

# Formulario de consentimiento de Hazel Health



Hazel Health

Nuestra escuela ofrece a todos los estudiantes acceso a visitas de telesalud sin costo con Hazel Health, nuestro socio proveedor de atención médica pediátrica. **Complete todo el formulario de consentimiento para asegurarse de que su estudiante tenga acceso a este servicio.**

Complete este formulario en línea y obtendrá más información sobre Hazel [es.getstarted.hazel.co/district/lyoncsd](https://es.getstarted.hazel.co/district/lyoncsd)



Mes / Día / Año

Nombre del estudiante	Apellido del estudiante	Fecha de nacimiento del estudiante	
Número de identificación del estudiante	Dirección del estudiante	Ciudad/Estado/Código postal	
Nombre del padre/tutor legal n.º 1	Relación con el estudiante	Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Preferido	Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Preferido
Nombre del padre/tutor legal n.º 2	Relación con el estudiante	Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Preferido	Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Preferido

## Información requerida sobre el seguro

**¿Cuánto me costará una visita a Hazel?** Los servicios de Hazel Health están 100 % cubiertos, por lo que no suponen **ningún costo** para su familia.

**¿Quién cubre estos servicios?** Al igual que un proveedor de atención médica habitual, Hazel facturará al seguro de su estudiante los servicios prestados. Todo lo que no cubra el seguro lo cubrirá su distrito escolar. Como resultado, **no hay gastos de bolsillo** para su familia.

No recibirá una factura por usar los servicios de Hazel, sin importar qué seguro tenga o cuál sea su deducible. Una vez que se complete una visita, puede recibir una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) por correo de su compañía de seguros. Esto no es una factura; es simplemente un registro de que ocurrió la visita. No se necesita ninguna acción.

**¿Qué pasa si mi estudiante no tiene seguro médico?** Si Hazel verifica que su estudiante no tiene seguro, su atención estará cubierta al 100%.

Para obtener más información, consulte nuestras preguntas frecuentes en [www.hazel.co/faq](http://www.hazel.co/faq)

**Proporcione la información del seguro de su estudiante y complete todas las secciones a continuación.** La información de su seguro siempre se mantiene confidencial y se guarda de forma segura.

Compañía de seguros	Número de Identificación del Miembro	Número de Grupo (si corresponde)	
Primer Nombre del Titular de la Póliza	Apellido del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza	Relación con el estudiante
Dirección del titular de la póliza		Ciudad/Estado/Código postal	

☐ **Al marcar esta casilla, declaro que mi estudiante no tiene cobertura de seguro médico en este momento.**

**He leído la autorización de los servicios y la Política de privacidad y: (marque una de las siguientes casillas)**

- ☐ **AUTORIZO** que mi estudiante reciba servicios de atención médica de los proveedores de Hazel Health.
- ☐ **NO AUTORIZO** que mi estudiante reciba servicios de atención médica de los proveedores de Hazel Health.

Firma del padre/tutor legal/representante legal (obligatorio)

Fecha

**CONTINÚE EN LA PÁGINA 2 PARA INTRODUCIR LAS ALERGIAS CONOCIDAS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD**  
Este consentimiento seguirá siendo válido a menos que sea revocado por el padre/tutor legal/representante legal.

Nombre del estudiante

Apellido del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

**¿Su estudiante tiene alguna alergia?**

☐ Sí ☐ NO Alergias a medicamentos Enumere: \_\_\_\_\_

☐ Sí ☐ NO Alergias alimentarias Especifique: \_\_\_\_\_

☐ Sí ☐ NO Alergias estacionales/ambientales Especifique: \_\_\_\_\_

**¿Su estudiante toma algún medicamento en la actualidad?**

☐ Sí ☐ NO Especifique: \_\_\_\_\_

**Si lo recomienda un proveedor de servicios médicos certificado de Hazel, ¿se podrían administrar los siguientes medicamentos (edad/peso apropiado) a su estudiante en la escuela?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Tylenol™ / Acetaminofeno (dolor, fiebre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Jarabe para la tos (tos)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Advil™ / Motrin™ / Ibuprofeno (dolor, fiebre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Crema de hidrocortisona (inflamación, picazón)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pepto™ pediátrico/Carbonato de calcio (malestar estomacal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Zyrtec™/Cetirizina (alergias, reacción alérgica)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pepto-Bismol™ líquido / Subsalicilato de Bismuto (náuseas, indigestión, malestar estomacal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ungüento antibiótico (cortes, infecciones)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Antiácido Líquido / Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio, Simeticona (malestar estomacal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Lágrimas artificiales (gotas para los ojos)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Pastilla para la garganta / Benzocaína / Mentol (tos, dolor de garganta)		

