

## TERMOS E CONDIÇÕES E POLÍTICA DE PRIVACIDADE

### Autorização de Serviços SchoolMed da Goodside Health

Entendendo que você ou seu(ua) filho(a) pode precisar de tratamento de saúde, cuidados de saúde comportamentais ou exames de saúde durante o horário escolar na escola ou depois do horário fora da escola, você autoriza a Goodside Health e a Escola, por meio dos serviços da Goodside Health, a iniciar e administrar tais primeiros socorros ou outro exame e tratamento médico ou de saúde comportamental, conforme o que for considerado o melhor nas circunstâncias, e você consente que você ou seu(ua) filho(a) receba tal tratamento. Se indicado com base em achados clínicos, você autoriza a Goodside Health a encaminhar e compartilhar as informações específicas de você ou seu(ua) filho(a) para avaliação e/ou tratamento posterior com a entidade de saúde apropriada. Você entende que a Goodside Health pode nem sempre estar disponível devido a capacidade ou outros motivos. Você declara e garante que é um representante legal autorizado da criança. Você entende que a Escola tentará notificar um representante legal autorizado da criança no caso de uma emergência que exija cuidados médicos imediatos para você ou seu(ua) filho(a) e, se a Escola não puder notificar um representante legal autorizado da criança, ela fará com que você ou seu(ua) filho(a) seja tratado(a) por um médico devidamente qualificado. Você autoriza a Goodside Health a entrar em contato e deixar uma mensagem de voz e/ou mensagem de texto, deixando informações protegidas de saúde ou de identificação pessoal, como um diagnóstico, seu ou de você ou seu(ua) filho(a), no número de telefone fornecido e nos números de telefone de contato da Escola. Você também entende que a transmissão de informações pessoais de saúde e/ou de identificação pessoal pode não ser segura e pode ser acessada ilegalmente por terceiros. Qualquer informação médica ou demográfica fornecida à Escola pode ser compartilhada com a Goodside Health. O consentimento é dado à Escola para compartilhar quaisquer registros do(a) aluno(a) relacionados ao tratamento médico e/ou diagnóstico à Goodside Health e você entende que a Goodside Health deve compartilhar informações de identificação pessoal, como diagnóstico e planos de tratamento com a Escola.

**FINALIDADE.** O objetivo deste formulário é obter seu consentimento para que você ou seu(ua) filho(a) participe de uma consulta de telessaúde, bem como (quando disponível) de serviços de saúde presenciais. Este consentimento autorizará informações médicas sobre a criança, incluindo informações médicas pessoalmente identificáveis, a serem divulgadas ao seu distrito escolar, à Goodside Health e a profissionais médicos, equipe administrativa e funcionários da Goodside Health para fins de tratamento ou administração geral. Esta divulgação também autorizará o compartilhamento de informações contendo informações médicas de identificação pessoal da criança para fins informativos por funcionários da Escola ou da Goodside Health e o uso de informações de identificação pessoal pela Goodside Health para o desenvolvimento e melhoria de software, hardware e ferramentas relacionadas, projetadas para melhorar os serviços prestados por profissionais médicos, funcionários administrativos, contratados e funcionários da Goodside Health. Este consentimento também autorizará a divulgação de informações, diagnósticos e registros contendo ou relacionados às informações médicas pessoalmente identificáveis da criança para fins de cobrança de pagadores de planos de saúde comerciais e segurados, pagadores de planos de saúde estaduais e/ou federais, incluindo, entre outros, planos Medicaid estaduais. O objetivo da divulgação é obter informações e/ou remuneração por serviços médicos reembolsáveis. Ao assinar abaixo, você autoriza expressamente a Goodside Health e qualquer um de seus contratados, fornecedores ou afiliados a cobrar do Medicaid e de quaisquer outros pagadores pelos serviços específicos prestados a(à) você ou seu(ua) filho(a), conforme descrito no Programa de Admissão, Revisão e Dispensa/Educação Individualizada atual da criança ("ARD/IEP"), inclusive sob o programa School Health and Related Services ("SHARS").

