



COVID-19 Testing Information and Instructions for Patients

Information about Testing Accuracy

It is important to understand that no tests are 100% accurate. Although molecular tests are very specific for the virus that causes COVID-19, there is a small possibility of a false positive result. This means that the test may show a positive result, but the virus is not present. Any positive test would require a minimum 10-day isolation period from the time the test was sent. There is also a possibility for the test to result negative even though the virus is present (a false negative test).

How to Get Test Results

Molecular tests typically result within 2 days, but can take as long as 4 days. If you have not been informed of your results within 7 days, please call any of our clinics for your results. Phone numbers can be found at PrimaryHealth.com. Your result can be printed on your patient portal.

- If you are being tested because you have symptoms, please isolate while awaiting your test results.** If your test is negative, we will notify you via your preferred contact method (voicemail or text) and your results can be printed from your Patient Portal. Access your Patient Portal online at PrimaryHealth.com or download the Healow app using the QR codes below. **If your test is negative, you may end isolation when you have had no fever for at least 24 hours without fever-reducing medicines and your other symptoms have improved.**

iPhone



android



Primary Health Medical Group
Practice Code GJDCAA

- If you were tested because you were in close contact with a confirmed COVID-19 patient, you should continue to quarantine for 14 days from your last exposure to the patient, even if you test negative. See <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html> for more information.**

- **If your test is positive**, we will notify you via your preferred contact method (voicemail or text) and your results can be printed from your Patient Portal. We recommend that you continue to isolate until:
 - **At least 24 hours since your last fever (without fever reducing medication) and improvement in your other symptoms and**
 - **At least 10 days have passed since your symptoms first appeared.**
- Because of the possibility of false negatives, **if your medical provider is highly suspicious of COVID-19**, they may recommend that you follow the isolation guidelines above, even if your test is negative.

What if I Develop New Symptoms or Concerns?

If you develop new symptoms or concerns, you can schedule a telehealth visit by calling any of our clinics. See PrimaryHealth.com for a list of COVID symptoms. If the telehealth provider feels you need to be seen in person, you may be asked to return to a Respiratory Clinic for re-evaluation.

At any time if you have worsening shortness of breath or trouble breathing, increasing or new chest pain, confusion, difficulty staying awake, bluish lips or face then seek emergency medical care immediately.

*Appointments are in high demand. If you no longer need this appointment, please call us to cancel.

Access isolation instructions here: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html>

Access caregiver instructions here: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>

More information is available at PrimaryHealth.com.



To whom it may concern:

This patient was tested for COVID-19 today and will be notified by Primary Health when the result is received. **We ask you to allow this patient to return to work/school/daycare without a physician's note as long as the patient attests that they fit the following criteria for ending isolation:**

- **If their COVID-19 test is negative**
 - At least 24 hours with no fever without fever-reducing medicines **and**
 - Symptoms have improved
- **If their COVID-19 test is positive**
 - At least 24 hours with no fever (without fever reducing medication) **and** improvement in symptoms **and**
 - At least 10 days have passed since symptoms first appeared
 - patients who required hospitalization and patients who have abnormal immune systems may require 20 days since symptoms first appeared
 - Patients who never develop symptoms but test positive may end isolation 10 days after their positive test
 - After ending isolation, if the patient is a healthcare worker, they should wear a surgical facemask while in the healthcare facility until all symptoms have resolved.
- **Close contact**
 - If they were tested because they were a close contact to a patient with COVID-19, they must quarantine until 14 days from their last contact with the patient, even if they have a negative COVID test. If they test positive for COVID, they should follow isolation recommendations for positive patients.

Thank You,

Primary Health Medical Group



COVID-19 Información e instrucciones de prueba para pacientes

Información sobre la precisión de las pruebas

Es importante entender que ninguna prueba es 100% precisa. Aunque las pruebas moleculares son muy específicas para el virus que causa COVID-19, existe una pequeña posibilidad de un resultado falso positivo. Esto significa que la prueba puede mostrar un resultado positivo, pero el virus no está presente. Cualquier prueba positiva requeriría un período de aislamiento mínimo de 10 días desde el momento en que se envió la prueba. También existe la posibilidad de que la prueba resulte negativa a pesar de que el virus está presente (una prueba negativa falsa).

Cómo obtener resultados de las pruebas

Las pruebas moleculares suelen resultar en 2 días, pero pueden tardar hasta 4 días. Si no ha sido informado de sus resultados en un plazo de 7 días, llame a cualquiera de nuestras clínicas para obtener sus resultados. Los números de teléfono se pueden encontrar en PrimaryHealth.com.