**¿Alguna vez su estudiante tuvo una (o más) de las siguientes afecciones de salud o problemas de salud?**

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido (Acidez estomacal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Trastorno genético
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TDA/TDAH (trastorno por déficit de atención)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Retraso o discapacidad cognitiva o intelectual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Retraso o trastorno del habla o el lenguaje
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Estreñimiento (Constipación)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Cirugía: extirpación del apéndice
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Cirugía: tubos auditivos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Cirugía: extirpación de amígdalas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Otra (explique): _____

**¿Tiene su estudiante un médico de atención primaria?**

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

☐ Sí ☐ NO

\_\_\_\_\_  
Médico del estudiante

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

## **Autorización del centro de salud escolar de Hazel Health Services**

*Para los fines de este Aviso, cuando nos referimos a “usted” o “su”, nos referimos a usted como paciente (lo que significa que cumple con los criterios estatales de mayoría de edad, menor emancipado o menor no acompañado) o como proveedor de información de un paciente menor de edad (lo que significa que es un tutor legal autorizado o un representante legal autorizado del niño).*

Al entender que podría necesitar tratamiento médico, atención de salud conductual o exámenes de salud en la escuela o fuera de la escuela, autoriza por la presente a Hazel Health Services, a través del servicio de telesalud de Hazel Health Services, a iniciar y administrar dichos primeros auxilios u otro examen o tratamiento médico o de salud conductual que se considere apropiado según las circunstancias, y da su consentimiento para recibir dicho tratamiento. Entiende que tiene el derecho de rechazar el tratamiento. Hazel Health no proporcionará servicios de emergencia. En caso de emergencia, la escuela seguirá el protocolo apropiado para que usted sea tratado por un médico debidamente cualificado. Usted comprende que Hazel Health Services puede no estar siempre disponible debido a la capacidad u otros motivos y Hazel Health Services puede utilizar tecnología de terceros para documentar y registrar la prestación de servicios clínicos. Autoriza a Hazel Health Services o a sus delegados a contactarlo y dejar un mensaje de voz, mensaje de texto o correo electrónico, con información de salud protegida o información de identificación personal, como un diagnóstico suyo, o información relevante para los productos, servicios y asociaciones de Hazel Health, mediante el uso de la información de contacto proporcionada por usted o la escuela. Puede optar por no recibir mensajes de texto de Hazel si responde con la palabra STOP desde el dispositivo móvil que recibe los mensajes de texto o si se pone en contacto con Hazel Health Services por teléfono al 1-800-764-2935, por correo electrónico a [support@hazel.co](mailto:support@hazel.co), o por escrito a 8300 Esters Blvd., Ste. 900, Irving, TX 75063. También entiende que la transmisión de información de salud personal o información de identificación personal podría no ser segura y un tercero podría acceder a esta de manera ilegal. Toda información médica o demográfica proporcionada a la escuela puede compartirse con Hazel Health y Hazel Health Services. Asimismo, se da consentimiento adicional a la escuela para que comparta cualquier registro estudiantil relacionado con el tratamiento médico o diagnóstico con Hazel Health Services.

**1. FINALIDAD.** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telesalud. Este consentimiento autorizará que la información médica sobre usted, incluida la información médica de identificación personal, sea divulgada a su distrito escolar, a los intercambios de información de salud, a Hazel Health y Hazel Health Services y a sus contratistas y profesionales médicos, personal administrativo y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services con fines de tratamiento, análisis, investigación o administración general. Esta divulgación también autorizará a compartir información que contenga datos médicos de identificación personal con fines informativos a la escuela, el distrito escolar y sus empleados. También autoriza a Hazel Health o a Hazel Health Services a utilizar la información de identificación personal para el desarrollo y la mejora de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas para mejorar los servicios prestados por los profesionales médicos, el personal administrativo, los contratistas y los empleados de Hazel Health y de Hazel Health Services. Este consentimiento también autorizará la divulgación de información, diagnósticos y registros que contengan o estén relacionados con su información médica protegida con el fin de facturar a entidades pagadoras de salud comerciales y aseguradas, entidades pagadoras estatales o federales de atención médica, incluidos, entre otros, los planes estatales de Medicaid. El propósito de la divulgación es obtener información o remuneración por servicios médicos reembolsables.

