services, etc. At times it may be necessary for us to provide your protected health information to one or more of these outside persons or organizations who assist us with our health care operations. In all cases, we require these associates to appropriately safeguard the privacy of your information.

Ciertos aspectos y componentes de nuestros servicios se realizan a través de contratos con personas u organizaciones externas, como auditoría, acreditación, recopilación de datos de resultados, servicios legales, etc. En ocasiones, puede ser necesario que proporcionemos su información médica protegida a una o más de estas personas u organizaciones externas que nos ayudan con nuestras operaciones de atención médica. En todos los casos, requerimos que estos asociados protejan adecuadamente la privacidad de su información.

Appointments and Services: / Citas y Servicios:

We may contact you to provide appointment updates or information about your treatment or other health-related benefits and services that may be of interest to you. You have the right to request and we will accommodate reasonable requests by you to receive communications regarding your protected health information from us by alternative means or at alternative locations. For instance, if you wish appointment reminders to not be left on voice mail or sent to a particular address, we will accommodate reasonable requests. With such request, you must provide an appropriate alternative address or method of contact. You also have the right to request that we not send you any future marketing materials and we will use our best efforts to honor such request. You must make such requests in writing, including your name and address, and send such writing to the Privacy Officer at the address below.

Es posible que nos comuniquemos con usted para brindarle actualizaciones de citas o información sobre su tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Usted tiene el derecho de solicitar, y nosotros aceptaremos sus solicitudes razonables para recibir comunicaciones relacionadas con su información médica protegida de nuestra parte por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si desea que los recordatorios de citas no se dejen en el correo de voz o se envíen a una dirección en particular, aceptaremos las solicitudes razonables. Con dicha solicitud, debe proporcionar una dirección alternativa adecuada o un método de contacto. También tiene derecho a solicitar que no le enviemos ningún material de marketing en el futuro y haremos todo lo posible para cumplir con dicha solicitud. Debe realizar dichas solicitudes por escrito, incluyendo su nombre y dirección, y enviar dichas solicitudes al Oficial de Privacidad a la dirección que se indica a continuación.

Research: / Investigación:

In limited circumstances, we may use and disclose your protected health information for research purposes. In all cases where your specific authorization is not obtained, your privacy will be protected by strict confidentiality requirements applied by an Institutional Review Board which oversees the research or by representations of the researchers that limit their use and disclosure of your information.

En circunstancias limitadas, podemos usar y divulgar su información médica protegida con fines de investigación. En todos los casos en que no se obtenga su autorización específica, su privacidad estará protegida por estrictos requisitos de confidencialidad aplicados por una Junta de Revisión Institucional que supervisa la investigación o por representaciones de los investigadores que limitan el uso y la divulgación de su información.

Other Uses and Disclosures: /Otros usos y divulgaciones:

We are permitted and/or required by law to make certain other uses and disclosures of your protected health information without your consent or authorization for the following:

1. Any purpose required by law;
2. Public health activities such as required reporting of immunizations, disease, injury, birth and death, or in connection with public health investigations;
3. If we suspect child abuse or neglect; if we believe you to be a victim of abuse, neglect or domestic violence;
4. To the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects, or to participate in product recalls;
5. To your employer when we have provided health care to you at the request of your employer;
6. To a government oversight agency conducting audits, investigations, civil or criminal proceedings;
7. Court or administrative ordered subpoena or discovery request;
8. To law enforcement officials as required by law if we believe you have been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law;
9. To coroners and/or funeral directors consistent with law;
10. If necessary to arrange an organ or tissue donation from you or a transplant for you;
11. If you are a member of the military, we may also release your protected health information for national security or intelligence activities; and
12. To workers' compensation agencies for workers' compensation benefit determination.
13. _____
14. La ley nos permite y/o exige hacer ciertos otros usos y divulgaciones de su información médica protegida sin su consentimiento o autorización para lo siguiente:
15. Cualquier propósito requerido por la ley;
16. Actividades de salud pública, como la notificación obligatoria de vacunas, enfermedades, lesiones, nacimientos y muertes, o en relación con investigaciones de salud pública;
17. Si sospechamos de abuso o negligencia infantil; si creemos que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica;
18. A la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para informar eventos adversos, defectos de productos o para participar en retiros de productos;
19. A su empleador cuando le hayamos brindado atención médica a solicitud de su empleador;
20. A una agencia de supervisión gubernamental que realice auditorías, investigaciones, procedimientos civiles o penales;
21. Citación o solicitud de descubrimiento ordenada por la corte o la administración;
22. A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, según lo exija la ley, si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley;
23. A médicos forenses y/o directores de funerarias de conformidad con la ley;
24. Si es necesario para organizar una donación de órganos o tejidos de usted o un trasplante para usted;
25. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, también podemos divulgar su información médica protegida para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y
26. A las agencias de compensación para trabajadores para la determinación de beneficios de compensación para trabajadores.

