

# School Health Center Permission Form



Our school is partnering with Hazel Health to provide access to quality healthcare services for all students. The school nurse or school health representative can initiate a video visit with one of Hazel's healthcare providers in order to ensure there are no delays in care. Complete this form to ensure access to this convenient service.

To learn more about Hazel or complete this form online, visit: [my.hazel.co/iltexas](https://my.hazel.co/iltexas)

Month / Day / Year

Child's First Name \_\_\_\_\_ Child's Last Name \_\_\_\_\_ Child's Birthdate \_\_\_\_\_

( ) ( )

Parent / Guardian #1 Name \_\_\_\_\_ Mobile Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

( ) ( )

Parent / Guardian #2 Name \_\_\_\_\_ Mobile Phone \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

## Is your child allergic to any medications?

YES  NO Please List: \_\_\_\_\_

## Is your child currently taking any medications?

YES  NO Please List: \_\_\_\_\_

## If recommended by a licensed medical provider, can the following medications (age/weight appropriate) be administered to your child at school? Mark YES or NO:

- |                          |                          |  |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| YES                      | NO                       |  | YES                      | NO                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tylenol™ / Acetaminophen (pain, fever)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cough Syrup / Dextromethorphan / Guaifenesin (cough)                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (pain, fever)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Honey (cough)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Children's Pepto™ / Calcium Carbonate (upset stomach)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudafed™ / Phenylephrine (congestion)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liquid Pepto-Bismol™ / Bismuth Subsalicylate (nausea, indigestion, upset stomach)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hydrocortisone Cream (inflammation, itch)                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Liquid Antacid / Aluminum Hydroxide / Magnesium Hydroxide, Simethicone (upset stomach) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benadryl™ / Diphenhydramine (allergic reaction)                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Throat Lozenge / Benzocaine / Menthol (cough, sore throat)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zyrtec™ / Cetirizine (allergies, allergic reaction)                          |
|                          |                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zaditor™ / Ketotifen (allergy eye drops)                                     |
|                          |                          |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antibiotic Ointment / Bacitracin / Neomycin / Polymyxin B (cuts, infections) |

## I have read the Hazel Health Services Authorization and Privacy Policy and: (Please check one box below)

- I give permission for my child to receive services from Hazel Health Services.
- I **DO NOT** give permission for my child to receive services from Hazel Health Services.

Parent / Guardian Signature (Required)

Date

Child's First Name

Child's Last Name

Child's Birthdate

**Has your child ever had any of the following health conditions or health concerns?** Mark YES or NO:

- |                          |                          |                         |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| YES                      | NO                       |                         | YES                      | NO                       |   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anxiety   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acid Reflux (Heartburn) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depression  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Constipation            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ADD / ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Headaches / Migraines   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczema  |

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| YES                      | NO                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies, other than medications (food, seasonal) <u>List Allergies:</u> _____                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma <u>Date of Last Attack:</u> _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lung Problems <u>List Lung Problems:</u> _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Problems <u>Circle Problems:</u> High Blood Pressure / Aortic Arch Obstruction <u>Other:</u> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infections <u>Circle Infections:</u> Ears / Bladder / Throat <u>Other:</u> _____                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seizures <u>Date of Last Seizure:</u> _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Surgery <u>Circle Surgeries:</u> Appendix / Gallbladder / Tonsils / Ear Tubes <u>Other:</u> _____        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other <u>Please Describe:</u> _____  |

**Does your child have a primary care doctor?**

Hazel uses this information to coordinate with your child's doctor and inform them of any Hazel visit. Providing the fax number will allow Hazel to send a visit summary to your child's doctor.

- YES  NO

Child's Doctor

Phone

Fax

**Cost and Insurance** (Required)

**Medicaid and CHIP:** In Texas, STAR and STAR Kids plans cover 100% of the cost of Hazel visits. Families of students covered by STAR and STAR Kids health insurance plans will pay \$0. Those covered by CHIP plans may have a copay.

**Other:** For all other plans and questions, families can contact their health plans to confirm coverage for Hazel. More information including coverage for the uninsured and cash pay can be found at [my.hazel.co/iltexas](http://my.hazel.co/iltexas) or by calling **(972) 619-7009**.

