

Aviso y autorización del programa de incentivos del empleado

Su empleador ha contratado a Premise Health Employer Solutions, LLC, junto con sus afiliados profesionales ("Premise Health") para prestar determinados servicios de salud o bienestar en relación con el programa de incentivos voluntarios de su empleador.

Si corresponde, al participar en el programa de incentivos, usted acepta la recolección de una muestra de sangre y/o fluidos corporales. Entiende y reconoce que la extracción de sangre mediante una aguja o punción en el dedo puede causar dolor, un hematoma o, en ocasiones poco frecuentes, una infección. También da su consentimiento para la obtención de datos biométricos adicionales (altura, peso, presión arterial, perímetro de la cintura y quizás otras mediciones, según el diseño del programa), antecedentes de salud, examen físico, asesoramiento de salud y otros servicios en función del programa de incentivos de su empresa. Entiende que un análisis biométrico y otros exámenes no pretenden sustituir la atención de un profesional médico y que Premise Health puede recomendarle que busque atención médica adicional en función del cribado.

Si corresponde, al participar en el programa de incentivos, es posible que se le pida que complete una evaluación de riesgos de salud ("HRA") voluntaria, que presenta una serie de preguntas acerca de actividades y conductas relacionadas con la salud, y si tuvo o tiene determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca).

Si corresponde, al participar en el programa de vacunación contra la influenza, es posible que se le haga una serie de preguntas sobre ciertas afecciones médicas.

Protección de su información médica: Premise Health se compromete a cumplir con todas las leyes y reglamentos aplicables que rigen la privacidad y seguridad de su información médica personal. En la medida en que la información esté sujeta a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA") y sus reglamentos de aplicación, Premise Health cumplirá con la HIPAA y mantendrá la privacidad y seguridad de su información médica protegida ("PHI") de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso"), que Premise Health le ha proporcionado. Este Aviso también está disponible en el Centro de salud y en el sitio web de Premise Health. También puede solicitar una copia de este Aviso a Premise Health en cualquier momento.

Autorización: Entiendo que mi participación en el programa de incentivos es estrictamente voluntaria, pero para determinar mi elegibilidad para los incentivos de salud y/o bienestar, el administrador o administradores del programa de salud y bienestar deben recibir un registro de mi participación. Al firmar a continuación, autorizo a Premise Health a divulgar información relacionada con mi participación en el programa con los administradores del programa. Si el programa de incentivos incluye por diseño una revisión de mis resultados (por ejemplo, resultados de mediciones, pruebas o muestras de sangre) para que se me puedan dar recomendaciones en beneficio de mi salud, autorizo a Premise Health a revelar mis resultados a mi empleador, al cliente de Premise o a cualquier tercero que tenga contrato con mi empleador para revisar y analizar dichos resultados en relación con el programa.

Comprendo que esta información puede divulgarse a través de medios electrónicos. También entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de divulgación posterior por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Fecha de entrada en vigor: este consentimiento y autorización expirará cinco (5) años después de la fecha de la firma.

Derecho a revocar la autorización para divulgar PHI: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación de mi revocación por escrito al Centro de salud, o a Premise Health, Compliance Department, 5500 Maryland Way, Suite 120, Brentwood, TN 37027. Comprendo que mi revocación de esta autorización no afecta ninguna medida tomada antes de la recepción de mi revocación. También entiendo que mi revocación de esta autorización puede afectar mi capacidad para participar en el programa de incentivos y/o de recibir los incentivos.

Firma y copia: he leído y comprendo este formulario en su totalidad y autorizo voluntariamente el consentimiento para tratar y los usos y divulgaciones de la información descritos antes. Confirmando que la persona que ejecuta este formulario es la persona que participa o recibe los servicios, o el representante legal del participante, que está autorizado a actuar en nombre de dicha persona para firmar este formulario. También confirmo que soy mayor de 18 años. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización previa solicitud.

Participante

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del participante o del representante legal: _____ Fecha: _____