



VALLE DEL SOL SARS Co-V2 Virus testing blitz (COVID-19) CONSENT/ATTESTATION

TESTING ELIGIBILITY

Individual who is concerned that he or she has been exposed to and infected with COVID-19 **AND** who has signed a consent and voluntary isolation agreement (or parent/guardian, if patient cannot legally consent).

INFORMED CONSENT FOR CORONAVIRUS (COVID-19) TESTING

Please carefully read the following informed consent:

1. I authorize Valle del Sol testing blitz unit to conduct specimen collection and testing for SARS Co-V2 Virus (COVID-19 Infectious Agent) through a nasopharyngeal swap, as ordered by an authorized medical provider or public health official.
2. I authorize my test results to be disclosed to the county, state, or to any other governmental entity as may be required by law.
3. I acknowledge that a positive test result is an indication that I must continue to self-isolate in an effort to avoid infecting others.
4. I understand that I am not creating a patient relationship with Valle del Sol by participating in testing. I understand the testing unit is not acting as my medical provider. Testing does not replace treatment by my medical provider. I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my test concerns, or if my conditions worsen.
5. I understand that, as with any medical test, there is a potential that false positive or false negative test results can occur.
6. I acknowledge that I have been given a copy of Valle del Sol's Notice of Privacy Policy.

AGREEMENT FOR SELF-ISOLATION

The local health jurisdiction has determined that if you are under suspicion for having COVID-19 due to symptoms and testing results, that it is necessary to be placed in isolation in order to prevent the transmission of this infection. It is important for you to comply with the Isolation Agreement in order to protect the public's health.

Please carefully read and comply with the following statements:

- a. I understand that I may be infected with the virus causing COVID-19 (SARS Co-V2) and that I meet criteria for isolation.
- b. I agree that while I wait for my COVID-19 test results, I will remain in self-isolation.
- c. I agree I will remain isolated for **10 days** since the symptoms first appeared **AND** until at least 3 days (**72 hours**) have passed since recovery, defined as resolution of fever without the use of fever-reducing medications and resolution of respiratory symptoms with the exception of mild cough.
- d. I understand that if I am not isolated while ill, I could pose a substantial threat to the health of other persons.
- e. I agree that I will not come into contact with any other person who is not isolated or ill due to potential COVID-19 infection.

I, the undersigned, have been informed about the test purposes, procedures, possible benefits and risks, and I have received a copy of this Informed Consent. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask other questions at any time. I voluntarily agree to get tested for SARS Co-V2 virus which causes COVID-19 and to self-isolation.



Consent Packet
Consent for Treatment and Disclosure

I hereby grant permission to Valle Del Sol to provide routine evaluation and treatment services as may be deemed necessary or advisable for the diagnosis and/or care of (Patient Name).

I understand that this consent shall remain valid so long as I am enrolled in services or until I withdraw consent.

I understand that all information gathered in the course of my treatment at Valle Del Sol is confidential. However, confidential information may be disclosed without my consent in accordance with state and federal law. Examples of such disclosures include situations of an emergency involving a serious and imminent threat to a person or the public; the reporting of child or adult abuse or neglect; court ordered disclosures; financial claims requirements and audit and program evaluations. I understand that for purposes of my treatment, my treatment information may be discussed by other members of my Clinical Team, and other professionals at Valle Del Sol. Additionally, I understand that by signing this consent I am giving permission for ADHS/DBHS, BMFL, the RBHA, PCP's and other external health entities to access my information and records maintained by Valle Del Sol and/or its subcontracted providers concerning the provision of covered services.

I understand that in addition to the above mentioned disclosure, Valle Del Sol may disclose without my consent reported animal abuse, cruelty, or neglect to the proper authorities.

I understand that the philosophy of care at Valle Del Sol includes the belief that people should be treated in the least restrictive environment and that Valle Del Sol staff do not provide any physical, mechanical, or chemical restraints. Staff are trained to intervene, when necessary, using nonphysical techniques in an attempt to calm an escalating situation, and will call the police if anyone's physical safety is at risk.

I agree to participate in my treatment planning process to the best of my ability.

By signing this form, I understand that I am giving consent to receive evaluation and treatment services from Valle Del Sol in accordance with the information described below.

Please read:

- I have and/or will provide a medical history that is true and complete to the best of my knowledge.
- I have and/or will be given information about the diagnosis and the proposed treatment.
- I have and/or will be given information about the intended outcome and all available procedures involved in the proposed treatment.
- I have and/or will be informed of any additional risks, including any side effects of the proposed treatment.
- I have and/or will be informed of the risks of not proceeding with the proposed treatment.
- I have and/or will be given information on any alternatives to the proposed treatment including those offering less risk or fewer adverse effects.



- I have and/or will be given a description of any clinical factors that might require suspension or termination of the proposed treatment.
- I understand any consent given may be withheld or withdrawn in writing or verbally at any time and will be documented in the medical record.
- I understand that if consent is revoked, treatment must be promptly discontinued, except in cases in which abrupt discontinuation of treatment may pose an immediate risk. In such cases, I understand that treatment may be phased out to avoid any harmful effects.
- I understand that all information gathered in the course of treatment is confidential and will not be disclosed without my permission except as allowed by law.