**Does your child have medical insurance?**

- YES  NO

Insurance Provider / Plan Name

Member Id Number

Group Number (if applicable)

Policy Holder (if applicable)

Policy Holder Birthdate

Relationship to Student

**Create an account at [my.hazel.co](http://my.hazel.co) to update your information, view your child's visits, and more!**

# Hazel Health Services School Health Center Authorization

Understanding that your child may need healthcare treatment or healthcare screenings during school hours at the school or after hours outside the school, you hereby authorize Hazel Health Services, and the School by and through the Hazel Health Services telehealth service, to initiate and administer such first aid or other medical or behavioral health examination and treatment as shall be deemed best under the circumstances, and you consent for your child to receive such treatment. You understand that Hazel Health Services may not always be available due to capacity or other reasons. You represent and warrant that you are an authorized legal representative of the child. You understand that the School will attempt to notify an authorized legal representative of the child in the event of an emergency requiring immediate medical care for your child and if the School is unable to notify an authorized legal representative of the child, it will have your child treated by a duly qualified medical practitioner. You authorize Hazel Health Services to contact and leave a voicemail and/or a text message, leaving protected health or personally identifiable information, such as a diagnosis, of you or your child, on the supplied phone number and contact phone numbers from the School. You also understand that the transmission of personal health and/or personally identifiable information may not be secure and may be illegally accessed by a third party. Any medical or demographic information provided to the School may be shared with Hazel Health and Hazel Health Services.

1. **PURPOSE.** The purpose of this form is to obtain your consent for your child to participate in a telehealth consultation. This consent will authorize medical information about the child, including personally-identifiable medical information, to be disclosed to your school District, Hazel Health and Hazel Health Services and medical professionals, administrative staff, and employees of Hazel Health and Hazel Health Services for the purposes of treatment or general administration. This disclosure will also authorize the use of written or recorded information containing the child's personally-identifiable medical information, including recordings of any telemedicine encounter with the child, for training and informational purposes by employees of the School or Hazel Health or Hazel Health Services and the use of personally-identifiable information by Hazel Health for the development and improvement of software, hardware, and related tools designed to improve services provided by medical professionals, administrative staff, contractors and employees of Hazel Health and Hazel Health Services. This consent will also authorize the disclosure of information and records containing or related to the child's personally-identifiable medical information for the purposes of billing commercial and insured healthcare payors, state and/or federal healthcare payors, including but not limited to state Medicaid plans. The purpose of the disclosure is to obtain information and/or remuneration for reimbursable medical services. By signing below, you expressly authorize Hazel Health, Hazel Health Services, and any of its contractors, vendors or affiliates to bill Medicaid and any other payors for the specific services performed for your child as outlined in the child's current Admission, Review and Dismissal/Individualized Education Program ("ARD/IEP") plan, including under the School Health and Related Services ("SHARS") program.
2. Your child's ability to receive services outside of the school setting will not be impacted. You may withdraw this consent at any time. You understand that you may choose your provider and you have no obligation to select Hazel Health or Hazel Health Services as a healthcare provider for your child. You understand that you are responsible for any out of pocket patient responsibility that is not covered by your healthcare payor or other agency. You or your child will have access to all medical information resulting from the telemedicine services as provided by applicable law for patient access to medical records.

