

Paquete anual de actualización para pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre		I.M.	Seguro social #	
Dirección				
Teléfono residencial	Teléfono celular	Fecha de nacimiento	Edad	
Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> ¡Sí! Inscríbime para recibir actualizaciones por correo electrónico de Genesis.	Consentimiento para llamar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Consentimiento para enviar un mensaje de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Por favor, marque todo lo que corresponda				
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a Masculino / Transgénero <input type="checkbox"/> Masculino a Femenino / Transgénero Femenino <input type="checkbox"/> Género no conforme / Ni masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Otro _____				
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana / Gay / Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual / Heterosexual Desconocido <input type="checkbox"/> Más bien no revelar <input type="checkbox"/> Otro _____				
Idioma del asegurado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Lengua de Señas <input type="checkbox"/> Otro _____				
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Compañero(a) de vida <input type="checkbox"/> Desconocido				
Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Los isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio(a) asiático(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Japones/japonesa <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Guameña/Chamorro <input type="checkbox"/> Prefieren no revelar <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Americano(a) mexicano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Otro _____		Estado de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar		
Estatus de personas sin hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar		Estudiante: <input type="checkbox"/> Sí, tiempo completo <input type="checkbox"/> sí, tiempo parcial <input type="checkbox"/> no		
Vivienda pública <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar		En caso afirmativo, proporcione el nombre de la escuela:		
Proveedor de atención primaria actual:		Fecha de la última visita con el proveedor actual:		
Ciudad/Estado/Teléfono:		¿Desea cambiar de proveedor actual: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Actualmente tratado por salud en el hogar/vistas a domicilio/hospicio <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Farmacia actual:				
Ciudad/Teléfono #:				
¿Tiene alguna preferencia de proveedor? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Proveedor solicitado:				
Contacto de emergencia (mayores de 19 años):				
Nombre: _____		Teléfono #: _____		
Relación: _____				
¿Cómo se enteró de Genesis Healthcare? Por favor, seleccione uno: Referencia; <input type="checkbox"/> Fuente de referencia: _____				
<input type="checkbox"/> Paciente Actual <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Anuncios <input type="checkbox"/> Artículo de periódico <input type="checkbox"/> Evento comunitario				
¿Está interesado en servir en la Junta Directiva de Genesis Healthcare? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

RECONOCIMIENTO NARCÓTICO

Yo (Nombre del Impreso) reconozco que se me ha explicado que Genesis Healthcare, Inc. no proporciona manejo del dolor narcótico crónico. Esto incluye el uso de medicamentos narcóticos, así como otras sustancias controladas suplementarias. Entiendo y acepto que el médico de esa instalación me remitirá a otra clínica para el manejo del dolor.

Firma del paciente/fecha del representante autorizado del paciente _____

Fecha _____

Relación con el paciente si el paciente no puede firmar: _____

CONTESTADOR AUTOMÁTICO/MENSAJES DE CORREO DE VOZ

Puede haber ocasiones en que nuestra oficina no pueda comunicarse con usted por teléfono. Con su permiso, nos gustaría poder dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz del teléfono celular. Para cumplir con las estrictas normas legales, un a autorización por escrito nos permitirá dejar un mensaje en su contestador automático. Al firmar a continuación, nos autoriza a dejar mensajes en su contestador automático al número de teléfono que nos ha proporcionado en su registro.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (versión impresa): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente si no puede firmar: _____

AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Algunos pacientes prefieren que otras personas, especialmente los miembros de la familia tengan acceso a su información médica. Para cumplir con las estrictas normas legales, se requiere una autorización por escrito para permitir que otra persona acceda a sus registros médicos. Esta autorización otorga permiso a la(s) persona(s) que se enumeran a continuación para: Hacer o confirmar citas, tener acceso a radiografías y hallazgos de laboratorio, recoger medicamentos de muestra, estar al tanto de su diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento, y servir como su contacto de emergencia. Este permiso se aplica a los mensajes telefónicos y contestadores automáticos, así como a otros medios de comunicación.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Impresión del paciente: _____

1. Parte designada: _____

Teléfono: _____ Relación _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AUTORIZACION

Yo, el abajo firmante, autorizo y doy mi consentimiento para exámenes médicos, radiografías, análisis de sangre, procedimientos de laboratorio, inmunizaciones, inyecciones terapéuticas, procedimientos invasivos o quirúrgicos y otros servicios médicamente apropiados bajo la supervisión general o específica de cualquier miembro del personal médico de Genesis Healthcare, Inc. para el paciente nombrado en este formulario.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención específica, pero se otorga para proporcionar autoridad y poder para prestar atención por parte de los proveedores de Genesis Healthcare, Inc. en el ejercicio de su mejor juicio que consideren conveniente. Entiendo que la ley estatal requiere que los médicos reporten ciertas enfermedades transmisibles al Departamento de Salud. Código SC Ann. Sec 44-29-10. Artículo 61-20.