Patient Disclaimer

Payment for services, including insurance co-payment or self-pay balance amount, is due at the time services are rendered unless payment arrangements have been approved in advance.

I understand that it is my responsibility to provide accurate and current insurance information to Valle del Sol. I will be asked to periodically update my insurance information. I understand that if I have an insurance change that it is my responsibility to notify Valle del Sol and provide a copy of my insurance card. I also understand that if services are rendered and my insurance denies my claim that I am responsible to pay those charges.

Valle del Sol Adult Services Department PROGRAM RULES

Valle del Sol is committed to ensuring the safety of its clients, visitors and staff. To help us provide you with as safe an environment as possible in our facility, we ask that you observe the following rules:

- No tobacco products to include; cigarettes, E-cigarettes, or smokeless tobacco, (except in designated smoking areas outside)
- No shoes, no shirt = NO SERVICE
- Clients must adequately supervise their children while on Valle del Sols property
- Clients and their children must be properly attired (staff will determine what is appropriate)
- No pets (except for service animals)
- No loitering on the premises

The following behaviors may result in eviction from our property and/or the immediate termination from the program:

- Any act of violence or threats of violence to people or property
- Selling, attempting to sell, or purchase illegal drugs (including prescription meds not prescribed to you), doses of methadone or engaging in any other illegal activity
- Carrying a weapon of any kind into the facility (including pocket knives)
- Physical or verbal abuse, including inappropriate language and shouting

All clients are expected to adhere to treatment. Failure to adhere with treatment may result in termination of services.



Examples of failure to adhere with treatment include:

- Having more than 3 appointment cancellations/no-shows within a 6 month period
- Not complying with the terms of your treatment plan
- Lack of patient participation in services (e.g. attending scheduled meetings, signing required documents, communicating with staff)

Transportation

- Transportation services may be provided to eligible behavioral health patients, and guardians to accompany the patient, if there is available funding and if prior approval is obtained showing proof of medical/clinical necessity.
- Three cancellations of transportation in less than 24 hours before appointment and/or 3 no-shows for transportation services may result in a loss of transportation services for a minimum of 6 months.

This is a partial list only; there are other behaviors which may result in immediate termination or other actions.

Communication Consent

The health information collected and provided by Valle Del Sol, Inc. and affiliates through its electronic means or a voice message to health care professionals, schools, caregivers and guardian, is provided only at the consent of the client and/or guardian (if the recipient is a minor).

Valle Del Sol, Inc. and affiliates currently have a secure email system. This secure email requires user name and password to access personal information, but there could be a possibility, protected health information contained in such emails may be disclosed to, or intercepted by, unauthorized third parties.

- Highly sensitive or personal information will not be communicated by voicemail, email or text
- When using email the information transmitted will be minimum information

Should information disclosed under this consent be disclosed to others by the recipient, it is no longer considered protected health information covered under this consent.

I authorize Valle Del Sol Mi Salud, and affiliates to communicate certain behavioral health information via **Voicemail, Email, and Text** to me or to a third party for coordination of care. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time but must do so in writing. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. This authorization will terminate on the date services have ended with Valle Del Sol, Mi Salud, and affiliates.



Welcome to our Patient Portal

Our staff wish to welcome you to the Patient Portal at Valle del Sol! The Patient Portal will provide you and your family with:

- A secure method of communication between you and the medical provider or medical assistant
- A simpler and more effective way to request medication refills
- The ability to update your contact and other important information online
- Request appointments with your medical provider online

The Patient Portal at Valle del Sol is another way that you can take charge of your personal health care. If you are interested in utilizing this feature please place your email address in the space below and the medical assistant and your provider will give you more information about how to access the Patient Portal. If you are not interested please leave this form blank.

I agree to the usage of the Patient Portal to enhance the communication process between Valle del Sol, Inc, and myself. Further, I understand the Patient Portal is certified HIPAA security compliant and that the Patient Portal is not to be used to communicate in an emergency. If I have an emergency issue I will call 911 or go to the emergency room for care.

Informed Consent to Participate in Telemedicine Services

I have been asked to receive health services via telemedicine. I have been informed of my diagnosis and proposed telemedicine treatment plan. I understand that I will be receiving health care services through interactive videoconferencing equipment. I understand that, at this time, there are no known risks involved with receiving my care in this way.

I understand that the equipment will be shown to me and I will see how it works before I receive any services. I understand that my participation in telemedicine is voluntary and I may refuse to participate or decide to stop participation at any time, verbally or in writing. I understand that my refusal to participate or decision to stop participation will be documented in my medical record. I have been informed of the potential consequences of my revocation of informed consent to treatment.

I understand that my privacy and confidentiality will be protected. I also understand that the likelihood of a videoconference being intercepted by an outsider is similar to the potential interception of a phone call. When I am receiving services via telemedicine, I will be notified as to who is in the room at the remote site.

I understand that the health care providers at both my location and the remote video site will have access to any relevant medical information about me including any psychiatric and/or



psychological information, alcohol and/or drug abuse, and mental health records.

I have read this document and I hereby consent to participate in receiving behavioral health services via telemedicine under the terms described above. I understand this document will become a part of my medical record.

Informed Consent to Participation in Telemedicine Services Record Participation

I have been offered health services via telemedicine. I have been informed of my diagnosis and proposed telemedicine treatment plan. I understand that I will be receiving health care services through interactive videoconferencing equipment. I understand that, at this time, there are no known risks involved with receiving my care in this way.