3. NATURE OF TELEHEALTH CONSULTATION. During the telemedicine consultation, the following may occur:
  - A. Details of your child’s medical and behavioral health history, examinations, x-rays, and test will be discussed with other health professionals through the use of a mobile application with real-time, interactive video, audio and telecommunications technology.
  - B. Physical examination and behavioral assessment of your child may take place via a remote medical practitioner through the mobile application. Not all conditions can be treated by a telehealth consultation.
  - C. Non-medical personnel including school staff, Hazel Health Services employees and/or translators may be present to aid with language and technical implementation of the consultation. You authorize school personnel, including the nurses and non-medical personnel to administer medications including over the counter medications.
  - D. Video, audio and/or photo recordings may be taken of the consultation.
4. MEDICAL INFORMATION AND RECORDS. All existing laws regarding your access to medical information and copies of your medical records apply to this telehealth consultation. Additionally, dissemination, beyond the potential uses listed in this consent, of any patient-identifiable images or information from this telehealth interaction will not occur without your explicit consent except you authorize Hazel Health Services to disclose protected health information about your child to school designees, school nurses, physicians, Hazel Health or other health care providers and payors for treatment, administration and billing purposes. You also authorize Hazel Health to maintain and save your child’s medical records consistent with applicable laws and regulations.
5. CONFIDENTIALITY. Reasonable and appropriate efforts have been made to eliminate any confidentiality risk associated with the telehealth consultation, and all existing confidentiality protections under federal and state law apply to information disclosed during this telehealth consultation.
6. RIGHTS. You may withhold or withdraw consent to telehealth consultations, to the disclosure of personally identifiable information to any state or federal agency or other third party, or to any other services at any time. You acknowledge that you have been advised of your right to receive a copy of this authorization as signatory to the authorization.
7. RISK, CONSEQUENCES AND BENEFITS. You are aware of any potential risk, consequences and benefits of telehealth. You have had an opportunity to ask questions about this information and all of my questions have been answered. You understand the written information provided above. You are choosing to enroll in Hazel Health Services and am not being forced to utilize this program.



# Notice of Privacy Practices - Hazel Health Services Affiliated Covered Entity

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Notice of Privacy Practices (the "Notice") describes how School Based Urgent Care Network d/b/a Hazel Health Services and the members of its Affiliated Covered Entity (collectively "we" or "our") may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment or business operations and for other purposes that are permitted or required by law. An Affiliated Covered Entity is a group of health care providers under common ownership or control that designates itself as a single entity for purposes of compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"). The members of the Hazel Health Services Affiliated Covered Entity will share protected health information with each other for the treatment, payment, and health care operations of the Hazel Health Services Affiliated Covered Entity and as permitted by HIPAA and this Notice of Privacy Practices. For a complete list of the members of the Hazel Health Services Affiliated Covered Entity, please contact the Hazel Health Services Privacy Office.

"Protected health information" or "PHI" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical health or condition, treatment or payment for health care services. This Notice also describes your rights to access and control your protected health information.

## USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION:

Your protected health information may be used and disclosed by our health care providers, our staff, and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to support our business operations, to obtain payment for your care, and any other use authorized or required by law.

### TREATMENT:

We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, your protected health information may be provided to a health care provider to whom you have been referred to ensure the necessary information is accessible to diagnose or treat you.

### PAYMENT:

Your protected health information may be used to bill or obtain payment for your health care services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for your services, such as: making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits and reviewing services provided to you for medical necessity.

### HEALTH CARE OPERATIONS:

We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support the business activities of this office. These activities include, but are not limited to, improving quality of care, providing information about treatment alternatives or other health-related benefits and services, development or maintaining and supporting computer systems, legal services, and conducting audits and compliance programs, including fraud, waste and abuse investigations.

## USES AND DISCLOSURES THAT DO NOT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include the following uses and disclosures: as required by law; for public health purposes; for health care oversight purposes; for abuse or neglect reporting; pursuant to Food and Drug Administration requirements; in connection with legal proceedings; for law enforcement purposes; to coroners, funeral directors and organ donation agencies; for certain research purposes; for certain criminal activities; for certain military activity and national security purposes; for workers' compensation reporting; relating to certain inmate reporting; and other required uses and disclosures. Under the law, we must make certain disclosures to you upon your request, and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). State laws may further restrict these disclosures.

## USES AND DISCLOSURES THAT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION:

Other permitted and required uses and disclosures will be made only with your consent, authorization or opportunity to object unless permitted or required by law. Without your authorization, we are expressly prohibited from using or disclosing your protected health information for marketing purposes. We may not sell your protected health information without your authorization. Your protected health information will not be used for fundraising. If you provide us with an authorization for certain uses and disclosures of your information, you may revoke such authorization, at any time, in writing, except to the extent that we have taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

## YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION:

You have the right to inspect and copy your protected health information.

You may request access to or an amendment of your protected health information.

You have the right to request a restriction on the use or disclosure of your protected health/personal information. Your request must be in writing and state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. We are not required to agree to a restriction that you may request, except if the requested restriction is on a disclosure to a health plan for a payment or health care operations purpose regarding a service that has been paid in full out-of-pocket.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternate location. We will comply with all reasonable requests submitted in writing which specify how or where you wish to receive these communications.

You have the right to request an amendment of your protected health information. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us. We may prepare a rebuttal to our statement and we will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures of your protected health information that we have made, paper or electronic, except for certain disclosures which were pursuant to an authorization, for purposes of treatment, payment, healthcare operations (unless the information is maintained in an electronic health record); or for certain other purposes.

You have the right to obtain a paper copy of this Notice, upon request, even if you have previously requested its receipt electronically by e-mail.

## REVISIONS TO THIS NOTICE:

We reserve the right to revise this Notice and to make the revised Notice effective for protected health information we already have about you as well as any information we receive in the future. You are entitled to a copy of the Notice currently in effect. Any significant changes to this Notice will be posted on our web site. You then have the right to object or withdraw as provided in this Notice.

## BREACH OF HEALTH INFORMATION:

We will notify you if a reportable breach of your unsecured protected health information is discovered. Notification will be made to you no later than 60 days from the breach discovery and will include a brief description of how the breach occurred, the protected health information involved and contact information for you to ask questions.

## COMPLAINTS:

Complaints about this Notice or how we handle your protected health information should be directed to our HIPAA Privacy Officer. If you are not satisfied with the manner in which a complaint is handled you may submit a formal complaint to the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). We will not retaliate against you for filing a complaint.

We must follow the duties and privacy practices described in this Notice. We will maintain the privacy of your protected health information and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. If you have any questions about this Notice, please contact us at (415) 424-4266 and ask to speak with our HIPAA Privacy Officer or e-mail at [privacy@hazel.co](mailto:privacy@hazel.co).

# Formulario de Permiso del Centro de Salud Escolar



Nuestro distrito escolar se está asociando con Hazel Health para brindar acceso a servicios de atención médica de excelente calidad para todos los estudiantes. La enfermera de la escuela o el representante de salud de la escuela pueden iniciar una visita por video con uno de los proveedores de atención médica de Hazel para asegurarse de que no haya retrasos en la atención. **Complete este formulario para garantizar el acceso a este conveniente servicio.**

Para obtener más información sobre Hazel o completar este formulario en línea, visite: [my.hazel.co/iltexas](https://my.hazel.co/iltexas)

Mes / Día / Año

Primer Nombre del Hijo/a	Apellido del Hijo/a	Fecha de Nacimiento	
	( )	( )	
Padre / Tutor #1 Nombre	Teléfono Celular	Teléfono De Casa	Correo Electrónico
	( )	( )	
Padre / Tutor #2 Nombre	Teléfono Celular	Teléfono De Casa	Correo Electrónico

## ¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento?

Sí  NO Por favor, liste: \_\_\_\_\_

## ¿Su hijo/a está tomando algún medicamento actualmente?

Sí  NO Por favor, liste: \_\_\_\_\_

## Si lo recomienda un proveedor de servicios médicos certificado, se podrían administrar los siguientes medicamentos (edad/peso apropiado) a su hijo/a en la escuela? Marque SÍ o NO:

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tylenol™ / Acetaminofeno (dolor, fiebre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Jarabe para la tos / Dexthomethorphan / Guaifenesina (tos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (dolor, fiebre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Miel (tos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pepto™ para niños / Carbonato de Calcio (dolor de estómago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sudafed™ / Fenilefrina (congestión)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Líquido Pepto-Bismol™ / Subsalicilato de Bismuto (náuseas, indigestión, dolor de estómago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Crema de Hidrocortisona (inflamación, picazón)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antiácido Líquido / Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio, Simeicona (dolor de estómago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Benadryl™ / Diphenhydramine (reacción alérgica)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pastilla para la garganta / Benzocaína / Mentol (tos, dolor de garganta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zyrtec™ / Cetirizine (alergias, reacción alérgica)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zaditor™ / Ketotifeno (gotas para alergias en los ojos)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ungüento antibiótico / Bacitracin / Neomicina / Polimixina B (heridas, infecciones)

