

Consentimiento para Hazel Health



Nuestra escuela se asocia con Hazel Health para brindar acceso a servicios de atención médica de calidad para todos los estudiantes. El representante de salud de la escuela puede iniciar una visita por video con un proveedor de atención médica de Hazel mientras su hijo está en la escuela. **Para garantizar que su estudiante tenga acceso a este servicio, complete AMBAS páginas de este formulario.**

Para obtener más información sobre Hazel o completar este formulario en línea, visite:

<https://getstarted.hazel.co/district/dadeschools>



Mes / Día / Año

Primer Nombre del Estudiante

Apellido del Estudiante

Fecha de Nacimiento

Número de identificación del estudiante

Dirección del estudiante

Ciudad/estado/código postal

Padre / Tutor #1 Nombre

Relación con el Estudiante

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Padre / Tutor #2 Nombre

Relación con el Estudiante

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Información necesaria sobre el seguro médico

Hazel Health se asoció con su escuela para cubrir el costo de los servicios, de modo que su familia **no tenga que pagar nada.**

¿Por qué se necesita un seguro si la visita de Hazel no tiene costo? Hazel Health factura al seguro los servicios para garantizar que el costo de la visita esté cubierto por su plan de salud y que no haya costos de bolsillo para la familia. Tener información sobre el seguro también ayuda a Hazel a coordinar mejor la atención de su estudiante, como referencias y recetas. Una vez completada la visita, es posible que reciba una explicación de beneficios (EOB) por correo. Si recibe una EOB, **NO es una factura**, es simplemente un registro que indica que se produjo una visita y se envió a su seguro. No se necesita ninguna acción. La información de su seguro siempre se mantiene confidencial y se almacena de forma segura. Al proporcionar la información de su seguro, está capacitando a Hazel para continuar con su misión, garantizando que cada niño sea visto, escuchado y atendido.

¿Qué sucede si mi hijo no tiene seguro? Cualquier estudiante, independientemente de su estado de seguro, puede utilizar Hazel Health. Hazel revisará y confirmará el estado del seguro del estudiante cuando se programe o realice una visita.

Para más información sobre el seguro, consulte nuestras preguntas frecuentes en www.hazel.co/faq.

Proporcione la información del seguro de su estudiante y complete todas las secciones a continuación. Si desea proporcionar una imagen de su tarjeta de seguro, complete este formulario en línea escaneando el código QR en la parte superior de la página.

La 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

Al marcar esta casilla, doy fe de que mi estudiante no tiene cobertura de seguro médico en este momento.

He leído la Autorización y Póliza de Privacidad de Hazel Health Services y: (por favor marque una casilla de abajo)

DOY permiso para que mi estudiante reciba servicios de atención médica de los proveedores de Hazel Health.

NO DOY permiso para que mi estudiante reciba servicios de atención médica de los proveedores de Hazel Health.

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante Legal (Requerida)

Fecha

CONTINÚE EN LA PÁGINA 2 PARA INGRESAR LAS ALERGIAS CONOCIDAS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD

Este consentimiento sigue siendo válido al menos que sea revocado por el padre / tutor legal / representante legal.

Apellido del estudiante

Apellido del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

¿Su estudiante tiene alguna alergia?

- Sí NO Alergias a medicamentos Por favor, liste: _____
- Sí NO Alergias alimentarias Por favor, liste: _____
- Sí NO Alergias estacionales/ambientales Por favor, liste: _____

¿Está su estudiante tomando actualmente algún medicamento?

- Sí NO Por favor, liste: _____

Si lo recomienda un proveedor médico certificado de Hazel, se podrían administrar los siguientes medicamentos (edad/peso apropiado) a su hijo/a en la escuela?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Tylenol™ / Acetaminofeno (dolor, fiebre) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Jarabe para la tos (tos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (dolor, fiebre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudafed™ / Fenilefrina (congestión) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pepto™ para niños / Carbonato de Calcio (dolor de estómago) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crema de Hidrocortisona (inflamación, picazón) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Líquido Pepto-Bismol™ / Subsalicilato de Bismuto (náuseas, indigestión, dolor de estómago) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benadryl™ / Diphenhydramine (reacción alérgica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antiácido Líquido / Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio, Simeticona (dolor de estómago) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zyrtec™ / Cetirizine (alergias, reacción alérgica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pastilla para la garganta / Benzocaína / Mentol (tos, dolor de garganta) | <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) |

¿Su estudiante alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones de salud o problemas de salud?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Reflujo ácido (Acidez estomacal) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | Trastorno genético |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migrañas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso o discapacidad cognitivo/intelectual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraso o trastorno del habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía: Apéndice |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía: Tubos para los oídos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía: Amígdalas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eczema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro (Por favor describa): _____ |

¿Tiene su estudiante un médico de atención primaria?