A capacidade de você ou seu(ua) filho(a) receber serviços fora do ambiente escolar não será afetada. Você pode cancelar este consentimento a qualquer momento. Você entende que pode escolher seu provedor e não tem obrigação de selecionar a Goodside Health como provedor de saúde para você ou seu(ua) filho(a). Você entende que é responsável por qualquer responsabilidade de desembolso do paciente que não seja coberta pelo seu pagador de assistência médica ou outra agência. Você ou seu(ua) filho(a) terão acesso a todas as informações médicas resultantes da telemedicina e dos serviços de saúde presenciais, conforme previsto pela lei aplicável para o acesso do paciente aos registros médicos.

**NATUREZA DA CONSULTA DE TELESSAÚDE.** Durante a consulta de telemedicina, as seguintes situações podem ocorrer:

Os detalhes do histórico médico e de saúde comportamental de você ou seu(ua) filho(a), exames, radiografias e testes podem ser discutidos com outros profissionais de saúde, quando clinicamente necessário.



O exame físico e a avaliação comportamental de você ou seu(u) filho(a) podem ocorrer por meio de um médico remoto através de aplicativo móvel, utilizando áudio, vídeos ou fotos, quando clinicamente necessário para fornecer cuidados. Nem todas as condições podem ser tratadas por uma consulta de telessaúde.

Pessoal não médico, incluindo funcionários da escola, funcionários da Goodside Health e/ou tradutores, podem estar presentes para ajudar com o idioma e a implementação técnica da consulta. Você autoriza o pessoal da escola, incluindo enfermeiros(as) e pessoal não médico a administrar medicamentos, incluindo medicamentos de venda livre.

**INFORMAÇÕES E REGISTROS MÉDICOS.** Todas as leis existentes relativas ao seu acesso a informações médicas e cópias de seus registros médicos se aplicam a esta consulta de telessaúde e/ou serviço de atendimento médico presencial. Além disso, a divulgação, além dos usos potenciais listados neste consentimento, de quaisquer imagens ou informações identificáveis do paciente, a partir desta interação de telessaúde e/ou serviço de saúde pessoal, não ocorrerá sem o seu consentimento explícito, exceto se você autorizar a Goodside Health a divulgar informações de saúde protegidas sobre você ou seu(u) filho(a) para representantes da escola, enfermeiros(as) escolares, médicos, Goodside Health ou outros prestadores de serviços de saúde e pagadores para fins de tratamento, administração e cobrança. Você também autoriza a Goodside Health a manter e salvar os registros médicos de você ou seu(u) filho(a) de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

**CONFIDENCIALIDADE.** Esforços razoáveis e apropriados foram tomados para eliminar qualquer risco de confidencialidade associado à consulta de telessaúde e/ou serviço de saúde presencial, e todas as proteções de confidencialidade existentes sob a lei federal e estadual se aplicam às informações divulgadas durante esta consulta de telessaúde e/ou serviço presencial de cuidados de saúde.

**DIREITOS.** Você pode pausar ou cancelar o consentimento para consultas de telessaúde e/ou serviço de saúde pessoal, para a divulgação de informações de identificação pessoal a qualquer agência estadual ou federal ou outro terceiro, ou para qualquer outro serviço a qualquer momento. Você reconhece que foi informado de seu direito de receber uma cópia desta autorização como signatário da autorização.

**RISCOS, CONSEQUÊNCIAS E BENEFÍCIOS.** Você está ciente de qualquer risco potencial, consequências e benefícios da telessaúde e/ou serviço de atendimento médico presencial. Você teve a oportunidade de fazer perguntas sobre essas informações e todas as minhas perguntas foram respondidas. Você compreende as informações escritas fornecidas acima. Você está optando por se inscrever na Goodside Health e não está sendo forçado a utilizar este programa.

Revisão Texas V9.0

Aviso de Práticas de Privacidade - Entidade Coberta Afiliada da Goodside Health

Para os fins deste Aviso, quando nos referimos a “você” ou “seu”, queremos dizer você como paciente ou você como o provedor de informações sobre um(a) paciente menor de idade.

**ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESSAS INFORMAÇÕES. POR FAVOR, REVISE-O CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de Práticas de Privacidade (o “Aviso”) descreve como Pediatric Urgent Care, PA d.b.a Goodside Health e Urgent Care for Kids, LLC d.b.a Goodside Healthcare, coletivamente a Entidade ou Goodside Health, e os membros de sua Entidade Coberta Afiliada (coletivamente “nós” ou “nosso”) pode usar e divulgar suas informações de saúde protegidas para realizar tratamento, pagamento ou operações comerciais e para outros fins permitidos ou exigidos por lei. Uma Entidade Coberta Afiliada é um grupo de provedores de assistência médica sob propriedade ou controle comum que se designa como uma entidade única para fins de conformidade com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro Saúde (“HIPAA”). Os membros da Entidade Coberta Afiliada da Goodside Health compartilharão informações de saúde protegidas entre si para o tratamento, pagamento e operações de assistência médica da Entidade Coberta Afiliada da Goodside Health e conforme permitido pela HIPAA e por este Aviso de Práticas de Privacidade. Para obter uma lista completa dos membros da Entidade Coberta Afiliada da Goodside Health, entre em contato com o Escritório de Privacidade da Goodside Health.



“Informações de saúde protegidas” ou “PHI” são informações sobre você, incluindo informações demográficas, que podem identificá-lo e que se relacionam com sua saúde ou condição física passada, presente ou futura, tratamento ou pagamento por serviços de saúde. Este Aviso também descreve seus direitos de acesso e controle de suas informações de saúde protegidas.

#### USOS E DIVULGAÇÕES DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS:

Suas informações de saúde protegidas podem ser usadas e divulgadas por nossos prestadores de serviços de saúde, nossa equipe e outras pessoas fora de nosso escritório que estejam envolvidas em seus cuidados e tratamento, com o objetivo de fornecer serviços de saúde a você, para apoiar nossas operações comerciais, para obter pagamento por seu atendimento e qualquer outro uso autorizado ou exigido por lei.

#### TRATAMENTO:

Usaremos e divulgaremos suas informações de saúde protegidas para fornecer, coordenar ou gerenciar seus cuidados de saúde e quaisquer serviços relacionados. Isso inclui a coordenação ou gerenciamento de seus cuidados de saúde com um terceiro. Por exemplo, suas informações de saúde protegidas podem ser fornecidas a um profissional de saúde ao qual você foi encaminhado para garantir que as informações necessárias estejam acessíveis para diagnosticar ou tratar você.

#### PAGAMENTO:

Suas informações de saúde protegidas podem ser usadas para faturar ou obter pagamento por seus serviços de saúde. Isso pode incluir certas atividades que seu plano de seguro de saúde pode realizar antes de aprovar ou pagar por seus serviços, como: determinar a elegibilidade ou cobertura para benefícios de seguro e revisar os serviços prestados a você por necessidade médica.

#### OPERAÇÕES DE SAÚDE:

Podemos usar ou divulgar, conforme necessário, suas informações de saúde protegidas para apoiar as atividades comerciais deste escritório. Essas atividades incluem, entre outras, melhorar a qualidade do atendimento, fornecer informações sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios e serviços relacionados à saúde, desenvolver ou manter e dar suporte a sistemas de computador, serviços jurídicos e conduzir auditorias e programas de conformidade, incluindo investigações de fraude, desperdício e abuso.

#### USOS E DIVULGAÇÕES QUE NÃO REQUEREM SUA AUTORIZAÇÃO

Podemos usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas nas seguintes situações sem sua autorização. Essas situações incluem os seguintes usos e divulgações: conforme exigido por lei; para fins de saúde pública; para fins de supervisão de cuidados de saúde; para denúncias de abuso ou negligência; de acordo com os requisitos da Food and Drug Administration; em conexão com processos judiciais; para fins de aplicação da lei; para legistas, agentes funerários e agências de doação de órgãos; para determinados fins de pesquisa; para certas atividades criminosas; para determinadas atividades militares e fins de segurança nacional; para relatórios de compensação de trabalhadores; em relação a certos relatórios de presidiários; e outros usos e divulgações exigidos. De acordo com a lei, devemos fazer certas divulgações a você mediante sua solicitação e quando solicitado pela Secretaria do Departamento de Saúde e Serviços Humanos para investigar ou determinar nossa conformidade com os requisitos da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA). As leis estaduais podem restringir ainda mais essas divulgações.