## He leído la Autorización y póliza de privacidad de Hazel Health Services y: (por favor marque una casilla de abajo)

- DOY** permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de Hazel Health Services.
- NO DOY** permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

Firma del Padre / Tutor (Requerida)

Fecha

Primer Nombre del Hijo/a

Apellido del Hijo/a

Fecha de Nacimiento

**¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una (o más) de las siguientes afecciones de salud o problemas de salud?**

Marque Sí o No:

- |                             |   |                             |  |
|-----------------------------|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO                               | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Ansiedad  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (Acidez estomacal) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Depresión   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Estreñimiento                    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención) |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Eczema  |

- |                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO   |  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Alergias, que no sean medicamentos (alimentos, de temporada) | Por favor, liste: _____  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Asma   | Fecha del último ataque de asma: _____   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares   | Por favor, liste: _____  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos  | Circule todos que aplican: Alta presión sanguínea / Obstrucción del arco aórtico<br>Otros problemas cardíacos: _____ |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Infecciones  | Circule todos los que aplican: Oreas / Vejiga / Garganta Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Convulsiones   | Fecha de la última convulsión: _____   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Cirugía  | Circule todos los que aplican: Apéndice / Vesícula biliar / Amígdalas / Tubos para los oídos<br>Otro cirugía: _____  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Otro   | Por favor describa: _____  |

**¿Tiene su hijo/a un médico de atención primaria?**

Hazel utiliza esta información para coordinar con su médico e informarles de cualquier visita de Hazel. Si proporciona el número de fax, Hazel podrá enviar un resumen de la visita al médico de su hijo/a.

SÍ  NO

Nombre del Médico del Niño/a

Teléfono

Fax

**Costo y Seguro** (Requerido)

**Medicaid y CHIP:** En Texas, los planes de STAR y STAR Kids cubren el 100 % del costo de las visitas de Hazel. Las familias de los estudiantes cubiertos por los planes de seguro de STAR y STAR Kids pagarán \$0. Es posible que aquellos cubiertos por CHIP deban abonar un copago.

**Más información:** Para ver la cobertura con el resto de los planes y aclarar dudas, las familias pueden comunicarse con sus planes de salud para confirmar la cobertura de Hazel. Puede encontrar más información, incluida la cobertura de las personas sin seguro y los pagos en efectivo, en [my.hazel.co/iltexas](http://my.hazel.co/iltexas) o llamando por teléfono al **(972) 619-7009**.

**¿Tiene seguro médico su hijo/a?**

SÍ  NO

Proveedor de Seguro / Nombre del Plan

Número de Identificación del Miembro

Número de Grupo (si corresponde)

Titular de la Póliza (si corresponde)

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza

Relación con el Estudiante

**¡Cree una cuenta en [my.hazel.co](http://my.hazel.co) para actualizar su información, ver las visitas de su hijo/a y más!**

# Autorización del Centro de Salud Escolar de Hazel Health Services

Entendiendo que su hijo puede necesitar tratamiento de salud o exámenes de salud durante el horario escolar en la escuela o fuera del horario escolar, por la presente autorice Hazel Health Services y la Escuela, a través del servicio de telesalud de Hazel Health Services, a iniciar y administrar tales primeros auxilios u otro examen y tratamiento médico o de salud del comportamiento que se considere mejor bajo las circunstancias, y da consentimiento para que su hijo reciba tal tratamiento. Usted entiende que Hazel Health Services puede no estar siempre disponible debido a su capacidad u otras razones. Usted representa y garantiza que es legalmente un representante autorizado del hijo. Entiende que la escuela intentará notificar a un representante legal autorizado del niño en caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata para su hijo, y si la escuela no puede notificar a un representante legal autorizado del niño, será su hijo tratado por un practicante médico debidamente calificado. Autoriza a Hazel Health Services a contactar y dejar un mensaje de voz o mensaje de texto, dejando información protegida de salud o de identificación personal, como un diagnóstico, de usted o de su hijo, en el número de teléfono proporcionado y los números de teléfono de contacto de la escuela. También entiende que la transmisión de información de salud personal o de identificación personal puede no ser segura y un tercero puede acceder ilegalmente a ella. Cualquier información médica o demográfica proporcionada a la Escuela se puede compartir con Hazel Health y Hazel Health Services.

