



TÉRMINOS Y CONDICIONES Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Autorización de servicios de Goodside Health SchoolMed

Entendiendo que usted o su hijo puede necesitar tratamiento de atención médica, atención médica conductual o exámenes de atención médica durante las horas escolares en la escuela o después del horario fuera de la escuela, usted autoriza a Goodside Health, y la Escuela por y a través de los servicios de Goodside Health, para iniciar y administrar los primeros auxilios u otro examen y tratamiento médico o de salud conductual que se considere apropiado según las circunstancias, y usted da su consentimiento para que usted o su hijo reciba dicho tratamiento. Si se indica en función de los hallazgos clínicos, usted autoriza a Goodside Health a derivar y compartir la información específica de usted o su hijo para una evaluación y/o tratamiento adicionales con la entidad de atención médica adecuada. Usted comprende que es posible que Goodside Health no siempre esté disponible debido a la capacidad u otras razones. Usted declara y garantiza que es un representante legal autorizado del menor. Usted comprende que la Escuela intentará notificar a un representante legal autorizado del menor en caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata para usted o su hijo y si la Escuela no puede notificar a un representante legal autorizado del menor, hará que usted o su hijo sea tratado por un médico debidamente calificado. Usted autoriza a Goodside Health a contactar y dejar un correo de voz y/o un mensaje de texto, dejando información de salud protegida o de identificación personal, como un diagnóstico, suyo o su hijo, en el número de teléfono proporcionado y los números de teléfono de contacto de la Escuela. También comprende que la transmisión de información de salud personal y/o de identificación personal puede no ser segura y un tercero puede acceder ilegalmente. Cualquier información médica o demográfica proporcionada a la escuela se puede compartir con Goodside Health. Además, se otorga el consentimiento a la Escuela para compartir los registros de los estudiantes relacionados con el tratamiento médico y/o el diagnóstico con Goodside Health y usted comprende que Goodside Health compartirá información de identificación personal, como diagnósticos y planes de tratamiento, con la Escuela.

OBJETIVO. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para que usted o su hijo participe en una consulta de telesalud, así como (cuando esté disponible) servicios de atención médica en persona. Este consentimiento autorizará que la información médica sobre el menor, incluida la información médica de identificación personal, se divulgue a su distrito escolar, a Goodside Health y a profesionales médicos, personal administrativo y empleados de Goodside Health para fines de tratamiento o administración general. Esta divulgación también autorizará el intercambio de información que contenga información médica de identificación personal del menor con fines informativos por parte de los empleados de la Escuela o Goodside Health y el uso de información de identificación personal por parte de Goodside Health para el desarrollo y mejora de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas para mejorar los servicios proporcionados por profesionales médicos, personal administrativo, contratistas y empleados de Goodside Health. Este consentimiento también autorizará la divulgación de información, diagnóstico y registros que contengan o estén relacionados con la información médica de identificación personal del menor con el fin de facturar a los pagadores de atención médica asegurados y comerciales, pagadores de atención médica estatales y/o federales, incluidos pero no limitado a los planes estatales de Medicaid. El propósito de la divulgación es obtener información y/o remuneración por servicios médicos reembolsables. Al firmar a continuación, autoriza expresamente a Goodside Health y a cualquiera de sus contratistas, proveedores o afiliados a facturar a Medicaid y a cualquier otro pagador por los servicios específicos prestados a usted o su hijo como se describe en el Plan de Admisión, revisión y despido/Programa de educación individualizada ("ARD/IEP", por sus siglas en inglés), incluso bajo el programa de Salud escolar y servicios relacionados ("SHARS").

La capacidad de usted o su hijo para recibir servicios fuera del entorno escolar no se verá afectada. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento. Usted comprende que puede elegir a su proveedor y que no tiene la obligación de seleccionar a Goodside Health como proveedor de atención médica para usted o su hijo. Usted comprende que es responsable de cualquier costo de bolsillo responsable 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 y de atención médica en persona según lo dispuesto por la ley aplicable para el acceso del paciente a los registros médicos.

NATURALEZA DE LA CONSULTA DE TELESALUD. Durante la consulta de telemedicina puede ocurrir lo siguiente:

Los detalles del historial médico y de salud conductual de usted o su hijo, los exámenes, las radiografías y las pruebas se pueden discutir con otros profesionales de la salud cuando sea médicamente necesario.



El examen físico y la evaluación conductual de usted o su hijo se pueden realizar a través de un médico remoto por medio de la aplicación móvil, utilizando audio, videos o fotos cuando sea médicamente necesario para brindar atención. No todas las afecciones pueden ser tratadas por una consulta de telesalud.

El personal no médico, incluido el personal de la escuela, los empleados de Goodside Health y/o los 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 los medicamentos de venta libre.

INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS. Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telesalud y/o servicio de atención médica en persona. 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 y/o servicio de atención médica en persona no ocurrirá sin su consentimiento explícito, excepto que usted autorice a Goodside Health a divulgar información de salud protegida sobre usted o su hijo a personas designadas por la escuela, enfermeras escolares, médicos, Goodside Health u otros proveedores de atención médica y pagadores para fines de tratamiento, administración y facturación. También autoriza a Goodside Health a mantener y guardar los registros médicos de usted o su hijo de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables.

CONFIDENCIALIDAD. Se han hecho esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud y/o el servicio de atención médica en persona, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telesalud y/o servicio de atención médica en persona.

DERECHOS. Puede denegar o revocar el consentimiento para las consultas de telesalud y/o el servicio de atención médica en persona, para la divulgación 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 ha sido informado de su derecho a recibir una copia de esta autorización como signatario de la autorización.