I understand that the equipment will be shown to me and I will see how it works before I receive any services. I understand that my participation in telemedicine is voluntary and I may refuse to participate or decide to stop participation at any time. I understand that my refusal to participate or decision to stop participation will be documented in my medical record. I have been informed of the potential consequences of my revocation of informed consent to treatment.

I understand that my privacy and confidentiality will be protected. I also understand that the likelihood of a videoconference being intercepted by an outsider is similar to the potential interception of a phone call. When I am receiving services via telemedicine, I will be notified as to who is in the room at the remote site.

I understand that the services I receive via telemedicine will be recorded and viewed by other persons for a specific clinical or educational purpose. I understand that the use of the videotape recording is for the following purpose:

I understand that I have the right to rescind permission to use the videotape at any time. I understand that permission to use the recording will become void on the date indicated in the box checked below unless I renew permission to use it.

I understand that the health care providers at both my location and the remote video site will have access to any relevant medical information about me including any psychiatric and/or psychological information, alcohol and/or drug abuse, and mental health records. **I understand that, if I am receiving services related to alcohol and other drugs or HIV status, no material, including video recordings, may be re-disclosed unless further disclosure is expressly permitted by me under 42 CFR Part 2 or A.R.S. 36-664.**

I have read this document and I hereby consent to participate in receiving behavioral health services via telemedicine under the terms described above. I understand this document will become a part of my medical record.



I agree to participate in and receive behavioral health services via telemedicine. I understand that these clinical sessions will be recorded. I understand that the permission I grant here to use the recording will become void on (date) unless I renew the permission in writing at that time.



Notice of Health Information Practices

You are receiving this notice because your healthcare provider participates in a non-profit, non-governmental health information exchange (HIE) called Health Current. It will not cost you anything and can help your doctor, healthcare providers, and health plans better coordinate your care by securely sharing your health information. This Notice explains how the HIE works and will help you understand your rights regarding the HIE under state and federal law.

How does Health Current help you to get better care?

In a paper-based record system, your health information is mailed or faxed to your doctor, but sometimes these records are lost or don't arrive in time for your appointment. If you allow your health information to be shared through the HIE, your doctors are able to access it electronically in a secure and timely manner.

What health information is available through Health Current?

The following types of health information may be available:

- Hospital records
- Medical history
- Medications
- Allergies
- Lab test results
- Radiology reports
- Clinic and doctor visit information
- Health plan enrollment and eligibility
- Other information helpful for your treatment

Who can view your health information through Health Current and when can it be shared?

People involved in your care will have access to your health information. This may include your doctors, nurses, other healthcare providers, health plan and any organization or person who is working on behalf of your healthcare providers and health plan. They may access your information for treatment, care coordination, care or case management, transition of care planning and population health services. You may permit others to access your health information by signing an authorization form. They may only access the health information described in the authorization form for the purposes stated on that



form. Health Current may also use your health information as required by law and as necessary to perform services for healthcare providers, health plans and others participating with Health Current. The Health Current Board of Directors can expand the reasons why healthcare providers and others may access your health information in the future as long as the access is permitted by law. That information is on the Health Current website at healthcurrent.org/permitted-use.

Does Health Current receive behavioral health information and if so, who can access it?

Health Current does receive behavioral health information, including substance abuse treatment records. Federal law gives special confidentiality protection to substance abuse treatment records from federally-assisted substance abuse treatment programs. Health Current keeps these protected substance abuse treatment records separate from the rest of your health information. Health Current will only share the substance abuse treatment records it receives from these programs in two cases. One, medical personnel may access this information in a medical emergency. Two, you may sign a consent form giving your healthcare provider or others access to this information.

How is your health information protected?

Federal and state laws, such as HIPAA, protect the confidentiality of your health information. Your information is shared using secure transmission. Health Current has security measures in place to prevent someone who is not authorized from having access. Each person has a username and password, and the system records all access to your information.

Your Rights Regarding Secure Electronic Information Sharing

You have the right to:

1. Ask for a copy of your health information that is available through Health Current. Contact your healthcare provider and you can get a copy within 30 days.
2. Request to have any information in the HIE corrected. If any information in the HIE is incorrect, you can ask your healthcare provider to correct the information.
3. Ask for a list of people who have viewed your information through Health Current. Contact your healthcare provider and you can get a copy within 30 days. Please let your healthcare provider know if you think someone has viewed your information who should not have.

You have the right under article 27, section 2 of the Arizona Constitution and Arizona Revised Statutes title 3, section 3802 to keep your health information from being shared electronically through Health Current:

1. You may “opt out” of having your information available for sharing through Health Current. To opt out, ask your healthcare provider for the Opt Out Form. After you submit the form, your information will not be available for sharing through Health Current. **Caution:** If you opt out,



your health information will NOT be available to your healthcare providers even in an emergency.

2. You may exclude some information from being shared. For example, if you see a doctor and you do not want that information shared with others, you can prevent it. On the Opt Out Form, fill in the name of the healthcare provider for the information that you do not want shared with others. **Caution:** If that healthcare provider works for an organization (like a hospital or a group of physicians), all your information from that hospital or group of physicians may be blocked from view.
3. If you opt out today, you can change your mind at any time by completing an Opt Back In Form that you can obtain from your healthcare provider.
4. If you do nothing today and allow your health information to be shared through Health Current, you may opt out in the future.

