

# Formulario de Permiso del Centro de Salud Escolar



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 hijo tenga acceso a este servicio, complete AMBAS páginas de este formulario.**

Para obtener más información sobre Hazel o completar este formulario en línea, visite: [my.hazel.co/pgcps](https://my.hazel.co/pgcps)



Mes / Día / Año

Primer Nombre del Hijo/a	Apellido del Hijo/a	Fecha de Nacimiento	
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

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?** Facturaremos a su seguro para cubrir el costo de su visita, de modo que no suponga ningún costo para usted. Una vez finalizada la visita, es posible que reciba una explicación de los beneficios (EOB) por correo. Si recibe una EOB, NO es una factura: es simplemente un registro que indica que se realizó una visita y se facturó a su seguro, pero no se le facturó a usted. No se necesita tomar ninguna medida adicional.

**¿Qué sucede si no tengo seguro?** Puede acceder a los servicios de Hazel sin costo alguno para su familia. Podemos verificar que no tenga seguro después de la inscripción.

**¿Tiene seguro médico su hijo/a?**  Sí  NO

Proveedor de Seguro / Nombre del Plan	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

**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 hijo/a reciba servicios de salud de un proveedor de Hazel Health.
- NO DOY** permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de un proveedor de Hazel Health.

Firma del Padre / Tutor legal (Requerida)

Fecha

50626\_4200

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

Primer Nombre del Hijo/a

Apellido del Hijo/a

Fecha de Nacimiento

**¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento?**

Sí  NO Alergias a medicamentos Por favor, liste: \_\_\_\_\_

Sí  NO Alergias alimentarias Por favor, liste: \_\_\_\_\_

Sí  NO Alergias estacionales/ambientales Por favor, liste: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo/a está tomando algún medicamento actualmente?**

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 | <input type="checkbox"/> Tylenol™ / Acetaminofeno (dolor, fiebre)  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Jarabe para la tos / Dexthomethorphan / Guaifenesina (tos)                          |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (dolor, fiebre)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Miel (tos)  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Pepto™ para niños / Carbonato de Calcio (dolor de estómago)                                       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Sudafed™ / Fenilefrina (congestión)   |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Líquido Pepto-Bismol™ / Subsalicilato de Bismuto (náuseas, indigestión, dolor de estómago)        | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Crema de Hidrocortisona (inflamación, picazón)                                      |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Antiácido Líquido / Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio, Simeficono (dolor de estómago) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Benadryl™ / Diphenhydramine (reacción alérgica)                                     |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Pastilla para la garganta / Benzocaína / Mentol (tos, dolor de garganta)                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Zyrtec™ / Cetirizine (alergias, reacción alérgica)                                  |
|                             |                             |  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Zaditor™ / Ketotifeno (gotas para alergias en los ojos)                             |
|                             |                             |  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Ungüento antibiótico / Bacitracin / Neomicina / Polimixina B (heridas, infecciones) |

**¿Alguna vez ha tenido su hijo/a 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"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta             |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Ansiedad  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                  |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Migrañas                          |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo              |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Estreñimiento   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Depresión   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Cirugía: Apéndice                 |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo                                | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Cirugía: Tubos para los oídos     |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Cirugía: Amígdalas                |
| <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Eczema  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor describa):        |

**¿Tiene su hijo/a un médico de atención primaria?**

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

Sí  NO

Nombre del Médico del Niño/a

Teléfono

Fax

# Autorización del Centro de Salud Escolar de Hazel Health Services

Con el conocimiento de que su hijo puede necesitar tratamiento médico, atención médica conductual o exámenes de salud durante las horas de clase en la escuela o fuera del horario escolar, usted autoriza por este medio a Hazel Health Services y a la Escuela por y a través del servicio de telesalud de Hazel Health Services, a iniciar y administrar tales primeros auxilios u otro examen y tratamiento médico o de salud conductual como se considere mejor de acuerdo a las circunstancias, y da su consentimiento para que su hijo reciba tal tratamiento. Entiende que Hazel Health Services puede no estar siempre disponible debido a la capacidad u otros motivos. Declara y garantiza que usted es un representante legal autorizado del niño. Entiende que la Escuela intentará notificar a un representante legal autorizado del niño en caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata para su hijo y si la Escuela no puede notificar a un representante legal autorizado del niño, hará que su hijo sea tratado por un médico debidamente calificado. Autoriza a Hazel Health Services a contactar y dejar un mensaje de voz o de texto, con información protegida de salud o de identificación personal, como un diagnóstico, suyo o de su hijo, en el número de teléfono provisto y los números de teléfono de contacto de la Escuela. También entiende que la transmisión de información personal de salud o de identificación personal puede no ser segura y puede ser accedida ilegalmente por un tercero. Cualquier información médica o demográfica proporcionada a la Escuela puede ser compartida con Hazel Health y Hazel Health Services. Además, se da el consentimiento a la Escuela para compartir cualquier registro del estudiante relacionado con el tratamiento médico o el diagnóstico a Hazel Health Services.

1. PROPÓSITO. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para que su hijo participe en una consulta de telesalud. Este consentimiento autorizará que la información médica sobre el niño, incluida la información de identificación personal o médica, sea divulgada a su Distrito escolar, a Hazel Health y a Hazel Health Services y a los profesionales médicos, al personal administrativo y a los empleados de Hazel Health y Hazel Health Services con fines de tratamiento o administración general. Esta divulgación también autorizará el intercambio de información que contenga información de identificación personal o médica del niño con fines informativos por parte de los empleados de la Escuela o de Hazel Health o de Hazel Health Services y el uso de información de identificación personal por parte de Hazel Health para el desarrollo y la mejora de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas a fin de mejorar los servicios prestados por los profesionales médicos, el personal administrativo, los contratistas y los 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 la información de identificación personal o médica del niño con el fin de facturar a los pagadores comerciales y asegurados por la atención médica, a los pagadores estatales o federales por la atención médica, incluidos, entre otros, los planes estatales de Medicaid. El propósito de la divulgación es obtener información o remuneración por los servicios médicos reembolsables.
2. Firmar este consentimiento no afectará la capacidad de su hijo de recibir servicios fuera del entorno escolar. Usted puede retirar este consentimiento en cualquier momento. 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 su hijo. 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 o su hijo tendrán acceso a toda la información médica que resulte de los

servicios de telemedicina según lo dispuesto por la ley aplicable para el acceso del paciente a registros médicos.

3. **INTENCIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA.** Durante la consulta de telemedicina, puede ocurrir lo siguiente:
  - a. Los detalles del historial médico y de salud del comportamiento, los exámenes, las radiografías y las pruebas de su hijo 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 del comportamiento de su hijo 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 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.
  
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 su hijo 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 su hijo de conformidad con las leyes y regulaciones apropiadas.
  
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 y los beneficios de la telesalud. 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.

# 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, 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.

#### 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. Después, usted tendrá derecho a oponerse o revocar su autorización según se indica en este Aviso.

#### 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. 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 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](mailto:privacy@hazel.co).