

Month / Day / Year

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

Allergies, other than medications (food, seasonal) List Allergies: _____

Asthma Date of Last Attack: _____

Lung Problems List Lung Problems: _____

Diabetes

Heart Problems Circle Problems: High Blood Pressure / Aortic Arch Obstruction Other: _____

Acid Reflux (Heartburn)

Infections Circle Infections: Ears / Bladder / Throat Other: _____

Seizures Date of Last Seizure: _____

Anxiety

Depression

ADD / ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Surgery Circle Surgeries: Appendix / Gallbladder / Tonsils / Ear Tubes Other: _____

Eczema

Other Please Describe: _____

Does your child have a primary care doctor?

If you would like a visit summary to go to your child's doctor please provide their fax number.

YES NO

Child's Doctor

Phone

Fax

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

Hazel Health Services School Health Center Authorization

Understanding that my child may need healthcare treatment or healthcare screenings during school hours at the school or after hours outside the school, I hereby authorize Hazel Health Services, and the School by and through the Hazel Health Services telehealth service, to administer such first aid or other medical examination and treatment as shall be deemed best under the circumstances, and I consent for my child to receive such treatment. I understand that Hazel Health Services may not always be available due to capacity or other reasons. I represent and warrant that I am an authorized legal representative of the child. I 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 my child and if the School is unable to notify an authorized legal representative of the child, it will have my child treated by a duly qualified medical practitioner. I 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 me or my child, on the supplied phone number and contact phone numbers from the School. I 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 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 by and through a telehealth consultation. 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.
2. **NATURE OF TELEHEALTH CONSULTATION.** During the telemedicine consultation, the following may occur:
 - a. Details of your child's medical 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.

- d. Video, audio and/or photo recordings may be taken of the consultation.
3. **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 my child to school designees, school nurses, physicians, Hazel Health or other health care providers and payors for treatment and billing purposes. You also authorize Hazel Health to maintain and save your child's medical records consistent with applicable laws and regulations.
4. **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 law apply to information disclosed during this telehealth consultation.
5. **RIGHTS.** You may withhold or withdraw consent to telehealth consultation at any time without risking the loss or withdrawal of any program benefits to which you would otherwise be entitled. You acknowledge that you have been advised of your right to receive a copy of this authorization as signatory to the authorization.
6. **RISK, CONSEQUENCES AND BENEFITS.** I am aware of any potential risk, consequences and benefits of telehealth. I have had an opportunity to ask questions about this information and all of my questions have been answered. I understand the written information provided above. I am 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/. 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.



Nuestra escuela tiene un nuevo servicio de salud disponible para todos los estudiantes, proporcionando a través de Hazel Health. Cuando su estudiante se sienta enfermo en la escuela, puede ser vistos por un doctor en video, sin salir de la escuela. Al completar este formulario, su estudiante puede acceder a este servicio.

Puede completar el formulario en el internet (en línea) en: my.hazel.co/garland

		Mes	Día	Año
		/	/	
Primer Nombre del Estudiante		Apellido del Estudiante		Fecha de Nacimiento
_____		_____		_____
		()	()	
Padre / Tutor #1 Nombre		Teléfono Celular		Teléfono De Casa
_____		_____		_____
		()	()	
Padre / Tutor #2 Nombre		Teléfono Celular		Teléfono De Casa
_____		_____		_____

¿Su hijo es alérgico a algun medicamento?

Sí NO Por favor enlista: _____

¿Su hijo esta tomando algun medicamento actualmente?

Sí NO Por favor enlista: _____

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, Simeticona (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 poliza de privacidad de Hazel Health Services y: (por favor marque una casilla de abajo)

DOY permiso para que mi hijo reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

NO DOY permiso para que mi hijo reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

Con mi firma continuación, afirmo y solicito que todos los medicamentos enlistados arriba pueden ser administrados a mi estudiante. Reconozco y afirmo que no haré responsable al Distrito Escolar Independiente de Garland, a la Junta de Fideicomisarios, a los cesionarios ni a los empleados del Distrito por ningún daño o lesión que resulte de la administración de este medicamento.