IF YOU DO NOTHING, YOUR INFORMATION MAY BE SECURELY SHARED THROUGH HEALTH CURRENT.

Valle del Sol transportation agreement

I am currently enrolled in services at Valle del Sol and may receive a 1-day bus pass due to not being able to get to services any other way. I acknowledge that receiving this is a privilege and I will treat it as such.

- I will return my previous day's bus pass prior to receiving another one
- I will not keep bus passes at my home if I have not used them, I will return them to the clinic
- I will not sell my bus passes to anyone-they will be used for transportation purposed by me only
- I will not buy bus passes from other VDS patients

I understand that any violations of the above mentioned items may be grounds for immediate loss of bus pass privileges and that the clinical team will determine when and if it is appropriate for me to gain these privileges again.

I also understand that any misuse of these passes is illegal and may result in the following violations:

- 13-2316.01 Unlawful possession of an access device
- 13-2310 Fraudulent schemes and artifices
- 13-2307 Trafficking in stolen property



Receipt of Information

Receipt Acknowledgement

I have received (and understand) copies of the following written information:

- ☒ Consent for Care and Treatment
- ☒ Consent for Voice Message and Electronic Communication
- ☒ Consent for Telemedicine Services
- ☒ Consent to Record Telemedicine Services
- ☒ Advanced Directives Information
- ☒ Valle del Sol Adult Program Rules
- ☒ Client Orientation of Valle del Sol
- ☒ Important Phone Numbers
- ☒ Member Handbook and/or information on how to access online
- ☒ Notice of SMI Grievance and Appeal Procedure
- ☒ Notice of SABG Clients
- ☒ Release of Information
- ☒ Primary Care and Health Education Handouts
- ☒ Privacy Practice
- ☒ Welcome to our Patient Portal Letter
- ☒ Transportation Agreement
- ☒ Notice of Health Information Practices

We will request verbal consent. If authorization is given you agree:

- I have been provided the opportunity to have the information above verbally reviewed and explained to me.
- I have been allowed the opportunity to ask questions and to have any questions answered in a satisfactory manner.
- I have the legal rights to make medical decisions for the patient.
- I understand I have the right to revoke this authorization at any time and must do so in writing.
- I have read and agree with the rules associated with services at Valle del Sol.
- I understand that I am giving consent to receive evaluation and treatment services from Valle Del Sol in accordance with the information described above.

COVID-19 CONSENTIMIENTO

ELEGIBILIDAD

Individuo preocupado de que haya estado expuesto o infectado con COVID-19 y que haya firmado un consentimiento y un acuerdo de aislamiento voluntario (o guardián, si el paciente es menor de edad o no puede consentir legalmente).

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Lea atentamente la siguiente información:

1. Autorizo a esta unidad de prueba de COVID-19 a realizar la prueba de COVID-19 a través de un intercambio nasofaríngeo, según lo ordene un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública.
2. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo continuar aislando en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
3. Entiendo que no estoy creando una relación paciente con Valle del Sol al participar en las pruebas. Entiendo que la unidad de prueba no está actuando como mi proveedor médico. Las pruebas no reemplazan el tratamiento de mi proveedor médico. Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a mis preocupaciones de prueba, o si mis condiciones empeoran.
4. Entiendo que, como con cualquier examen médico, existe la posibilidad de que se produzcan resultados falsos positivos o falsos negativos.
5. Reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Privacidad de Valle del Sol.

ACUERDO DE AUTO AISLAMIENTO (CUARENTENA)

La jurisdicción de salud local ha determinado que si usted está bajo sospecha de tener COVID-19 debido a síntomas y solicitud de prueba, es necesario colocarlo en forma aislada para evitar la transmisión de esta infección. Es importante que cumpla con el acuerdo de aislamiento para proteger la salud del público. Lea atentamente y cumpla con las siguientes declaraciones:

- a. Entiendo que puedo estar infectado con el virus que causa COVID-19 y que cumplo con los criterios de aislamiento.
- b. Estoy de acuerdo en que mientras espero los resultados de mi prueba COVID-19, permaneceré en autoaislamiento.
- c. Estoy de acuerdo en que permaneceré aislado durante 10 días desde que aparecieron los síntomas y hasta que pasen al menos 3 días (72 horas) desde la recuperación, definido como la resolución de la fiebre sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre y la resolución de los síntomas respiratorios con la excepción de tos leve.
- d. Entiendo que si no estoy aislado mientras estoy enfermo, podría representar una amenaza sustancial para la salud de otras personas.
- e. Estoy de acuerdo en que no entraré en contacto con ninguna otra persona que no esté aislada o enferma debido a una posible infección por COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre los propósitos de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Acepto voluntariamente la prueba de COVID-19 y el autoaislamiento/cuarentena.

Formulario de Consentimiento
Consentimiento para Recibir Tratamiento y Divulgación del mismo

Por el presente le otorgo permiso a Valle Del Sol para proveer evaluaciones rutinarias y tratamiento que sean considerados necesarios o sugeridos para el diagnóstico y/o cuidado de (Paciente). Entiendo que este consentimiento permanecerá válido mientras yo este inscrito en servicios o hasta que yo retire este consentimiento.