1. PROPÓSITO. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para que su hijo participe en una consulta de telesalud. Este consentimiento autorizará la revelación de información médica sobre el niño, incluida información médica de identificación personal, a su distrito escolar, Hazel Health y Hazel Health Services, así como a profesionales médicos, administrativos y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services para fines de tratamiento o administración general. Esta revelación también autorizará el uso de información escrita o grabada que contenga la información médica identificable personalmente del niño, incluidas las grabaciones de cualquier encuentro de telemedicina con el niño, con fines de capacitar e informar por parte de los empleados de la Escuela o Hazel Health o Hazel Health Services y el uso de información personal identificable por Hazel Health para el desarrollo y mejora de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas para mejorar los servicios prestados por profesionales médicos, personal administrativo, contratistas y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services. Este consentimiento también autorizará la revelación de información y de registros que contengan o estén relacionados con información médica (con datos de identificación personal) del menor para enviar facturas a los pagadores de atención médica comerciales y asegurados, y a los pagadores de atención médica estatales o federales, como Medicaid, entre otros. El propósito de la revelación es obtener información o remuneración por servicios médicos reembolsables. Al firmar a continuación, usted autoriza expresamente a Hazel Health, Hazel Health Services y a cualquiera de sus contratistas, proveedores o afiliados a facturar a Medicaid y a cualquier otro pagador por los servicios específicos prestados para su hijo como se describe en el plan de Admisión, Revisión y Retiro/Programa de Educación Individualizado (Admission, Review and Dismissal/Individualized Education Program, "ARD/IEP") actual del niño, incluso bajo el programa de Salud Escolar y Servicios Relacionados (School Health and Related Services, "SHARS").
2. Firmar este consentimiento no afectará la capacidad de su hijo de recibir servicios fuera del entorno escolar. Usted puede retirar este consentimiento en cualquier momento. Usted entiende que puede elegir a su proveedor y no tiene obligación de seleccionar Hazel Health o Hazel Health Services como

proveedor de atención médica para su hijo. Usted entiende que es responsable de cualquier responsabilidad de desembolso directo del paciente que no esté cubierta por su pagador de atención médica u otra agencia. Usted o su hijo tendrán acceso a toda la información médica que resulte de los servicios de telemedicina según lo dispuesto por la ley aplicable para el acceso del paciente a registros médicos.