**a. Residentes de Texas:** al firmar este formulario, autoriza expresamente a Hazel Health, a Hazel Health Services y a cualquiera de sus contratistas, proveedores o afiliadas a facturar a Medicaid y a cualquier otra entidad pagadora por los servicios específicos que se le hayan prestado según se indica en su plan actual de Admisión, Revisión y Retiro/Programa de Educación Individualizada (Admission, Review and Dismissal/Individualized Education Program, “ARD/IEP”), incluido el programa de Salud Escolar y Servicios Relacionados (School Health and Related Services, “SHARS”).



Su capacidad para recibir servicios fuera del entorno escolar no se verá afectada. Puede retirar este consentimiento en cualquier momento si envía un correo electrónico a [support@hazel.co](mailto:support@hazel.co). Entiende que puede elegir a su proveedor y que no tiene ninguna obligación de seleccionar a Hazel Health o Hazel Health Services como proveedor de atención médica para usted. Entiende que es responsable de todo costo que tenga que pagar el paciente que no esté cubierto por su aseguradora de salud u otra agencia. Tendrá acceso a toda la información médica resultante de los servicios de telesalud según lo dispuesto por la legislación aplicable para el acceso de los pacientes a las historias clínicas.

**2. NATURALEZA DE LA CONSULTA DE TELESALUD.** Durante la consulta de telesalud, pueden ocurrir las siguientes situaciones:

- a. Los detalles de su historial médico y de salud conductual, exámenes, radiografías y pruebas pueden analizarse con otros profesionales de la salud cuando sea médicamente necesario.
- b. Un médico podría llevar a cabo su examen físico y evaluación conductual a distancia, a través de la aplicación móvil, utilizando audio, videos o fotos cuando sea médicamente necesario para brindar atención. No todas las afecciones pueden tratarse mediante una consulta de telesalud.
- c. Podrá estar presente personal no médico, como el personal de la escuela, empleados de Hazel Health Services o traductores, para ayudar con el idioma y la implementación técnica de la consulta. Usted autoriza al personal de la escuela, incluido el personal de enfermería y el personal no médico, a administrar medicamentos, incluidos los de venta libre.

**3. PRUEBAS EN EL PUNTO DE ATENCIÓN.** Doy mi consentimiento para que se efectúen pruebas en el punto de atención en la escuela cuando se indiquen desde el punto de vista médico.

- a. Algunos ejemplos de posibles complicaciones de las pruebas en el lugar de atención son molestias temporales, irritación leve o traumatismo localizado en el área afectada.

**4. INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS.** Todas las leyes vigentes relativas a su acceso a la información médica y a las copias de su historia clínica 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 del paciente de esta interacción de telesalud no se producirá sin su consentimiento explícito, excepto que usted autorice a Hazel Health Services a divulgar información médica protegida sobre usted a las personas designadas por la escuela, personal de enfermería escolar, médicos, Hazel Health u otros proveedores de atención médica y aseguradoras para fines de tratamiento, administración y facturación. También autoriza a Hazel Health a mantener y guardar su historia clínica de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables. Para obtener una copia de su historia clínica o acceder a su información médica, envíe su solicitud a [support@hazel.co](mailto:support@hazel.co) o llame al 1-800-76-HAZEL.

- a. Residentes de Nevada: de acuerdo con el Código Revisado de Nevada (Nevada Revised Statutes, N.R.S.) 629.051, todos los registros médicos pueden ser destruidos después de un período de cinco años.

**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 de conformidad con la ley federal se aplican a la información revelada durante esta consulta de telesalud.

**6. DERECHOS.** Usted puede retener o retirar el consentimiento para consultas de telesalud, para la divulgación de información personal identificable a cualquier agencia estatal o federal o a terceros, o a cualquier otro servicio en cualquier momento. Reconoce que se le ha informado de su derecho de recibir una copia de esta autorización como firmante de la misma.

**7. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS** Usted es consciente de cualquier riesgo potencial, consecuencias, limitaciones y beneficios de la telesalud. Comprende los riesgos inherentes asociados con la comunicación electrónica y las telecomunicaciones, y la posibilidad de fallos tecnológicos. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas estas han sido contestadas. Comprende la información escrita proporcionada anteriormente. Elige inscribirse en Hazel Health Services y no está siendo obligado a utilizar este programa.