Disclosures Requiring Authorization/ Divulgaciones que requieren autorización

Psychotherapy Notes: / Notas de psicoterapia:

We must obtain your specific written authorization prior to disclosing any psychotherapy notes unless otherwise permitted by law. However, there are certain purposes for which we may disclose psychotherapy notes, without obtaining your written authorization, including the following: (1) to carry out certain treatment, payment or healthcare operations (e.g., use for the purposes of your treatment, for our own training, and to defend ourselves in a legal action or other proceeding brought by you), (2) to the Secretary of the Department of Health and Human Services to determine our compliance with the law, (3) as required by law, (4) for health oversight activities authorized by law, (5) to medical examiners or coroners as permitted by state law, or (6) for the purposes of preventing or lessening a serious or imminent threat to the health or safety of a person or the public.

Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de divulgar cualquier nota de psicoterapia, a menos que la ley permita lo contrario. Sin embargo, hay ciertos propósitos para los que podemos divulgar notas de

psicoterapia, sin obtener su autorización por escrito, incluidos los siguientes: (1) para llevar a cabo ciertos tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (por ejemplo, uso para los fines de su tratamiento, para nuestra propia capacitación y para defendernos en una acción legal u otro procedimiento iniciado por usted), (2) al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para determinar nuestro cumplimiento de la ley, (3) según lo requiera la ley, (4) para actividades de supervisión de la salud autorizadas por la ley, (5) a médicos forenses o forenses según lo permita la ley estatal, o (6) con el propósito de prevenir o disminuir una amenaza grave o inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Genetic Information: / Información genética:

We must obtain your specific written authorization prior to using or disclosing your genetic information for treatment, payment or health care operations purposes. We may use or disclose your genetic information, or the genetic information of your child, without your written authorization only where it would be permitted by law.

Debemos obtener su autorización específica por escrito antes de usar o divulgar su información genética para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo, sin su autorización por escrito solo cuando lo permita la ley.

Marketing:

We must obtain your authorization for any use or disclosure of your protected health information for marketing, except if the communication is in the form of (1) a face-to-face communication with you, or (2) a promotional gift of nominal value.

Debemos obtener su autorización para cualquier uso o divulgación de su información médica protegida para marketing, excepto si la comunicación es en forma de (1) una comunicación cara a cara con usted, o (2) un regalo promocional de valor nominal.

Sale of Protected Information: / Venta de Información Protegida:

The client was alert and oriented times 4. They were cooperative and engaged during the interview. They demonstrated good eye contact and stable, coherent speech. They demonstrated a level mood and stable affect. The client expressed no perceptual disturbances or dissociative traits. They exercised appropriate judgement and demonstrated reasonable insight. They expressed no safety concerns.

We must obtain your authorization prior to receiving direct or indirect remuneration in exchange for your health information; however, such authorization is not required where the purpose of the exchange is for:

1. Public health activities;
2. Research purposes, provided that we receive only a reasonable, cost-based fee to cover the cost to prepare and transmit the information for research purposes;
3. Treatment and payment purposes;
4. Health care operations involving the sale, transfer, merger or consolidation of all or part of our business and for related due diligence;
5. Payment we provide to a business associate for activities involving the exchange of protected health information that the business associate undertakes on our behalf (or the subcontractor undertakes on behalf of a business associate) and the only remuneration provided is for the performance of such activities;
6. Providing you with a copy of your health information or an accounting of disclosures;
7. Disclosures required by law;
8. Disclosures of your health information for any other purpose permitted by and in accordance with the Privacy Rule of HIPAA, as long as the only remuneration we receive is a reasonable, cost-based fee to cover the cost to prepare and transmit your health information for such purpose or is a fee otherwise expressly permitted by other law; or
9. Any other exceptions allowed by the Department of Health and Human Services.
10. _____
11. El cliente estaba alerta y orientado a los tiempos 4. Se mostraron cooperativos y comprometidos durante la entrevista. Demostraron buen contacto visual y un habla estable y coherente. Demostraron un estado de ánimo equilibrado y un afecto estable. El cliente no expresó alteraciones perceptivas ni rasgos disociativos. Ejercieron un juicio apropiado y demostraron una perspicacia razonable. No expresaron preocupaciones de seguridad.
12. _____
13. Debemos obtener su autorización antes de recibir una remuneración directa o indirecta a cambio de su