RIESGO, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS. Usted es consciente de cualquier riesgo, consecuencia y beneficio potencial del servicio de telesalud y/o de atención médica en persona. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido respondidas. Usted comprende la información escrita proporcionada anteriormente. Está eligiendo inscribirse en Goodside Health y no está obligado a utilizar este programa.

Revisión Texas V9.0

Aviso de Prácticas de privacidad - Entidad cubierta afiliada a Goodside Health

A los efectos de este Aviso, cuando nos referimos a "usted" o "su", nos referimos a usted como paciente o a usted como proveedor de información sobre un paciente menor de edad.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de privacidad (el "Aviso") describe cómo Pediatric Urgent Care, PA conocida comercialmente como Goodside Health y Urgent Care for Kids, LLC conocida comercialmente como Goodside Healthcare colectivamente la Entidad o Goodside Health y los miembros de su Entidad cubierta afiliada (colectivamente "nosotros" o "nuestro") puede usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo operaciones comerciales, de pago o de tratamiento 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 mismo como una sola entidad a los fines del cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Los miembros de la Entidad cubierta afiliada a Goodside Health compartirán información de salud protegida entre sí para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica de la Entidad cubierta afiliada a Goodside Health y según lo permitido por HIPAA y este Aviso de Prácticas de privacidad. Para obtener una lista completa de los miembros de la Entidad cubierta afiliada de Goodside Health, comuníquese con la Oficina de privacidad de Goodside Health.

La "información de salud protegida" o "PHI" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física pasada, presente o futura, tratamiento o pago



por servicios de atención médica. Este Aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida.

USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestros proveedores de atención médica, nuestro personal y otras personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica, para respaldar nuestras operaciones comerciales, para obtener el pago por su atención y cualquier otro uso autorizado o exigido por la ley.

TRATAMIENTO:

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

PAGO:

Su información de salud protegida se puede usar para facturar u obtener el pago de 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 la cobertura de los beneficios del seguro y revisar los servicios que se le brindaron por necesidad médica.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de esta oficina. Estas actividades incluyen, entre otras, mejorar la calidad de la atención, proporcionar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud, desarrollar o mantener y respaldar sistemas informáticos, servicios legales y realizar auditorías y programas de cumplimiento, incluido el fraude, investigaciones de despilfarro y abuso.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen los siguientes usos y divulgaciones: según lo requiera la ley; con fines de salud pública; para fines de supervisión de la atención médica; para informes de abuso o negligencia; de conformidad con los requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos; en relación con procedimientos legales; para fines de aplicación de la ley; a médicos forenses, directores de funerarias y agencias de donación de órganos; para ciertos fines de investigación; para ciertas actividades delictivas; para ciertas actividades militares y fines de seguridad nacional; para informes de indemnización laboral; relacionado con ciertos informes de reclusos; y otros usos y divulgaciones requeridos. Según la ley, debemos hacerle ciertas divulgaciones cuando lo solicite y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Las leyes estatales pueden restringir aún más estas divulgaciones.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán solo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo permita o exija la ley. Sin su autorización, se nos prohíbe expresamente usar o divulgar su información de salud protegida con fines de marketing. No podemos vender su información de salud protegida sin su autorización. Su información de salud protegida no se utilizará para recaudar fondos. Si nos proporciona una autorización para ciertos usos y divulgaciones de su información, puede revocar dicha autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado una acción confiando en el uso o divulgación indicados en la autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.

Puede solicitar acceso o una modificación de su información de salud protegida.



Tiene derecho a solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud/personal protegida. Su solicitud debe ser 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, excepto si la restricción solicitada se refiere a una divulgación a un plan de salud para un pago u operaciones de atención médica con respecto a un servicio que se pagó en su totalidad de su bolsillo.

Tiene derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables presentadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

Tiene derecho a solicitar una modificación de su información de salud protegida. Si denegamos su solicitud de modificación, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo. Podemos preparar una refutación a nuestra declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida que hayamos hecho, impresa o electrónicamente, excepto ciertas divulgaciones que se realizaron de conformidad con una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica (a menos que la información sea mantenido en un registro de salud electrónico); o para ciertos otros propósitos.

Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso, previa solicitud, incluso si previamente ha solicitado su recepción electrónicamente por correo electrónico.

REVISIONES A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de revisar este Aviso y hacer que el Aviso revisado entre en vigencia para la información de salud protegida que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Tiene derecho a una copia del Aviso actualmente en vigencia. Cualquier cambio significativo a este Aviso se publicará en nuestro sitio web. Entonces tiene derecho a objetar o revocar según lo dispuesto en este Aviso.

INCUMPLIMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Le notificaremos si se descubre una violación denunciante de su información de salud protegida no segura. Se le enviará una notificación a más tardar 60 días después del descubrimiento de la violación e incluirá una breve descripción de cómo ocurrió la violación, la información de salud protegida involucrada y la información de contacto para que pueda hacer preguntas.

QUEJAS:

Las quejas sobre este Aviso o sobre cómo manejamos su información de salud protegida se deben dirigir a nuestro Oficial de privacidad de HIPAA. Si no está satisfecho con la forma en que se maneja una queja, puede presentar una queja formal ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso. Mantendremos la privacidad de su información de salud protegida y notificaremos a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida no segura. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nosotros al (415) 424-4266 y solicite hablar con nuestro Oficial de privacidad de HIPAA o envíe un correo electrónico a privacy@goodsidehealth.com.

Revisión 9.0