Hazel utiliza esta información para coordinar con el médico de su estudiante e informarle sobre cualquier visita de Hazel. Proporcionar el número de fax le permitirá a Hazel enviar un resumen de la visita al médico de su estudiante.

- Sí NO _____
- Doctor familiar o pediatra del estudiante Teléfono Fax

Autorización del Centro de Salud Escolar de Hazel Health Services

A efectos de este Aviso, cuando nos referimos a "usted" o "su", nos referimos a usted como paciente (lo que significa que cumple con los criterios de su estado para la mayoría de edad, menor emancipado o menor no acompañado) o a usted como proveedor de información sobre un paciente menor de edad (lo que significa que usted es un tutor legal autorizado o un representante legal autorizado del niño).

Entendiendo que usted puede necesitar tratamiento de atención médica, atención médica conductual, o exámenes de salud en la escuela o fuera de la escuela, usted autoriza a Hazel Health Services, a través del servicio de telesalud de Hazel Health Services, a iniciar y administrar los primeros auxilios u otros exámenes y tratamientos médicos o de salud conductual que se consideren apropiados bajo las circunstancias, y usted consiente en recibir dicho tratamiento. Entiende que tiene derecho a rechazar el tratamiento. Hazel Health no proporcionará servicios de emergencia. En caso de emergencia, la Escuela seguirá el protocolo adecuado para que usted sea atendido por un médico debidamente calificado. Usted entiende que Hazel Health Services puede no estar siempre disponible debido a su capacidad u otras razones. Autoriza a Hazel Health Services o los delegados a contactar y dejar un mensaje de voz, mensaje de texto, y/o correo electrónico, dejando información protegida de salud o de identificación personal, como un diagnóstico de usted, y/o información que es relevante para los productos, servicios y asociaciones de Hazel Health, utilizando la información de contacto proporcionada por usted y/o la Escuela. Para cancelar los textos de Hazel, responde "STOP" con el celular que recibe los textos, o contacta Hazel Health Services por teléfono al 1-800-764-2935, correo electrónico a 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 de identificación personal puede no ser segura y un tercero puede acceder ilegalmente a ella. Cualquier información médica o demográfica proporcionada a la Escuela se puede compartir con Hazel Health y Hazel Health Services. El consentimiento también es otorgado a la escuela para compartir registros estudiantiles relacionados con tratamiento médico y/o diagnósticos con Hazel Health Services.

1. PROPÓSITO. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telesalud. Este consentimiento autorizará la información médica sobre usted, incluyendo información médica de identificación personal, para ser divulgada a su Distrito Escolar, Intercambios de información de salud, Hazel Health y Hazel Health Services y sus contratistas y profesionales médicos, personal administrativo y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services para los propósitos de tratamiento, análisis, investigación o administración general. Esta divulgación también autorizará el intercambio de información que contenga información médica de identificación personal con fines informativos a la Escuela, al Distrito Escolar y a sus empleados. También autoriza a Hazel Health o a Hazel Health Services a utilizar información de identificación personal para el desarrollo y la 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 divulgación de información, diagnóstico y registros que contengan o estén relacionados con su información de salud protegida con el propósito de facturar a los pagadores de atención médica comerciales y asegurados, a los pagadores de atención médica estatales y/o federales, incluyendo pero no limitado a los planes estatales de Medicaid. El propósito de la divulgación es obtener información y/o remuneración por servicios médicos reembolsables.

a. Residentes de Texas: Al firmar la forma, usted autoriza expresamente a Hazel Health, Hazel Health Services y a cualquiera de sus contratistas, proveedores o afiliados a facturar a Medicaid y a cualquier otro pagador por los servicios específicos prestados para usted como se describe en el plan de Admisión, Revisión y Retiro/Programa de Educación Individualizado (Admission, Review and Dismissal/ Individualized Education Program, "ARD/IEP") actual, incluso bajo 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. Usted puede retirar este consentimiento en cualquier momento enviando un correo electrónico a support@hazel.co. Usted entiende que puede elegir a su proveedor y no tiene obligación de seleccionar Hazel Health o Hazel Health Services como proveedor de atención médica para usted. Usted entiende que es responsable de cualquier responsabilidad de desembolso directo del paciente que no esté cubierta por su pagador de atención médica u otra agencia. Usted tendrá acceso a toda la información médica que resulte de los servicios de telesalud según lo dispuesto por la ley aplicable para el acceso del paciente a registros médicos.