- Si se está haciendo la prueba porque tiene síntomas, aíslle mientras espera los resultados de la prueba.** Si su prueba es negativa, le notificaremos a través de su método de contacto preferido (correo de voz o texto) y sus resultados se pueden imprimir desde su Portal del Paciente. Acceda a su Portal del Paciente en línea en PrimaryHealth.com o descargue la aplicación Healow utilizando los códigos QR a continuación. Acceda a su Portal del Paciente en línea en PrimaryHealth.com o descargue la aplicación Healow utilizando los códigos QR a continuación. **Si la prueba es negativa, puede finalizar el aislamiento cuando no haya tenido fiebre durante al menos 24 horas sin medicamentos para reducir la fiebre y sus otros síntomas hayan mejorado.**

iPhone



android



Primary Health Medical Group
Practice Code GJDCAA

- **Si se le probó porque estuvo en estrecho contacto con un paciente COVID-19 confirmado, debe continuar en cuarentena durante 14 días a partir de su última exposición al paciente, incluso si prueba negativo.** Ver <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html> para or por ms información

Si su prueba es positiva, le notificaremos a través de su método de contacto preferido (correo de voz o texto) y sus resultados se pueden imprimir desde su Portal del Paciente. Le recomendamos que continúe aislando hasta que:

- **Han pasado al menos 10 días desde que aparecieron los síntomas por primera vez.**
- Debido a la posibilidad de falsos negativos, **si su proveedor médico sospecha altamente de COVID-19**, pueden recomendarle que siga las pautas de aislamiento anteriores, incluso si su prueba es negativa.

¿Qué sucede si tengo nuevos síntomas o preocupaciones?

Si desarrolla nuevos síntomas o inquietudes, puede programar una visita de telesalud llamando a cualquiera de nuestras clínicas. Consulte PrimaryHealth.com para obtener una lista de los síntomas de COVID. Si el proveedor de telesalud siente que necesita ser atendido en persona, se le puede pedir que regrese a una Clínica Respiratoria para su reevaluación.

En cualquier momento si usted tiene dificultad para respirar o dificultad para respirar, dolor en el pecho creciente o nuevo, confusión, dificultad para permanecer despierto, labios azulados o cara y luego busque atención médica de emergencia de inmediato.

*Las citas tienen una gran demanda. Si ya no necesita esta cita, llámenos para cancelarla.

Instrucciones de aislamiento de acceso aquí: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html>

Acceda a las instrucciones del cuidador aquí: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

We are required by law to maintain the privacy of your protected health information, to notify you of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured health information. This Notice summarizes our duties and your rights concerning your information. Our duties and your rights are set forth more fully in 45 CFR Part 164. We are required to abide by the terms of our Notice that is currently in effect.

1. Uses And Disclosures We May Make Without Written Authorization. We may use or disclose your health information for certain purposes without your written authorization, including the following:

Treatment. We may use or disclose your information for purposes of treating you. For example, we may disclose your information to another health care provider so they may treat you; to provide appointment reminders; or to provide information about treatment alternatives or services we offer.

Payment. We may use or disclose your information to obtain payment for services provided to you. For example, we may disclose information to your health insurance company or other payer to obtain payment for treatment.

Healthcare Operations. We may use or disclose your information for certain activities that are necessary to operate our practice and ensure that our patients receive quality care. For example, we may use information to train or review the performance of our staff or make decisions affecting the practice.

Other Uses or Disclosures. We may also use or disclose your information for certain other purposes allowed by 45 CFR § 164.512 or other applicable laws and regulations, including the following:

- To avoid a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.
- As required by state or federal law such as reporting abuse, neglect or certain other events.
- As allowed by workers compensation laws for use in workers compensation proceedings.
- For certain public health activities such as reporting certain diseases.
- For certain public health oversight activities such as audits, investigations, or licensure actions.
- In response to a court order, warrant or subpoena in judicial or administrative proceedings.
- For certain specialized government functions such as the military or correctional institutions.
- For research purposes if certain conditions are satisfied.
- In response to certain requests by law enforcement to locate a fugitive, victim or witness, or to report deaths or certain crimes.
- To coroners, funeral directors, or organ procurement organizations as necessary to allow them to carry out their duties.

2. Disclosures We May Make Unless You Object. Unless you instruct us otherwise, we may disclose your information as described below.

- To a member of your family, relative, friend, or other person who is involved in your healthcare or payment for your healthcare. We will limit the disclosure to the information relevant to that person's involvement in your healthcare or payment.