Yo entiendo que toda la información adquirida durante el transcurso de mi tratamiento en Valle Del Sol es confidencial. Sin embargo, la información confidencial puede ser revelada sin mi consentimiento de acuerdo con las leyes estatales y federales. Ejemplos de dichas revelaciones incluyen situaciones de emergencia que involucre una amenaza seria o inminente a una persona o al público; un reporte de abuso o negligencia de un menor o adulto; revelaciones por orden de la corte; reclamos financieros o de cobro que requieran de una auditoria y evaluaciones del programa. Yo entiendo que para el propósito de mi tratamiento, la información de mi tratamiento podrá ser discutida con otros miembros de mi equipo Clínico, y otros profesionales de Valle Del Sol. Además, entiendo que al firmar este consentimiento le doy mi permiso a ADHS/DBHS, BMFL, RBHA, Doctor Primario y otras entidades externas a acceder a mi información y a mi expediente mantenido por Valle Del Sol y/o a sus proveedores subcontratados concernientes a la provisión de la cobertura de los servicios.

Adicionalmente entiendo que Valle Del Sol puede compartir o reportar sin mi consentimiento cualquier abuso, crueldad o negligencia contra animales a las autoridades correspondientes.

Yo entiendo que la filosofía de servicios de cuidado de Valle Del Sol incluye la creencia de que las personas deben ser tratadas en un medio ambiente lo menos restrictivo posible, y que el personal de Valle Del Sol no provee ninguna restricción física, mecánica o química (Excluyendo Nivel 1 sub-aguda en la unidad de pacientes internados). El personal está entrenado para intervenir, cuando fuera necesario, utilizando técnicas que no sean físicas para intentar calmar una situación que este escalando, y llamará a la policía en el caso de que esté a riesgo la seguridad física de alguna persona.

Estoy de acuerdo en participar en el proceso de planeamiento de mi tratamiento de acuerdo a mi mejor capacidad.

Al firmar este formulario, yo entiendo que doy mi consentimiento para recibir servicios de evaluación y tratamiento de Valle Del Sol de acuerdo con la información que se describe a continuación.

Por favor lea y firme:

- Yo he proveído y/o proveeré un historial médico que es verdadero y completo de acuerdo a mi mejor capacidad.
- Yo he dado y/o daré información sobre mi diagnóstico y el tratamiento propuesto.
- Yo he dado y/o daré información sobre los resultados esperados y todos los procedimientos disponibles involucrados en el tratamiento propuesto.
- Se me ha informado y/o se me informara sobre cualquier riesgo adicional, incluyendo cualquier efecto secundario del tratamiento propuesto.
- Se me ha informado y/o se me informara sobre los riesgos de no proceder con el tratamiento propuesto.



- Se me ha dado y/o se me dará información de cualquier otra alternativa al tratamiento propuesto, incluyendo aquellas que presenten riesgos menores y menos efectos secundarios.
- He dado y/o daré una descripción de cualquier factor clínico que pueda requerir la suspensión o terminación del tratamiento propuesto.
- Yo entiendo que cualquier consentimiento dado puede ser suspendido o retirado en cualquier momento de forma escrita o verbal y será documentado en el expediente médico.
- Yo entiendo que si retiro mi consentimiento, el tratamiento será suspendido lo antes posible, exceptuando los casos en los que la terminación inmediata del tratamiento pueda presentar un riesgo inmediato. En dichos casos, yo entiendo que el tratamiento será suspendido paso a paso para evitar cualquier efecto riesgoso.
- Yo entiendo que toda la información acumulada durante el curso del tratamiento es confidencial, y no será revelada sin mi consentimiento, excepto en los casos que la ley lo permita.

Exención de responsabilidad del paciente

El pago de servicios, incluyendo seguros de copago o la cantidad remanente obligatorio, se debe pagar en el momento que se prestan los servicios o al menos que los arreglos de pago han sido aprobadas previamente.

Entiendo que es mi responsabilidad de proporcionar información precisa y actual de seguros para Valle del Sol. Se me solicitará que actualice periódicamente información de mi seguro. Yo entiendo que si tengo un cambio de seguro que es mi responsabilidad notificar a Valle del Sol y proporcionar una copia de mi tarjeta de seguro. También entiendo que si los servicios se prestan y mi seguro niega mi reclamación, yo soy responsable de pagar esos cargos.

Valle del Sol Departamento de Servicios de Adulto **REGLAS DEL PROGRAMA**

Valle del Sol esta dedicado a mantener la seguridad de sus clientes, visitantes y empleados. Para ayudarnos en proveer un ambiente seguro en este edificio, le pedimos que observen las reglas siguientes:

- No se permiten productos de tabaco incluyendo; cigarros, cigarros electrónicos o tabaco de mascar (excepto en las áreas designadas para fumar afuera)
- Si no usa zapatos o camisa, NO HAY SERVICIO
- Los clientes son responsables de la supervisión de sus hijos cuando están en propiedad de Valle del Sol
- Los clientes y sus hijos deben usar ropa apropiada (los empleados de Valle del Sol determinan lo que es apropiado)
- No se permiten animales (con la excepción de animales de servicio)
- Entretenerse, merodear o vagabundear en la propiedad

Los siguientes comportamientos pueden resultar en la expulsión de nuestra propiedad y / o la terminación inmediata del programa:

- Cualquier acto de violencia o amenazas de violencia contra gente o propiedad



- Vender, tratando de vender, o comprar drogas ilegales (incluyendo medicamentos sin receta medica para usted), las dosis de **metadona** o cualquier otra actividad ilegal
- Portar cualquier clase de arma dentro de la agencia (incluyendo una navaja de bolsillo)
- Maltrato físico o verbal, incluyendo el lenguaje impropio y gritando

Se espera de todo cliente el seguimiento de los requisitos del tratamiento. El incumplimiento del tratamiento puede resultar en terminación de servicios.