Firma de Padre / Guardián (requerida)

Fecha

Primer Nombre del Estudiante

Apellido del Estudiante

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: Sí No

SÍ NO

Alergias, que no sean medicamentos (alimentos, de temporada) Indique: _____

Asma Fecha del último ataque de asma: _____

Problemas pulmonares Por favor, liste: _____

Diabetes

Problemas cardíacos Circule todos que aplican: Alta presión sanguínea / Obstrucción del arco aórtico

Otros problemas cardíacos: _____

Reflujo ácido (Acidez estomacal)

Infecciones Circule todos los que aplican: Oreas / Vejiga / Garganta Otro: _____

Convulsiones Fecha de la última convulsión: _____

Ansiedad

Depresión

ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención)

Cirugía Circule todos los que aplican: Apéndice / Vesícula biliar / Amígdalas / Tubos para los oídos

Otro cirugía: _____

Eczema

Otro Por favor describa: _____

¿Tiene su hijo un médico de atención primaria?

Si desea que un resume de la vista vaya al doctor de su estudiante, por favor proporcione su número de fax.

Sí NO

Nombre de Médico del Niño

Teléfono

Fax

¿Tiene seguro médico su hijo?

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

Autorización de Hazel Health Services Centro de Salud Escolar

Entendiendo que mi 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 autorizo Hazel Health Services y la Escuela, a través del servicio de telesalud Hazel Health Services, a administrar tales primeros auxilios u otro examen médico y tratamiento que se considere mejor bajo las circunstancias, y doy consentimiento para que mi hijo reciba tal tratamiento. Entiendo que los servicios de Hazel Health pueden estar no siempre disponible debido a su capacidad u otras razones. Yo represento y garantizo que soy legalmente un representante autorizado del niño/a. Entiendo que la escuela intentará notificar a un representante legal autorizado del niño en caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata para mi hijo y si la escuela no puede notificar a un representante legal autorizado del niño, tendrá mi hijo tratado por un practicante médico debidamente calificado. Autorizo a Hazel Health Services a contactar y dejar un mensaje de voz y / o mensaje de texto, dejando información protegida de salud o de identificación personal, como un diagnóstico, de mí o de mi hijo, en el número de teléfono proporcionado y los números de teléfono de contacto de la escuela. También entiendo que la transmisión de información de salud personal y / o de identificación personal puede no ser segura y un tercero puede acceder ilegalmente a ella. Cualquier información médica proporcionada a la Escuela se puede compartir con Hazel Health y Hazel Health Services.

1. **PROPÓSITO.** El propósito de éste formulario es obtener su consentimiento para que su hijo participe en una consulta de telesalud. Éste consentimiento autorizará la divulgación 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 por parte de a través de una consulta de telesalud. Ésta divulgación 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, tales como los planes estatales de Medicaid, entre otros. El propósito de la divulgación es obtener información y / o remuneración para servicios médicos reembolsables.
2. **INTENCIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA.** Durante la consulta de telemedicina, puede ocurrir lo siguiente:
 - a. Los detalles del historial médico, 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 y / o traductores pueden estar presentes para ayudar con el lenguaje y la implementación técnica de la consulta.
 - d. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o foto de la consulta.
3. **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 ésta 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 Ud 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 y facturación. Usted también autoriza a Hazel Health a mantener y guardar sus archivos médicos de su hijo consistente con las leyes y regulaciones apropiadas.
4. **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 se aplican a la información revelada durante ésta consulta de telesalud.
5. **DERECHOS.** Usted puede suspender o retirar el consentimiento a la consulta de telesalud en cualquier momento sin arriesgarse a la pérdida o retirada de los beneficios del programa a los cuales usted tiene derecho. Usted reconoce que se le ha notificado su derecho a recibir una copia de ésta autorización como signatario de la autorización.
6. **RIESGO, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS.** Se me ha informado de los riesgos posibles, consecuencias y beneficios de la telesalud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo la información escrita proporcionada arriba. Yo elijo inscribirme en Hazel Health Services y no estoy obligada/o 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/. 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.