- We participate in one or more **Health Information Exchanges (HIE)** which allows disclosure of your electronic health record via electronic transfer to other facilities and providers for your treatment purposes. Your health information and basic identifying information regarding your visits to our facilities may be shared with the HIEs for the purposes of diagnosis and treatment. This includes health information for your continuing care, as well as care you may seek at other locations. Other providers participating in these HIEs may access this information as part of your treatment.
- This office has chosen to participate with the Idaho Health Data Exchange (IHDE). If you do not wish to participate with the IHDE you can contact the IHDE at (208)803-0030 or www.idahohde.org.)
- This office has chosen to participate with Carequality, a network that allows healthcare professionals to share patient information so that they may coordinate patient care. If you do not wish to have your information shared with Carequality please visit www.primaryhealth.com/forms for form needed to opt-out.
- We communicate all immunizations administered to the Idaho Immunization Reminder Information System (IRIS). This is a voluntary system. If you would like to opt-out of this program, please contact the Idaho Immunization Program either by phone at 1-208-334-5931 or by email IIP@dhw.idaho.gov.

3. Uses and Disclosures With Your Written Authorization. Other uses and disclosures not described in this Notice will be made only with your written authorization, including most uses or disclosures of psychotherapy notes; for most marketing purposes. You may revoke your authorization by submitting a written notice to the Privacy Contact identified below. The revocation will not be effective to the extent we have already taken action in reliance on the authorization.

4. Your Rights Concerning Your Protected Health Information. You have the following rights concerning your health information. To exercise any of these rights, you must submit a written request to the Privacy Officer identified below.

- You may request additional restrictions on the use or disclosure of information for treatment, payment or healthcare operations. We are *not* required to agree to the requested restriction except in the limited situation in which you or someone on your behalf pays for an item or service, and you request that information concerning such item or service not be disclosed to a health insurer.
- We normally contact you by telephone, mail at your home address and possibly by e-mail if you have given your e-mail address. You may request that we contact you by alternative means or at alternative locations. We will accommodate reasonable requests.
- You may inspect and obtain a copy of records that are used to make decisions about your care or payment for your care, including an electronic copy. We may charge you a reasonable cost-based fee for providing the records. We may deny your request under limited circumstances, e.g., if we determine that disclosure may result in harm to you or others.
- You may request that your protected health information be amended. We may deny your request for certain reasons, e.g., if we did not create the record or if we determine that the record is accurate and complete.
- You may receive an accounting of certain disclosures we have made of your protected health information. You may receive the first accounting within a 12-month period free of charge. We may charge a reasonable cost-based fee for all subsequent requests during that 12-month period.
- You may obtain a paper copy of this Notice upon request. You have this right even if you have agreed to receive the Notice electronically.

5. Changes To This Notice. We reserve the right to change the terms of this Notice at anytime, and to make the new Notice effective for all protected health information that we maintain. If we materially change our privacy practices, we will post a copy of the current Notice in our reception area and on our website. You may obtain a copy of the operative Notice from our receptionist or Privacy Officer.

6. Complaints. You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. You may file a complaint with us by notifying our Privacy Officer. All complaints must be in writing. We will not retaliate against you for filing a complaint.

7. Contact Information. If you have any questions about this Notice, or if you want to object to or complain about any use or disclosure or exercise any right as explained above, please contact:

Privacy Officer:	Tracy Morris
Phone:	208-955-6500
Address:	10482 W. Carlton Bay Drive
	Garden City, ID 83714
E-mail:	tracy.morris@primaryhealth.com

8. Effective Date. This Notice is effective February 1, 2019.

I certify that I have read and agree to Primary Health Medical Group's (PHMG) payment policy. I am eligible for the insurance indicated on this form and I understand that payment is my responsibility regardless of insurance coverage. I hereby assign to PHMG all money to which I am entitled for medical expenses related to the services performed from time to time by PHMG, but not to exceed my indebtedness to PHMG. I authorize PHMG to release any medical information to my insurance carrier or third party payer to facilitate processing my insurance claims. I understand that failure to pay outstanding balances within 90 days of notification of the amount due will result in submission to an outside collection agency. A \$20.00 returned check fee will be charged for checks returned due to insufficient funds. I choose to receive communications from PHMG by text or e-mail at the number or address stated above, including but not limited to communications about appointments, feedback, treatment, and payment. I understand that such e-mails and texts may not be secure and there is a risk that they may be read by a third party. Comments submitted on surveys may be anonymously shared on the PHMG Public Website.

MEDICARE BENEFICIARIES: I request that payment of authorized Medicare benefits be made to PHMG. I authorize any holder of medical information about me to release to CMS and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable for related services.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVISELO ATENTAMENTE.