información de salud; Sin embargo, dicha autorización no será necesaria cuando el propósito del intercambio sea para:

14. Actividades de salud pública;
15. Fines de investigación, siempre que recibamos solo una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir la información con fines de investigación;
16. Fines de tratamiento y pago;
17. Operaciones de atención médica que impliquen la venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o parte de nuestro negocio y para la debida diligencia relacionada;
18. Pago que proporcionamos a un socio comercial por actividades que involucran el intercambio de información médica protegida que el socio comercial realiza en nuestro nombre (o el subcontratista realiza en nombre de un socio comercial) y la única remuneración proporcionada es por la realización de dichas actividades;
- 19.
20. Proporcionarle una copia de su información de salud o un informe de las divulgaciones;
21. Divulgaciones requeridas por la ley; Divulgaciones de su información de salud para cualquier otro propósito permitido por y de acuerdo con la Regla de Privacidad de HIPAA, siempre y cuando la única remuneración que recibamos sea una tarifa razonable basada en el costo para cubrir el costo de preparar y transmitir su información de salud para dicho propósito o sea una tarifa expresamente permitida por otra ley; o
22. Cualquier otra excepción permitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

RIGHTS THAT YOU HAVE REGARDING YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION: / DERECHOS QUE TIENE CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Access to Your Protected Health Information:/ Acceso a su información médica protegida:

You have the right to copy and/or inspect much of the protected health information that we retain on your behalf. For protected health information that we maintain in any electronic designated record set, you may request a copy of such health information in a reasonable electronic format, if readily producible. Requests for access must be made in writing and signed by you or your legal representative. You may obtain a "Patient Access to Health Information Form" from the front office person. You will be charged a reasonable copying fee and actual postage and supply costs for your protected health information. If you request additional copies you will be charged a fee for copying and postage.

Usted tiene el derecho de copiar y/o inspeccionar gran parte de la información de salud protegida que conservamos en su nombre. En el caso de la información de salud protegida que mantenemos en cualquier conjunto de registros electrónicos designados, puede solicitar una copia de dicha información de salud en un formato electrónico razonable, si se puede producir fácilmente. Las solicitudes de acceso deben hacerse por escrito y estar firmadas por usted o su representante legal. Puede obtener un "Formulario de acceso del paciente a la información de salud" de la persona de la oficina principal. Se le cobrará una tarifa de copia razonable y los costos reales de franqueo y suministro de su información médica protegida. Si solicita copias adicionales, se le cobrará una tarifa por copia y franqueo.

Amendments to Your Protected Health Information: / Enmiendas a su información médica protegida:

You have the right to request in writing that protected health information that we maintain about you be amended or corrected. We are not obligated to make requested amendments, but we will give each request careful consideration. All amendment requests, must be in writing, signed by you or legal representative, and must state the reasons for the amendment/correction request. If an amendment or correction request is made, we may notify others who work with us if we believe that such notification is necessary. You may obtain an "Amendment Request Form" from the front office person or individual responsible for medical records.

Usted tiene derecho a solicitar por escrito que se enmiende o corrija la información médica protegida que mantenemos sobre usted. No estamos obligados a hacer las modificaciones solicitadas, pero consideraremos cuidadosamente cada solicitud. Todas las solicitudes de enmienda deben ser por escrito, firmadas por usted o su representante legal, y deben indicar las razones de la solicitud de enmienda / corrección. Si se realiza una solicitud de enmienda o corrección, podemos notificar a otras personas que trabajen con nosotros si creemos que dicha notificación es necesaria. Puede obtener un "Formulario de solicitud de enmienda" de la persona de la oficina principal o de la persona responsable de los registros médicos.