Ejemplos de incumplimiento del tratamiento incluyen:

- Cancelar más de 3 citas/faltar a la cita en un periodo de 6 meses.
- No cumplir con los términos del plan de tratamiento.

Transportación

- Servicios de transporte pueden ser proporcionados a los pacientes de salud mental que sean elegibles, y tutores que acompañaran al paciente, si hay fondos disponibles y si se obtiene la aprobación previa que demuestre la necesidad medica/clínica.
- 3 cancelaciones de transporte en menos de 24 horas antes de la cita y/o 3 faltas de citas para los servicios de transporte puede dar lugar a una perdida de los servicios de transporte por un mínimo de 6 meses.

Ésta es sólo una lista parcial; hay otros comportamientos que pueden resultar en terminación inmediata u otras acciones. Agradecemos su ayuda en mantenimiento de un ambiente seguro para todos.

Consentimiento de Comunicación

La información de salud obtenida y proporcionada por Valle Del Sol, Mi Salud y sus afiliados a través de medios electrónicos o por mensaje de voz a profesionales de salud, escuelas, cuidadores y tutores, se provee solamente con el consentimiento del cliente o guardián (si el beneficiario es menor de edad).

Valle Del Sol, Mi Salud y sus afiliados actualmente tienen un sistema de correo electrónico seguro. Este correo electrónico seguro requiere nombre de usuario y contraseña para acceder información personal, pero existe la posibilidad de que la información protegida de salud contenida en dichos correos electrónicos pudiera ser revelada o interceptada por terceros no autorizados.

- Información altamente sensible o personal no será comunicado por correo de voz, correo electrónico o texto
- Cuando se utiliza el correo electrónico la información transmitida será solamente información mínima.

Si esta información se divulga bajo este consentimiento a otros por el destinatario, ya no se consideraría información protegida de salud cubierta bajo este consentimiento.



Yo autorizo a Valle Del Sol, Mi Salud y sus afiliados a comunicar cierta información de salud mediante **correo de voz, correo electrónico, y Texto** a mí o a un tercero para la coordinación de cuidado. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido proveída de acuerdo a esta autorización. Esta autorización se terminará en la fecha que terminen los servicios en Valle Del Sol, Mi Salud y sus afiliados.

Bienvenido a nuestro Portal del Paciente

Nuestro personal desea darles la bienvenida al Portal del Paciente en Valle del Sol! El Portal del Paciente proporcionará a usted y su familia con:

- Un método seguro de comunicación entre usted y el médico o asistente médico.
- Una forma más simple y más eficaz de solicitar recargos de medicamento
- La capacidad de actualizar su contacto y otra información importante
- Solicitud de citas con su médico

El Portal del Paciente en Valle del Sol es otra forma que puede hacerse cargo de su salud personal. Si usted está interesado en utilizar este función por favor coloque su dirección de correo electrónico en el espacio de abajo y el asistente médico y su proveedor le dará más información acerca de cómo acceder al Portal del Paciente. Si usted no está interesado porfavor deje este formulario en blanco.

Yo estoy de acuerdo a la utilización del Portal del Paciente para mejorar el proceso de comunicación entre el Valle del Sol, Inc y yo. Además, entiendo que el Portal del Paciente es certificado seguridad HIPAA obediente y que el Portal del Paciente no debe ser utilizado para comunicarse en caso de emergencia. Si tengo un problema de emergencia, llamare al 911 o voy a la sala de emergencias para atención médico.

Consentimiento informado para participar en servicios de telemedicina Salud Conductual

A mí se me ha pedido que reciba servicios de salud conductual a través de telemedicina Me han informado de mi diagnóstico y plan de tratamiento de telemedicina propuesto. Entiendo que recibiré servicios de atención médica a través de equipo de videoconferencias interactivas. Entiendo que, en este momento, no hay riesgos conocidos relacionados con la recepción de mi cuidado de esta manera.

Entiendo que se me mostrará el equipo y veré cómo funciona antes de recibir cualquier servicio. Entiendo que mi participación en la telemedicina es voluntaria y puedo negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento, verbalmente o por escrito. Entiendo que a mi rechazo a participar o la decisión de dejar de participar se documentarán en mi informe médico. He sido informado de las posibles consecuencias de mi revocación de informados consentimiento para el tratamiento.

Entiendo que mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas. También entiendo que la probabilidad de que una persona ajena a una videoconferencia sea interceptada es similar al potencial interceptación de una llamada telefónica. Cuando reciba servicios por telemedicina, se me notificará quién está en la



habitación en el sitio remoto.