La ley nos obliga a conservar la privacidad de su información de salud protegida y a notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto a su información de salud y notificar a las personas afectadas después de una infracción respecto de la seguridad de su información de salud. Este Aviso resume nuestras obligaciones y sus derechos en relación con su información. Nuestras obligaciones y sus derechos se establecen más detalladamente en 45 CFR Parte 164. Estamos obligados a regísmos por los términos de nuestro Aviso que están vigentes en este momento.

1. Usos y divulgaciones que podemos hacer sin su autorización por escrito. Podemos usar o divulgar su información de salud para ciertos propósitos sin su autorización por escrito, incluso para lo siguiente:

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su información con el propósito de darle tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información a otro proveedor de atención médica para que pueda darle tratamiento, podemos divulgar su información para enviarle recordatorios de sus citas o para proporcionarle información sobre las alternativas de tratamiento o servicios que ofrecemos.

Pago. Podemos usar o divulgar su información para obtener el pago de los servicios que se le han brindado a usted. Por ejemplo, podemos divulgar información a su compañía de seguro médico u otro pagador para obtener el pago del tratamiento.

Operaciones de atención médica. Podemos usar o divulgar su información para algunas actividades que son necesarias para operar nuestra clínica y para garantizar que nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información para capacitar o revisar el desempeño de nuestro personal o para tomar decisiones que afectan a la clínica.

Otros usos o divulgaciones. También podemos usar o divulgar su información para algunos propósitos permitidos por 45 CFR § 164.512 u otras leyes y regulaciones aplicables, incluyendo las siguientes:

- Para evitar amenazas graves a su salud o a su seguridad, o a la salud o a la seguridad otras personas.
- Según lo requiera la ley estatal o federal, por ejemplo, para denunciar abuso, negligencia u otros eventos determinados.
- Según lo permitan las leyes de compensación a los trabajadores en procedimientos de compensación a los trabajadores.
- Para algunas actividades de salud pública, tales como para informar sobre ciertas enfermedades.
- Para algunas actividades de supervisión de salud pública, como auditorías, investigaciones o concesión de licencias.
- Como respuesta a la orden de un tribunal, orden judicial o citación en procedimientos judiciales o administrativos.
- Para algunas funciones especializadas del gobierno, como las instituciones militares o correccionales.
- Para fines de investigación si se cumple con algunas condiciones.
- Como respuesta a algunas solicitudes de las agencias del orden público para localizar a un fugitivo, una víctima o un testigo, o para reportar muertes o ciertos delitos.
- A los médicos forenses, directores de funerarias u organizaciones de adquisición de órganos según sea necesario para permitirles que lleven a cabo sus obligaciones.

2. Usos y divulgaciones que podemos hacer, a menos que usted se oponga. A menos que usted nos indique lo contrario, podemos divulgar su información como se describe a continuación.

• A un miembro de su familia, pariente, amigo u otra persona que participe en su atención médica o en el pago de su atención médica. Nos limitaremos a divulgar solo la información que sea relevante a la participación de esa persona en su atención médica o pago.

• Participamos en uno o más Intercambios de Información de Salud (Health Information Exchanges, HIE) lo cual permite la divulgación de sus registros de salud electrónicos mediante una transferencia electrónica a otros

centros y proveedores para propósitos de tratamiento. Su información de salud e información de identificación básica relacionada con sus visitas a nuestros centros se puede compartir con los HIE con fines de diagnóstico y tratamiento. Esto incluye información de salud para la continuación de su atención, así como la atención que usted pueda buscar en otras ubicaciones. Otros proveedores participantes en estos HIE pueden tener acceso a esta información como parte de su tratamiento.

- Esta oficina decidió participar con el Intercambio de Datos de Salud de Idaho (Idaho Health Data Exchange, IHDE). Si usted no desea participar con IHDE, puede comunicarse con IHDE llamando al (208) 332-7253 o en www.idahohde.org.
- Esta oficina decidió participar con Carequality, una red que permite que los profesionales de atención médica comparten la información del paciente para que puedan coordinar la atención del paciente. Si usted no desea compartir su información con Carequality, visite www.primaryhealth.com/forms para obtener el formulario necesario para excluirse.
- Comunicamos todas las inmunizaciones administradas al Idaho Immunization Reminder Information System (Sistema de recordatorio de inmunizaciones de Idaho, IRIS). Es un sistema voluntario. Si usted prefiere no participar en ese programa, póngase en contacto con el Idaho Immunization Program por teléfono al 1-208-334-5931 o por email IIP@dhw.idaho.gov.