2. INTENCIÓN DE LA CONSULTA TELESALUD. Durante la consulta de telesalud, puede ocurrir lo siguiente:

- a.** Los detalles de su historial médico y de salud conductual, los exámenes, las radiografías y las pruebas podrán ser discutidas con otros profesionales de la salud si es médicamente necesario.
- b.** Un profesional médico podrá hacer los exámenes físicos y las evaluaciones de salud conductual de usted de manera remota mediante la aplicación móvil, en la cual se puede usar audio, videos, o fotos si es médicamente necesario. 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 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 medicamentos de venta libre.

3. PRUEBA DE PUNTO DE CUIDADO. Doy mi consentimiento para las pruebas punto de cuidado en la escuela cuando esté médicamente indicado.

- a.** Las complicaciones potenciales de la prueba de punto de cuidado pueden incluir malestar temporal, irritación menor o traumatismo localizado en el área afectada.

4. 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 esta 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 usted autoriza Hazel Health Services a revelar información de salud protegida sobre usted 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, administrativos, y de facturación. Usted también autoriza a Hazel Health a mantener y guardar los archivos médicos de usted de conformidad con las leyes y regulaciones apropiadas. Para obtener una copia de sus registros médicos o acceder a su información médica, envíe su solicitud a support@hazel.co o llame al 1-800-76-HAZEL.

- a.** Residentes de Nevada: De conformidad con N.R.S. 629.051, todos los registros de atención médica se pueden destruir después de un período de cinco (5) 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 bajo la ley federal y estatal se aplican a la información revelada durante esta consulta de telesalud.

6. DERECHOS. Puede retener o retirar el consentimiento para consultas de telesalud, para la revelación 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 se le ha notificado su derecho a recibir una copia de esta autorización como firmante de la autorización.

7. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS.

Usted está informado de los posibles riesgos, las consecuencias, las limitaciones y los beneficios de la telesalud. Usted comprende los riesgos inherentes asociados con la electrónica y telecomunicaciones y el potencial de falla tecnológica. Usted ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas las preguntas han sido contestadas. Usted entiende la información escrita proporcionada arriba. Usted elige inscribirse en Hazel Health Services y no está obligado a utilizar este programa.

8. AVISO AL CLIENTE SOBRE LAS QUEJAS.

a. Residentes de California: La Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS por sus siglas en Inglés) recibe y responde a las quejas sobre los servicios prestados dentro del alcance de la práctica de terapeutas matrimoniales y familiares. Puede comunicarse con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

b. Residentes de Texas: Las quejas sobre médicos, así como sobre otros profesionales acreditados e inscritos del Consejo Médico de Tejas, incluyendo asistentes de médicos, practicantes de acupuntura y asistentes de cirugía, se pueden presentar en la siguiente dirección para ser investigadas: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: 1-800-201-9353, Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.tmb.state.tx.us.

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

a. Residentes de California: Usted representa y garantiza que es un menor emancipado en California, tal como se define en la Ley de Emancipación de Menores Div 11. Parte 6, Capítulo 1, 7000, un menor no acompañado bajo la ley de California, o de la mayoría de edad en el estado de California y tiene la capacidad de firmar este consentimiento.

b. Todos los otros estados: Usted representa y garantiza que es un menor emancipado en el estado donde reside o un menor no acompañado bajo la ley del estado donde reside, de la mayoría de edad en el estado donde reside o tiene otra autoridad legal bajo las leyes del estado donde reside y tiene la capacidad de firmar este consentimiento.

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad: Entidad Cubierta Afiliada de Hazel Health Services

A 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 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 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 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.

Comuníquese con privacy@hazel.co para solicitar cualquiera de los elementos mencionados anteriormente.

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.

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 en 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. 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.