Entiendo que los proveedores de atención médica de mi ubicación y el sitio de video remoto tendrán acceso a cualquier información médica relevante sobre mí, incluida cualquier información psiquiátrica y/o información psicológica, abuso de alcohol y/o drogas, y registros de salud mental.

He leído este documento y por este medio doy mi consentimiento para participar en recibir servicios de salud conductual a través de la telemedicina en los términos descritos anteriormente. Entiendo que este documento formará parte de mi registro médico.

Consentimiento Informado a la participación en servicios de telemedicina Expediente de Participación

A mí se han ofrecido servicios de salud conductual a través de la telemedicina. He sido informado de mi diagnóstico y del plan de tratamiento de telemedicina propuesto. Entiendo que voy a recibir servicios de atención médica a través de equipos de videoconferencia interactivos. Entiendo que, en este momento, no hay riesgos conocidos relacionados con la recepción de mi cuidado de esta manera.

Entiendo que se me mostrará el equipo y veré cómo funciona antes de recibir cualquier servicio. Entiendo que mi participación en la telemedicina es voluntaria y puedo negarme a participar o decidir detener la participación en cualquier momento. Entiendo que mi rechazo a participar o la decisión de detener la participación se documentarán en mi expediente médico. He sido informado de las posibles consecuencias de mi revocación del consentimiento informado al tratamiento.

Entiendo que mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas. También entiendo que la probabilidad de que una persona ajena a una videoconferencia sea interceptada es similar a la posible interceptación de una llamada telefónica. Cuando reciba servicios a través de telemedicina, se me notificará quién está en la sala en el sitio remoto.

Entiendo que los servicios que recibo a través de la telemedicina serán grabados y vistos por otras personas para un propósito clínico o educativo específico. Entiendo que el uso de la grabación en cinta de video es para el siguiente propósito:

Entiendo que tengo el derecho de rescindir el permiso para usar la cinta de video en cualquier momento. Entiendo que el permiso para usar la grabación se anulará en la fecha indicada en la casilla marcada a continuación, a menos que renueve el permiso para usarla.

Entiendo que los proveedores de atención médica de mi ubicación y el sitio de video remoto tendrán acceso a cualquier información médica relevante sobre mí, incluida información psiquiátrica o psicológica, abuso de alcohol y / o drogas, y registros de salud mental. **Entiendo que, si estoy recibiendo servicios relacionados con el alcohol y otras drogas o el estado de VIH, no se puede volver a divulgar ningún material, incluidas las grabaciones de video, a menos que yo lo permita expresamente en virtud de 42 CFR Parte 2 o A.R.S. 36-664.**

He leído este documento y por este medio doy mi consentimiento para participar en recibir servicios de salud conductual a través de la telemedicina en los términos descritos anteriormente. Entiendo que este documento formará parte de mi registro médico.



Estoy de acuerdo en participar y recibir servicios de salud conductual a través de la telemedicina. Entiendo que estas sesiones clínicas serán grabadas. Entiendo que el permiso que otorgo aquí para usar la grabación se anulará el (fecha) a menos que renueve el permiso por escrito en ese momento.

Valle del Sol acuerdo de transportación

Actualmente estoy registrado en los servicios de Valle del Sol y estoy recibiendo un pase de autobús a causa de no poder asistir a los servicios de ninguna otra manera. Yo reconozco que recibir el pase es un privilegio y lo tratare como tal.

- Regresare mi pase de autobús del día previo antes de recibir uno nuevo.
- No mantendré pases de autobús en el hogar si no los he utilizado, los regresare a la clínica.
- No venderé mis pases de autobús a nadie- se utilizaran para propósito de transportación solamente por mí.
- No comprare pases de autobús de otros pacientes de Valle del Sol.

Comprendo que cualquier violación de lo mencionado arriba puede resultar en perdida inmediata del privilegio de obtener pases de autobús. También comprendo que el equipo de la clínica determinara cuando y si será posible recibir el privilegio de nuevo.

También comprendo que el uso equivocado de estos pases es ilegal y pudiera resultar en las siguientes violaciones:

13-2316.01 Posesión ilegal de un dispositivo de acceso

13-2310 Fraudes y artificios

13-2307 Tráfico de bienes robados



Aviso de Prácticas de Información de la Salud

Usted está recibiendo este aviso porque su proveedor de salud participa en una organización no lucrativa, no gubernamental de intercambio de información sobre la salud (HIE –por sus siglas en inglés) llamada Health Current. Esto no le generara ningún costo y puede ayudar a su médico, proveedores de salud y planes de salud a coordinar mejor su cuidado compartiendo de forma segura su información médica. Este aviso explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos con respecto al HIE bajo las leyes estatales y federales.



De qué manera Health Current le ayuda a obtener un mejor cuidado? En un sistema de registro basado en papel, su información médica se enviaba por correo o por fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida a través del HIE, sus médicos serían capaces de acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

Qué información de salud está disponible a través de Health Current? Los siguientes tipos de información de salud pueden estar disponibles:

- Registros hospitalarios
- Historial médico
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de pruebas de laboratorio
- Informes de radiología
- Información de visitas a clínicas y médicos
- Inscripción en planes de salud y elegibilidad
- Otra información útil para su tratamiento

Quién puede ver su información de salud a través de Health Current y Cuándo puede ser compartida?