3. **INTENCIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA.** Durante la consulta de telemedicina, puede ocurrir lo siguiente:
  - a. Los detalles del historial médico y de salud del comportamiento, los exámenes, las radiografías y la prueba de su hijo se discutirán con otros profesionales de la salud a través del uso de una aplicación móvil con tecnología de video, audio y telecomunicaciones en tiempo real.
  - b. Un profesional médico podrá hacer los exámenes físicos y las evaluaciones del comportamiento de su hijo de manera remota mediante la aplicación móvil. No todas las condiciones se pueden tratar con una consulta de telesalud.
  - c. Personal no médico, incluyendo personal de la escuela, empleados de Hazel Health Services o traductores pueden estar presentes para ayudar con el idioma y la implementación técnica de la consulta. Usted autoriza al personal de la escuela, incluidas las enfermeras y el personal no médico, a administrar medicamentos, incluidos medicamentos de venta libre.
  - d. Se pueden tomar grabaciones de video, audio o fotos de la consulta.
4. **INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS.** Todas las leyes existentes relacionadas con su acceso a la información médica y copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telesalud. Además, la difusión, más allá de los usos potenciales enumerados en este consentimiento, de cualquier imagen o información identificable por el paciente de esta interacción de telesalud no ocurriría sin su consentimiento explícito, excepto si usted autoriza Hazel Health Services a revelar información de salud protegida sobre su hijo a los profesionales apropiados designados de la escuela, enfermeras escolares, médicos, Hazel Health u otros proveedores correspondientes de atención médica y pagadores, con fines de tratamiento, administrativos y de facturación. Usted también autoriza a Hazel Health a mantener y guardar los archivos médicos de su hijo de conformidad con las leyes y regulaciones apropiadas.
5. **CONFIDENCIALIDAD.** Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal se aplican a la información revelada durante esta consulta de telesalud.
6. **DERECHOS.** Puede retener o retirar el consentimiento para consultas de telesalud, para la revelación de información de identificación personal a cualquier agencia estatal o federal u otro tercero, o para cualquier otro servicio en cualquier momento. Usted reconoce que se le ha notificado su derecho a recibir una copia de esta autorización como firmante de la autorización.
7. **RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS.** Usted está informado de los posibles riesgos, las consecuencias y los beneficios de la telesalud. Usted ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas las preguntas han sido contestadas. Usted entiende la información escrita proporcionada arriba. Usted elige inscribirse en Hazel Health Services y no está obligado a utilizar este programa.

# Aviso sobre las Prácticas de Privacidad: Entidad Cubierta Afiliada de Hazel Health Services

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe cómo School Based Urgent Care Network, que opera bajo el nombre comercial de Hazel Health Services, y los miembros de su Entidad Cubierta Afiliada (a los que, en conjunto, se hace referencia como "nosotros" o "nuestro") pueden usar y revelar su información médica protegida para el tratamiento, pago u operaciones comerciales y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. Una Entidad Cubierta Afiliada es un grupo de proveedores de atención médica bajo propiedad o control común que se designa a sí misma como una sola entidad para fines de cumplir la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"). Los miembros de la Entidad Cubierta Afiliada de Hazel Health Services compartirán entre sí información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la Entidad Cubierta Afiliada de Hazel Health Services y según lo permita la HIPAA y este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad. Para obtener una lista completa de los miembros de la Entidad Cubierta Afiliada de Hazel Health Services, comuníquese con la Oficina de Privacidad (Privacy Office) de Hazel Health Services.

La "información médica protegida" (protected health information, "PHI") es información sobre usted, que incluye su información demográfica, que puede identificarlo y que está relacionada con su condición o salud física pasada, presente o futura, tratamiento o pago de servicios de atención médica. Este Aviso también describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida.

## USOS Y REVELACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Nuestros proveedores de atención médica, nuestro personal y otros fuera de nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento pueden usar y revelar su información médica protegida para prestarle servicios de atención médica, para apoyar nuestras operaciones comerciales, para obtener pagos por su atención y para todo uso autorizado o exigido por la ley.

## TRATAMIENTO:

Nosotros usaremos y revelaremos su información médica protegida para prestar, coordinar y administrar su atención médica y todo servicio relacionado. Esto incluye la coordinación y administración de su atención médica con terceros. Por ejemplo, su información médica protegida puede compartirse con un proveedor de atención médica a quien usted haya sido remitido para así garantizar la accesibilidad de la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

## PAGO:

Su información médica protegida puede usarse para cobrar u obtener el pago por sus servicios de atención médica. Esto puede incluir determinadas actividades que su seguro médico puede desempeñar antes de aprobar o pagar por sus servicios, como determinar la elegibilidad o cobertura de beneficios de seguro médico y revisar la necesidad médica de los servicios que se le prestaron.

## OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Nosotros podemos usar y revelar su información médica protegida, según sea necesario, para apoyar las actividades comerciales de esta oficina. Estas actividades incluyen, entre otras, mejorar la calidad de la atención, dar información sobre otras posibilidades de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, desarrollar o mantener y apoyar los sistemas de computación, prestar servicios jurídicos, hacer auditorías y programas de cumplimiento, por ejemplo, las investigaciones de fraude, despilfarro y abuso.