Accounting for Disclosures of Your Protected Health Information: / Contabilidad de las divulgaciones de su información médica protegida:

You have the right to receive an accounting of certain disclosures made by us of your protected health information after April 14, 2003. Requests must be made in writing and signed by you or your legal representative. "Accounting Request Forms" are available from the front office person or individual responsible for medical records. The first accounting in any 12-month period is free; you will be charged a fee for each subsequent accounting you request within the same 12-month period. You will be notified of the fee at the time of your request.

Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones hechas por nosotros de su información médica protegida después del 14 de abril de 2003. Las solicitudes deben hacerse por escrito y estar firmadas por usted o su representante legal. Los "Formularios de Solicitud de Contabilidad" están disponibles a través de la persona de la oficina principal o de la persona responsable de los registros médicos. La primera contabilidad en cualquier período de 12 meses es gratuita; Se le cobrará una tarifa por cada contabilidad posterior que solicite dentro del mismo período de 12 meses. Se le notificará la tarifa en el momento de su solicitud.

Restrictions on Use and Disclosure of Your Protected Health Information: / Restricciones sobre el uso y la divulgación de su información médica protegida:

You have the right to request restrictions on uses and disclosures of your protected health information for treatment, payment, or health care operations. We are not required to agree to most restriction requests, but will attempt to accommodate reasonable requests when appropriate. You do, however, have the right to restrict disclosure of your protected health information to a health plan if the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law, and the protected health information pertains solely to a health care item or service for which you, or someone other than the health plan on your behalf, has paid [Practice Name] in full. If we agree to any discretionary restrictions, we reserve the right to remove such restrictions as we appropriate. We will notify you if we remove a restriction imposed in accordance with this paragraph. You also have the right to withdraw, in writing or orally, any restriction by communicating your desire to do so to the individual responsible for medical records.

Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar la mayoría de las solicitudes de restricción, pero intentaremos adaptarnos a las solicitudes razonables cuando corresponda. Sin embargo, usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información de salud protegida a un plan de salud si la divulgación es con el propósito de llevar a cabo operaciones de pago o atención médica y no es requerida por la ley, y la información de salud protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica para el cual usted, o alguien que no sea el plan de salud en su nombre, ha pagado a [Nombre del consultorio] en su totalidad. Si estamos de acuerdo con cualquier restricción discrecional, nos reservamos el derecho de eliminar dichas restricciones según corresponda. Le notificaremos si eliminamos una restricción impuesta de acuerdo con este párrafo. También tiene derecho a retirar, por escrito u oralmente, cualquier restricción comunicando su deseo de hacerlo a la persona responsable de los registros médicos.

Right to Notice of Breach: / Derecho a la notificación de incumplimiento:

We take very seriously the confidentiality of our patients' information, and we are required by law to protect the privacy and security of your protected health information through appropriate safeguards. We will notify you in the event a breach occurs involving or potentially involving your unsecured health information and inform you of what steps you may need to take to protect yourself.

Nos tomamos muy en serio la confidencialidad de la información de nuestros pacientes, y estamos obligados por ley a proteger la privacidad y seguridad de su información médica protegida a través de salvaguardas adecuadas. Le notificaremos en caso de que ocurra una violación que involucre o pueda involucrar su información de salud no segura y le informaremos de los pasos que puede necesitar tomar para protegerse.

Paper Copy of this Notice: / Copia impresa de este Aviso:

You have a right, even if you have agreed to receive notices electronically, to obtain a paper copy of this Notice. To do so, please submit a request to Fulcrum Counseling Services, LLC.

Usted tiene derecho, incluso si ha aceptado recibir notificaciones electrónicamente, a obtener una copia impresa de esta Notificación. Para hacerlo, envíe una solicitud a Fulcrum Counseling Services, LLC.

Complaints: / Quejas:

If you believe your privacy rights have been violated, you can file a complaint in writing with the Privacy Officer. You may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at the below address. There will be no retaliation for filing a complaint.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el Oficial de Privacidad. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a la siguiente dirección. No habrá represalias por presentar una queja.

Client Acknowledgement / Reconocimiento al cliente

By signing the client/guardian acknowledges their receipt and understanding of this notice.

Al firmar, el cliente/tutor reconoce haber recibido y entendido esta notificación.

Samuel Crouch, MS, LIPC, NCC signed this form on 6/10/25 1:53 PM.