Las personas que participan en su cuidado tendrán acceso a su información médica. Esto puede incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud, planes de salud y cualquier organización o persona que trabaja en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrían acceder a su información para tratamientos, coordinación del cuidado, administración del caso o el cuidado, o transición de la planificación del cuidado y la población de servicios de salud.

Usted puede permitir a otros acceder a su información de salud mediante la firma de una forma de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para las finalidades indicadas en dicha forma.

Health Current también podría utilizar su información de salud según lo requiere la ley y según sea necesario para llevar a cabo servicios a proveedores de salud, planes de salud y otras personas que participan con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar los motivos del porque proveedores de la salud y otros pueden tener acceso a su información de salud en un futuro, siempre y cuando el acceso sea permitido por la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current, www.healthcurrent.org/permitted-use.

Recibe Health Current información de salud mental y si es así, ¿Quién puede acceder a ella? Health Current recibe información sobre salud mental, incluyendo los registros de tratamiento de abuso de



sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros de tratamiento y programas de abuso de sustancias asistido por el gobierno federal. Health Current mantiene por separado estos registros de tratamiento de abuso de sustancias protegidos del resto de su información médica. Health Current solamente compartirá los registros de tratamiento de abuso de sustancias en los siguientes dos casos:

Uno, el personal médico puede acceder a esta información en una emergencia médica. Dos, usted puede firmar un formulario de consentimiento dando a su proveedor de la salud u otros acceder a esta información.

Cómo se protege la información de su salud? Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información médica. Su información se comparte mediante una transmisión segura. Health Current tiene medidas de seguridad para evitar que alguien que no está autorizado tenga acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

Sus derechos con respecto al Intercambio de Información Electrónica Segura

Usted tiene derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible a través de Health Current. Si contacta a su proveedor de salud usted puede obtener una copia dentro de 30 días.
2. Solicitar que cualquier información en el HIE sea corregida. Si cualquier información en el HIE es incorrecta, usted puede preguntar a su proveedor de salud corregir la información.
3. Pedir una lista de las personas que han visto su información a través de Health Current. Contacte a su proveedor de salud para obtener una copia dentro de los 30 días. Por favor, notifique a su proveedor de salud si usted cree que alguien que no debería ha visto su información.

Usted tiene derecho en virtud del artículo 27, apartado 2 de la Constitución de Arizona y Estatutos Revisados de Arizona título 3, sección 3802 evitar que su información médica se comparta electrónicamente a través de Health Current:

1. Usted puede optar “opt out” por tener su información médica disponible para compartir en forma electrónica a través de Health Current. Para excluir su participación, pregunte a su proveedor de salud por el formulario de exclusión opt-out. Después de enviar el formulario, su información médica no estará disponible para compartir en forma electrónica a través de Health Current. **Precaución:** Si usted decide no participar, su información médica no estará disponible para sus proveedores de salud, inclusive en caso de emergencia.
2. Usted puede excluir que alguna información sea compartida. Por ejemplo, si usted ve a un médico y no desea que su información médica sea compartida con otros, usted puede



impedirlo. En el formulario de exclusión opt-out, escriba el nombre del proveedor de salud con la información médica que no desee compartir con los demás. **Precaución:** Si ese proveedor de salud trabaja para una organización (como un hospital o un grupo de médicos), toda su información médica desde ese hospital o grupo de médicos puede ser confidencial para ser vista.

3. Si usted cuenta con una exclusión opt-out en la actualidad, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario de aceptación opt-in que puede obtener a través de su proveedor de salud.
4. Si usted no hace nada hoy y permite que su información médica sea compartida a través de Health Current, usted puede optar por “opt out” en el futuro.

Recibo de Información

Recibo de Reconocimiento

He recibido (y le he entendido) copias de la siguiente información por escrito:

- ☒ Consentimiento para Tratamiento
- ☒ Consentimiento para mensajes de voz y comunicación electrónica
- ☒ Consentimiento informado para participar en servicios de telemedicina Salud Conductual
- ☒ Consentimiento informado para participar en servicios de telemedicina Expediente de Participación
- ☒ Forma de directivas por adelantado y recursos
- ☒ Reglas del programa para adultos
- ☒ Orientación de cliente de Valle del Sol
- ☒ Números Importantes
- ☒ Recibo de Manual para Miembros y / o la forma de acceder en línea
- ☒ Aviso de Decisión y Derechos de Apelación
- ☒ Aviso para clientes en el Programa SABG
- ☒ Autorización de Divulgación de Información
- ☒ Folleto de Educación Primaria
- ☒ Práctica de Privacidad
- ☒ Bienvenido a nuestro Portal del Paciente
- ☒ El Consentimiento de Tratamiento para Menores
- ☒ Aviso Sobre Prácticas de Información Medical

Solicitaremos consentimiento verbal. Si se otorga la autorización, usted acepta:

- Se me ha brindado la oportunidad de que se me revise y explique verbalmente la información anterior. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y para tener cualquier pregunta contestada de manera satisfactoria.
- Tengo el derecho legal de tomar decisiones médicas.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y debo hacerlo por escrito.
- He leído y estoy de acuerdo con las reglas asociadas a los servicios en el Valle del Sol.
- Entiendo que estoy dando consentimiento para recibir servicios de tratamiento y evaluación de Valle Del Sol, de acuerdo con la información descrita anteriormente.