## **8. AVISO AL CLIENTE SOBRE QUEJAS**

**a.** Residentes de California: La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a quejas sobre los servicios proporcionados dentro del ámbito de práctica de terapeutas matrimoniales y familiares. Puede comunicarse en línea con la junta en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov), o llamando al (916) 574-7830.

**b.** Residentes de Texas: las quejas sobre médicos, así como de otros titulares de licencias y registros de la Junta Médica de Texas, incluidos asociados médicos, acupunturistas y asistentes quirúrgicos, pueden ser denunciadas para investigación a la siguiente dirección: Junta Médica de Texas, a la atención de: Investigations (Investigaciones), 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018. Se puede obtener asistencia para presentar una queja llamando al siguiente número de teléfono: 1-800-201-9353. Para obtener más información, visite nuestro sitio web en [www.tmb.state.tx.us](http://www.tmb.state.tx.us).

## **9. MAYORÍA DE EDAD, MENOR EMANCIPADO O MENOR NO ACOMPAÑADO**

**a.** Residentes de California: Si firma este formulario como menor de edad en su propio nombre, declara y garantiza que es un menor emancipado en California según lo define la Ley de Emancipación de Menores, División 11, Parte 6, Capítulo 1, 7000, un menor no acompañado según la ley de California, o mayor de edad en el estado de California, o tiene otra autoridad legal según la ley de California y tiene la capacidad para firmar este consentimiento.

**b.** Todos los demás estados: Si firma este formulario como menor de edad en su propio nombre, declara y garantiza que es un menor emancipado en el estado donde reside, un menor no acompañado según la ley del estado donde reside o que, de otro modo, tiene la autoridad legal según la ley del estado donde reside y tiene la capacidad para firmar este consentimiento.

## **Aviso sobre las Prácticas de Privacidad: entidad cubierta afiliada de Hazel Health Services**

*Para los propósitos de este Aviso, cuando nos referimos a “usted” o “su”, nos referimos a usted como paciente o como proveedor de información sobre un paciente menor de edad.*

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el “Aviso”) describe cómo Telehealth Services USA o Telehealth Services South 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 divulgar 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, el pago y las 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 información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición 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 DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Nuestros proveedores de atención médica, nuestro personal y otras personas fuera de nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento pueden usar y divulgar 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:**

Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para brindar, coordinar o gestionar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información médica protegida puede proporcionarse a un proveedor de atención médica al que haya sido derivado para garantizar que la información necesaria sea accesible para diagnosticarlo o tratarlo.

### **PAGO:**

Su información médica protegida puede usarse para facturar u obtener el pago por sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro médico puede realizar antes de aprobar o pagar sus servicios, tales como: determinar la elegibilidad o cobertura de los beneficios del seguro médico y revisar la necesidad médica de los servicios que le prestaron.

## **OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:**

Nosotros podemos usar y divulgar 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, malversación y abuso.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:**

Nosotros podemos usar y divulgar su información médica protegida, en las siguientes situaciones, sin su autorización. Estas situaciones incluyen los siguientes usos y divulgaciones: 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; 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 divulgaciones 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 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 divulgaciones.

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

Otros usos y divulgaciones 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 divulgar 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 divulgaciones 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 la divulgación que se indicaron en su autorización.

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

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.

Puede solicitar el acceso o una modificación de su información médica protegida.

Tiene derecho a solicitar una restricción del uso o de la divulgación de su información médica/personal protegida. Su solicitud debe realizarse por escrito e indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar una restricción que usted pueda solicitar, a menos que la restricción solicitada esté relacionada con la divulgación a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica respecto a un servicio que se ha pagado completamente 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 el derecho a solicitar la modificación de su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo. Podemos preparar una refutación a su declaración, de la que le entregaremos una copia.



Tiene derecho a recibir un informe de determinadas divulgaciones de su información médica protegida que hayamos hecho, en papel o electrónicamente, excepto aquellas divulgaciones 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, previa solicitud, aunque ya haya pedido recibir una copia por correo electrónico.

Póngase en contacto con [privacy@hazel.co](mailto:privacy@hazel.co) para solicitar cualquiera de los puntos antes mencionados.

#### **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 recibir una copia del Aviso que actualmente está vigente. Todos los cambios significativos a este Aviso se publicarán en nuestro sitio web.

#### **VIOLACIÓN DE LA 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 a la dirección [privacy@hazel.co](mailto:privacy@hazel.co). 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](http://www.hhs.gov). No tomaremos represalias contra 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).