#### USOS E DIVULGAÇÕES QUE REQUEREM SUA AUTORIZAÇÃO:

Outros usos e divulgações permitidos e necessários serão feitos somente com seu consentimento, autorização ou oportunidade de se opor, a menos que permitido ou exigido por lei. Sem sua autorização, estamos expressamente proibidos de usar ou divulgar suas informações de saúde protegidas para fins de marketing. Não podemos vender suas informações de saúde protegidas sem sua autorização. Suas informações de saúde protegidas não serão usadas para arrecadação de fundos. Se você nos fornecer uma autorização para determinados usos e divulgações de suas informações, você poderá revogar tal autorização a qualquer momento, por escrito, exceto na medida em que tenhamos tomado uma ação com base no uso ou divulgação indicado na autorização.



#### SEUS DIREITOS COM RELAÇÃO ÀS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS:

Você tem o direito de inspecionar e copiar suas informações de saúde protegidas.

Você pode solicitar acesso ou alteração de suas informações de saúde protegidas.

Você tem o direito de solicitar uma restrição ao uso ou divulgação de suas informações pessoais/de saúde protegidas. Sua solicitação deve ser feita por escrito e indicar a restrição específica solicitada e a quem você deseja que a restrição se aplique. Não somos obrigados a concordar com uma restrição que você possa solicitar, exceto se a restrição solicitada for uma divulgação a um plano de saúde para fins de pagamento ou operações de assistência médica em relação a um serviço que foi pago integralmente do próprio bolso.

Você tem o direito de solicitar o recebimento de nossas comunicações confidenciais por meios alternativos ou em um local alternativo. Cumpriremos todas as solicitações razoáveis enviadas por escrito que especifiquem como ou onde você deseja receber essas comunicações.

Você tem o direito de solicitar uma alteração de suas informações de saúde protegidas. Se negarmos o seu pedido de alteração, você tem o direito de apresentar uma declaração de divergência conosco. Podemos preparar um contra-argumento à nossa declaração e forneceremos a você uma cópia de tal contra-argumento.

Você tem o direito de receber uma prestação de contas de certas divulgações de suas informações de saúde protegidas que tenhamos feito, em papel ou eletrônico, exceto para certas divulgações que estavam de acordo com uma autorização, para fins de tratamento, pagamento, operações de saúde (a menos que as informações sejam mantidas em um prontuário eletrônico); ou para outros fins.

Você tem o direito de obter uma cópia em papel deste Aviso, mediante solicitação, mesmo que tenha solicitado anteriormente seu recebimento eletronicamente por e-mail.

#### REVISÕES DESTE AVISO:

Reservamo-nos o direito de revisar este Aviso e efetivar o Aviso revisado para informações de saúde protegidas que já temos sobre você, bem como qualquer informação que recebermos no futuro. Você tem direito a uma cópia do Aviso atualmente em vigor. Quaisquer alterações significativas a este Aviso serão publicadas em nosso site. Você, então, tem o direito de se opor ou cancelar, conforme previsto neste Aviso.

#### VIOLAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE:

Nós o notificaremos se uma violação reportável de suas informações de saúde protegidas e não seguras for descoberta. A notificação será feita a você no prazo máximo de 60 dias a partir da descoberta da violação e incluirá uma breve descrição de como a violação ocorreu, as informações de saúde protegidas envolvidas e informações de contato para você fazer perguntas.

#### RECLAMAÇÕES:

Reclamações sobre este Aviso ou como lidamos com suas informações de saúde protegidas devem ser direcionadas ao nosso Diretor de Privacidade HIPAA. Se você não estiver satisfeito com a maneira como uma reclamação for tratada, você pode enviar uma reclamação formal ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Escritório de Direitos Civis, enviando uma carta para 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ligando para 1-877-696-6775 ou visitando [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov). Não iremos retaliar contra você por registrar uma reclamação.

Devemos seguir os deveres e práticas de privacidade descritos neste Aviso. Manteremos a privacidade de suas informações de saúde protegidas e notificaremos os indivíduos afetados após uma violação de informações de saúde protegidas não seguras. Se você tiver alguma dúvida sobre este Aviso, entre em contato conosco pelo telefone (415) 424-4266 e peça para falar com nosso Diretor de Privacidade HIPAA ou envie um e-mail para [privacy@goodsidehealth.com](mailto:privacy@goodsidehealth.com).

Revisão 9.0