(*Patient Must present Photo ID at Time of Service*)

Authorization for Prevention and Wellness Services

Patient Name: _____

Employer Name: Humana Vitality

Employer Street Address: 5th Floor, 550 West Adams

City, State, Zip Code: Chicago, IL 60661

Prevention and Wellness services may include:

- **Biometric Screening**

Special Instructions:

1. **Register patient in Occusource.**
2. **Select Employer "Humana, Inc"**
3. **Select Location "HumanaVitality"**
4. **Follow instructions in administrative notes.**

Concentra®

Wellness Screening Authorization

Participant name:* _____ Phone Number:* _____ Date of Birth:* _____

I. I give **permission for Concentra to perform a wellness screening**. I understand it is my responsibility to follow-up on the information I receive during my screening with my personal physician or other health care provider of my choice. While performing the wellness screening, Concentra does not assume responsibility for treatment or management of care.

✍ Signature of Patient/Guardian: _____ Date: _____

II. I have received/been offered a copy of Concentra's **Notice of Privacy Practices.** For questions, please contact Concentra's Privacy Office at 800-819-5571 or PrivacyOffice@concentra.com.

✍ Signature of Patient/Guardian: _____ Date: _____

HIPAA Release:
Authorization For Use And Disclosure Form

I authorize Concentra to use and disclose protected health information limited to my health assessment results. These results are for the purpose of assessing my current health risks and developing health improvement program services, but NOT for medical treatment.

I understand that my employer will receive a list of participants and aggregated results, but that individual participants' protected health information will not be shared by Concentra with my employer unless my employer's program requires my health assessment results or a subset of the results. For example, information needed to determine incentive levels will be shared with my employer.

As part of my employer's wellness program, screening results may be communicated to:

Name: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

I understand that to the extent any recipient of this information, as identified above, is not a "Covered Entity" under Federal law, the information may no longer be protected by Federal privacy law once it is disclosed to the recipient and, therefore, may be subject to re-disclosure by the recipient. In other words, if you are asking Concentra to release this information to someone other than a healthcare entity and such related businesses, then that person does not have to keep your health information private under HIPAA laws.

➲ _____ I understand that I may **revoke** this authorization in writing at any time except to the extent that Concentra has already relied on this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization expires one year from the date of my screening.

By mail:
Concentra
Privacy Office
PO Box 1438
Louisville, KY 40202-1438

By fax:
502.508.3700
ATTN: Concentra Privacy Office

I understand that if the purpose of this screening is to provide information to my employer or a third party as part of an overall wellness program, Concentra may refuse to conduct the screening if I do not sign this authorization. (Please contact employer for questions).

✍ Signature of Patient/Guardian: _____ Date: _____

If guardian, list legal right to sign: _____

Improving America's health, one patient at a time.

***Required Fields**

©2012 Concentra Operating Corporation. All rights reserved. Version 2.0 07/2012 CONF_WELLSCRAUTH-R

Concentra®

Autorización para Diagnóstico de Bienestar

Nombre del participante:* _____ Número telefónico:* _____ Fecha de Nacimiento:* _____

I. Yo le doy permiso a Concentra para realizar un diagnóstico de bienestar. Yo entiendo que es mi responsabilidad el hacer seguimiento a la información que reciba durante mi diagnóstico con mi médico personal u otro proveedor de cuidados de la salud de mi elección. A pesar de que está realizando el diagnóstico de bienestar, Concentra no asume responsabilidad por el tratamiento o la administración de cuidados.
✍ Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

II. Yo he recibido / se me ha ofrecido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Concentra. Para hacer preguntas, por favor contacte al Oficial de Privacidad y Seguridad de Concentra al 800-819-5571 o HIPAA@concentra.com
✍ Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Autorización HIPAA: **Formulario de autorización para el uso y divulgación de información médica**

Yo autorizo a Concentra a usar y revelar información protegida de la salud, limitada a los resultados de mi evaluación de salud. Estos resultados tienen el propósito de evaluar mis riesgos de salud actuales y desarrollar servicios de programas de mejoramiento de la salud, pero NO para tratamiento médico.

Yo entiendo que mi empleador recibirá una lista de participantes y de resultados agregados, pero que la información protegida de la salud de ese participante no será compartida por parte de Concentra con mi empleador, a no ser que el programa de mi empleador requiera los resultados de mi evaluación de salud o una parte de estos resultados.

Como parte del programa de bienestar de mi empleador, los resultados del diagnóstico se le deben comunicar a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Yo entiendo que en la medida en que cualquier recipiente de esta información, como está identificado arriba, no sea una "Entidad Cubierta" bajo la Ley Federal, la información puede que ya no esté protegida por la Ley Federal de Privacidad una vez esta sea revelada al recipiente y, por lo tanto, puede estar sujeta a que sea revelada nuevamente por parte del recipiente. En otras palabras, si usted le está pidiendo a Concentra que revele esta información a alguien diferente a una entidad de cuidados de la salud y otros negocios relacionados, entonces esa persona no tiene que mantener su información privada bajo las leyes de HIPAA.

➲ _____ Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Concentra ya haya contado con esta autorización. A menos que se revoque de alguna forma, esta autorización vence en un año desde la fecha de mi diagnóstico.

Por correo:
Concentra
Privacy Office
PO Box 1438
Louisville, KY 40202-1438

Por fax:
502.508.3700
ATTN: Concentra Privacy Office

Yo entiendo que si el propósito de este diagnóstico es proveer información a mi empleador o a un tercero como parte de un programa general de bienestar, Concentra se puede rehusar a conducir el diagnóstico si yo no firmo esta autorización. (Por favor contacte al empleador si tiene preguntas).

✍ Firma del Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Si es el guardián, liste el derecho legal a firmar: _____

Mejorando la salud de América, un paciente a la vez.

***Es requisito llenar estos campos de información**

©2012 Concentra Operating Corporation. All rights reserved. Version 2.0 07/2012 CONF_WELLSCRAUTH-R