3. Usos y divulgaciones con su autorización por escrito. Otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso se harán únicamente con su autorización por escrito, incluyendo la mayor parte de usos o divulgaciones de notas de psicoterapia; para la mayoría de los fines de mercadeo. Usted puede revocar su autorización enviando una notificación escrita al contacto de privacidad que se indica más adelante. La revocación no tendrá validez en la medida en que hayamos tomado acciones sobre la base de la autorización.

4. Sus derechos respecto a su información de salud protegida. Usted tiene los siguientes derechos en cuanto a su información de salud. Para ejercer cualquiera de estos derechos, usted debe enviar una solicitud por escrito al Director de Privacidad identificado a continuación.

- Puede solicitar restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de la información para operaciones de atención médica, tratamiento o pago. No estamos obligados a aceptar la restricción solicitada, excepto en la situación limitada en la que usted o alguien en su nombre pague algún artículo o servicio, y usted solicite que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a compañía aseguradora.
- Por lo general, nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo a la dirección de su casa y posiblemente por correo electrónico si nos ha proporcionado su dirección de correo electrónico. Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternos o en ubicaciones alternas. Nosotros admitiremos las solicitudes razonables.
- Usted puede inspeccionar y obtener una copia de los expedientes que se utilizan para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención, incluyendo una copia electrónica. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo para proporcionarle los expedientes. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas; por ejemplo, si determinamos que la divulgación podría ser perjudicial para usted o para otras personas.
- Puede solicitar que se modifique su información de salud protegida. Podemos denegar su solicitud por algunas razones; por ejemplo, si no creamos el expediente o si determinamos que el expediente es preciso y está completo.
- Usted puede recibir un informe de algunas divulgaciones que hayamos hecho de su información de salud protegida. Usted puede recibir el primer informe dentro de un período de 12 meses sin ningún costo. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo para todas las solicitudes siguientes durante ese período de 12 meses.
- Puede obtener una copia impresa de este Aviso si lo solicita. Usted tiene este derecho incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente.

5. Cambios en este Aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento e implementar el nuevo Aviso para toda la información de salud protegida que guardemos. Si cambiamos materialmente nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una copia del Aviso actual en nuestra área de recepción y en nuestro sitio web. Usted puede obtener una copia del Aviso en vigencia de nuestra recepcionista o del Director de Privacidad.

6. Reclamos. Usted puede presentar un reclamo ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. Puede presentar un reclamo ante nosotros o mediante una notificación a nuestro Director de Privacidad. Todas las quejas deben ser por escrito. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

7. Información de contacto. Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o si desea presentar una objeción o reclamo por cualquier uso o divulgación o por el ejercicio de cualquier derecho como se explica arriba, comuníquese con la siguiente persona:

Directora de Privacidad: Tracy Morris
Teléfono: 208-955-6500
Dirección: 10482 W. Carlton Bay Drive, Garden City, ID 83714
Correo electrónico: tracy.morris@primaryhealth.com

8. Fecha de vigencia. Este Aviso está vigente desde el 1 de febrero de 2019.

Certifico que he leído y estoy de acuerdo con la política de pago de Primary Health Medical Group (PHMG). Soy elegible para el seguro indicado en este formulario y entiendo que el pago es mi responsabilidad, sin importar la cobertura del seguro. Por este medio asigno a PHMG todo el dinero al que tenga derecho por concepto de gastos médicos relacionados con los servicios otorgados en un momento dado por PHMG, pero sin exceder mi deuda con ellos. Autorizo PHMG comunicar cualquier información médica a mi aseguradora o pagador tercero para facilitar el procesamiento de mis reclamos de seguro. Comprendo que, de no pagar el saldo pendiente en un plazo de 90 días a partir de la notificación de la cantidad adeudada, el asunto se turnará a un servicio de cobro externo. Un cargo de \$20 por cheque devuelto aplicará para cheques devueltos por fondos insuficientes. Elijo recibir comunicaciones de PHMG por texto o email al número o dirección indicada, incluyendo pero no limitado a comunicaciones con relación a citas, comentarios, tratamiento y pagamiento. Entiendo que los emails y textos pueden ser inseguros y hay un riesgo que pudieran ser leídos por un tercer partido. Comentarios sometidos en encuestas podrían ser compartidos anónimamente en el sitio público de la página de internet de Primary Health Medical Group.
BENEFICIARIOS DE MEDICARE: Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare se haga efectivo a PHMG. Autorizo a cualquiera que posea información médica acerca de mi persona, a revelar a CMS y sus agentes toda información necesaria para determinar tales beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.