Estoy de acuerdo en que si salgo del consultorio de un médico en contra del consejo de mi(s) médico(s) de Genesis Healthcare, Inc. y su personal, están liberados de responsabilidad u obligación por cualquier lesión o daño que pueda resultar de salir en contra del consejo médico. Autorizo a un médico de Genesis Healthcare, Inc. a hacerme la prueba de anticuerpos contra el VIH o tuberculosis cuando el médico o cualquier empleado están expuestos a fluidos corporales de una manera que puede transmitir el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o la infección de tuberculosis. En el caso de tal exposición, se considerará que usted ha dado su consentimiento para dicha prueba y que ha dado su consentimiento para la divulgación de los resultados de la prueba a la(s) persona(s) que pueda haber estado expuesta.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (Impreso): _____ Fecha: _____

Relación con el paciente si no puede firmar: _____



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por favor envíe los registros por fax a la atención: _____

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica individual como se describe a continuación. Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a recibir puede volver a divulgarse y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. (Nota: La Ley de Carolina del Sur prohíbe la redivulgación de registros de salud mental).

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Persona/Organización que divulga la información: _____

Persona/Organización que recibe la información (Marque todas las que correspondan):

- | | | |
|---|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Pee Dee Health Care 201 Cashua St Darlington, SC 29532 | Teléfono: (843) 393-7452 | Fax: (843) 393-6210 |
| <input type="checkbox"/> Genesis Healthcare Darlington 115 Exchange St Darlington, SC 29532 | Teléfono: (843) 393-9421 | Fax: (843) 968-3473 |
| <input type="checkbox"/> Olanta Family Care 211 S Jones Rd Olanta, SC 29114 | Teléfono: (843) 396-9730 | Fax: (843) 396-9735 |
| <input type="checkbox"/> Lamar Family Care 301 W Main St Lamar, SC 29069 | Teléfono: (843) 395-8400 | Fax: (843) 395-8401 |
| <input type="checkbox"/> Walterboro Family Care 457 Spruce St Walterboro, SC 29488 | Teléfono: (843) 781-7428 | Fax: (843) 781-7429 |
| <input type="checkbox"/> Genesis Healthcare Florence 1523 Heritage Ln Florence SC, 29505 | Teléfono: (843) 673-9992 | Fax: (843) 673-9996 |
| <input type="checkbox"/> Lowcountry Pediatrics 99 Bridgetown Rd, Goose Creek, SC 29445 | Teléfono: (843) 572-3300 | Fax: (833) 771-2207 |

Información para el período de tratamiento: Desde (Fecha): _____ Hasta (Fecha): _____

Notas de Oficina Notas de Hospital Informes de Laboratorio Consulta Pruebas de Radiología
 Informes de Pruebas Auxiliares Informes Otro (especifique) _____

Propósito(s): Seguro Investigación Legal Evaluación de la Discapacidad Atención Continuada

Otros: _____

Puedo solicitar que se me divulgue mi información para ejercer mi derecho de acceso y obtener una copia de mi PHI.

- A. Entiendo que la PHI puede incluir registros divulgados por proveedores de atención médica y centros que anteriormente me brindaron tratamiento.
- A. Entiendo que la PHI puede incluir información y registros protegidos por la Ley Federal (como el tratamiento del abuso de alcohol y drogas) y/o la Ley Estatal (como la salud mental, el SIDA o el VIH).
- B. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la PHI que ya haya sido utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización. Póngase en contacto con el Oficial de Cumplimiento para iniciar el proceso de revocación.
- C. Entiendo que mi tratamiento por Genesis Healthcare Inc. no está condicionado a si proporciono autorización para el uso solicitado o la divulgación de mi PHI.
- D. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por los estándares federales de privacidad.

He leído y entiendo esta Autorización. Certifico que soy el Paciente mencionado anteriormente o una persona autorizada para permitir la divulgación de registros en nombre del Paciente. Por la presente, libero a Genesis Healthcare, Inc. de cualquier responsabilidad o daño que surja en relación con o relacionado con el uso y / o divulgación de mi información médica protegida de conformidad con esta Autorización.

Nombre del paciente: imprima

Firma del paciente

Fecha

Representante autorizado

Relación del representante

Numero de teléfono