## USOS Y REVELACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Nosotros podemos usar y revelar su información médica protegida, en las siguientes situaciones, sin su autorización. Estas situaciones incluyen los siguientes usos y revelaciones: según lo exija la ley; para fines de salud pública; para fines de supervisión de atención médica; para denunciar abusos o descuidos; conforme a los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration); en relación con procedimientos jurídicos; para fines del orden público; a médicos forenses, directores de funerarias y agencias de donación de órganos; para determinados fines de investigación; para determinadas actividades relacionadas con el delito; para determinadas actividades militares y para fines de seguridad nacional; para informes de indemnización de trabajadores; en relación con determinados informes de presos; y otros usos y revelaciones exigidos. Según la ley, debemos compartir determinada información con usted, si nos lo pide, y cuando lo exija el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para investigar

y determinar si cumplimos los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Las leyes estatales pueden restringir aún más estas revelaciones.

#### USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Otros usos y revelaciones permitidos y exigidos se harán únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse, a menos que lo permita o exija la ley. Sin su autorización, tenemos expresamente prohibido usar o revelar su información médica protegida para fines comerciales. No podemos vender su información médica protegida sin su autorización. No se usará su información médica protegida para fines de recaudación de fondos. Si nos da su autorización para hacer determinados usos y revelaciones de su información, puede revocar dicha autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en lo que concierne a las medidas que ya hayamos tomado basándonos en el uso o revelación indicados en su autorización.

#### SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.

Puede solicitar el acceso a su información médica protegida o su modificación.

Tiene derecho a solicitar una restricción del uso y revelación de su información médica o personal protegida. La solicitud se debe hacer por escrito y debe indicar la restricción específica que solicita y a quién quiere que se aplique la restricción. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción que usted solicite, a menos que la restricción solicitada esté relacionada con la revelación de información a un plan médico para fines de pago u operaciones de atención médica por un servicio pagado en su totalidad de su bolsillo.

Tiene derecho a solicitar que le enviemos las comunicaciones confidenciales por otros medios o a otra dirección. Cumpliremos todas las solicitudes razonables presentadas por escrito y que especifiquen cómo o dónde quiere recibir esas comunicaciones.

Tiene derecho a solicitar la modificación de su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo. Nosotros podemos preparar una refutación a su declaración, de la que le entregaremos una copia.

Tiene derecho a recibir un informe de determinadas revelaciones de su información médica protegida que hayamos hecho, en papel o electrónicamente, excepto aquellas revelaciones que se hayan hecho con una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica (a menos que la información médica esté en un expediente médico electrónico) o para determinados otros fines.

Tiene derecho a obtener una copia en papel de este Aviso, si la pide, aunque ya haya pedido recibir una copia por correo electrónico.

#### REVISIONES DE ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho a revisar este Aviso y a aplicar el Aviso revisado a la información médica protegida sobre usted que ya tengamos y a toda información que recibamos en el futuro. Tiene derecho a una copia del Aviso que actualmente está en vigencia. Todos los cambios significativos a este Aviso se publicarán en nuestro sitio web. Después, usted tendrá derecho a oponerse o revocar su autorización según se indica en este Aviso.

#### VIOLACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Le notificaremos si se descubre una violación de notificación obligatoria de su información médica protegida no asegurada. Se le notificará, a más tardar, 60 días después de haberse descubierto la violación y se incluirá una breve descripción de cómo ocurrió, la información médica protegida violada y la información de contacto por si tiene preguntas.

#### QUEJAS:

Dirija cualquier queja sobre este Aviso o la forma en la que usamos su información médica protegida a nuestro responsable de privacidad de la HIPAA. Si no está satisfecho con la manera en que se atendió alguna queja, puede presentar una queja formal a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja.

Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Mantendremos la privacidad de su información médica protegida y notificaremos a las personas afectadas por una violación de información médica protegida no asegurada. Si tiene preguntas acerca de este Aviso, llámenos al (415) 424-4266 y solicite hablar con el responsable de privacidad de la HIPAA o envíe un correo electrónico a [privacy@hazel.co](mailto:privacy@hazel.co).