WinMed Health Consent & Privacy Practices

Winton Hills Medical Center	WinMed at City West	WinMed at CAA
5275 Winneste Ave	1019 Linn St	1740 Langdon Farm Rd
Cincinnati, OH 45232	Cincinnati, OH 45203	Cincinnati, OH 45237
P513-242-1033/F513-242-2855	P513-233-7100/F513-407-3451	P513-631-7100/F513-417-8335

School-Based Health Centers

Bond Hill Academy● Winton Hills Academy ● Woodward Career Technical High School

Elmwood Place Elementary ● St. Bernard Elementary ● St. Bernard-Elmwood Place Jr./Sr. High

By signing this form, I am consenting to WinMed Health's uses and disclosures of my Protected Health Information (PHI) to carry out Treatment, Payment, & Operations (TPO).

I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, WinMed Health may decline to provide treatment to me.

Please check how you prefer to receive communications below

- Consent to Text or Call for Appointment Reminders & Communications

I consent for WinMed Health to communicate with me regarding appointments and health outreach by:

□ Call with appointment communications

□ Text with appointment communications

□ E-mail with appointment communications

□ All communications

- Consent to Obtain Medication History

Patient medication history is a list of prescriptions that healthcare providers have prescribed for you. A variety of sources, including pharmacies and health insurers, contribute to the collection of this history. The collected information is stored in the practice electronic medical record system and becomes part of your personal medical record. Medication history is very important in helping providers treat your symptoms and/or illness properly and avoid potentially dangerous drug interactions. It is very important that you and your provider discuss all your medications in order to ensure that your recorded medication history is 100% accurate. Some pharmacies do not make prescription history information available, and your medication history might not include medications purchased without using your health insurance. Also over-the-counter medications, supplements, or herbal remedies that you take on your own may not be included. I give my permission to allow my healthcare provider to obtain my medication history from my pharmacy, my health plans, and my other healthcare providers.

By signing this consent form, you are giving your healthcare provider permission to collect and share your pharmacy and your health insurer information about your prescriptions that have been filled at any pharmacy or covered by any health insurance plan. This includes prescription medicines to treat AIDS/HIV and medicines used to treat mental health issues, such as depression.

By signing below, I hereby acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices if requested.

_____ _____

Patient Signature Date

_____ _____

Parent/Guardian Signature Date

WinMed Health Consent & Privacy Practices

Winton Hills Medical Center	WinMed at City West	WinMed at CAA
5275 Winneste Ave	1019 Linn St	1740 Langdon Farm Rd
Cincinnati, OH 45232	Cincinnati, OH 45203	Cincinnati, OH 45237
P513-242-1033/F513-242-2855	P513-233-7100/F513-407-3451	P513-631-7100/F513-417-8335

School-Based Health Centers

Bond Hill Academy● Winton Hills Academy ● Woodward Career Technical High School

Elmwood Place Elementary ● St. Bernard Elementary ● St. Bernard-Elmwood Place Jr./Sr. High

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que WinMed Health use y divulgue mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones (TPO).

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, WinMed Health puede negarse a brindarme tratamiento.

Por favor marque cómo prefiere recibir las comunicaciones a continuación

• Consentimiento para mensajes de texto o llamadas para recordatorios y comunicaciones de citas

Doy mi consentimiento para que WinMed Health se comunique conmigo con respecto a las citas y el alcance de la salud a través de:

□ Llamar con comunicaciones de cita

□ Texto con comunicaciones de cita

□ Correo electrónico con comunicaciones de citas

□ Todas las comunicaciones

• Consentimiento para obtener el historial de medicamentos

El historial de medicamentos del paciente es una lista de recetas que los proveedores de atención médica le han recetado. Una variedad de fuentes, incluidas farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de esta historia. La información recopilada se almacena en el sistema de registro médico electrónico de la práctica y se convierte en parte de su registro médico personal. El historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los proveedores a tratar sus síntomas y/o enfermedades adecuadamente y evitar interacciones medicamentosas potencialmente peligrosas. Es muy importante que usted y su proveedor analicen todos sus medicamentos para asegurarse de que su historial de medicamentos registrado sea 100% preciso. Algunas farmacias no ponen a disposición la información del historial de recetas, y es posible que su historial de medicamentos no incluya los medicamentos comprados sin usar su seguro de salud. También es posible que no se incluyan los medicamentos de venta libre, los suplementos o los remedios a base de hierbas que toma por su cuenta. Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atención médica obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica.

Al firmar este formulario de consentimiento, le da permiso a su proveedor de atención médica para que recopile y comparta información de su farmacia y de su aseguradora médica sobre sus recetas que se surtieron en cualquier farmacia o que están cubiertas por cualquier plan de seguro médico. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental, como la depresión.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad si se solicita.

_____ _____

Firma del paciente Fecha

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha