



Paquete anual de actualización para pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE										
Nombre				I.M.		Segro Social #				
Dirección										
Teléfono residencial			Teléfono celular			Fecha de nacimiento		Edad		
Correo electrónico:			¡Sí! Inscribirme para recibir actualizaciones por correo electrónico de Genesis.			Consentimiento para llamar		Yes	No	
						Consentimiento para enviar un mensaje de texto		Yes	No	
Por favor, marque todo lo que corresponda										
Género:		Masculino		Femenino						
Idioma del asegurado:		Inglés	Español	Chino	Francés	Alemán	Italiano	Lengua de Señas		
		Otro _____								
Estado civil:		Soltero(a)	Casado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)	Separado(a)	Compañero(a) de vida			
Raza:		Afroamericano/Negro	Blanco	Asiático	Americano Indio/Nativo de Alaska	Coreana	Vietnamita			
		Los isleños del Pacífico	Indio(a) asiático(a)	Chino(a)	Filipino(a)	Japones/japonesa	Samoano(a)			
		Guameña/Chamorro	Prefieren no revelar	Otro _____						
Origen Étnico:		Hispano(a)/Latino(a)	Mexicano(a)	Cubano(a)	Estado de veterano:		Sí	No	Declinar	
		Americano(a) mexicano(a)	Puertorriqueño(a)							
		Declinar	Otro _____							
Estatus de personas sin hogar:			Sí	No	Declinar	Estudiante:		Sí, tiempo completo	Sí, tiempo parcial	No
Vivienda pública:			Sí	No	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:		Sí	No		
Actualmente tratado por salud en el hogar/vistas a domicilio/hospicio					SÍ	NO				
Farmacia actual:										
Ciudad/Teléfono #:										
¿Tiene alguna preferencia de proveedor?			SÍ	NO		Proveedor solicitado:				
Contacto de emergencia (mayores de 19 años):										
Nombre: _____					Teléfono #: _____					
Relación: _____										
¿Cómo se enteró de Genesis Healthcare? Por favor, seleccione uno:					Referencia; Fuente de referencia: _____					
Paciente Actual		Redes Sociales		Anuncios		Artículo de periódico		Evento comunitario		
¿Está interesado en servir en la Junta Directiva de Genesis Healthcare?					SÍ	NO				



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):

Pee Dee Health Care 201 Cashua St Darlington, SC 29532	Teléfono: [843] 393-7452	Fax: [843] 393-6210
Genesis Healthcare Darlington 115 Exchange St Darlington, SC 29532	Teléfono: [843] 393-9421	Fax: [843] 968-3473
Olanta Family Care 211 S Jones Rd Olanta, SC 29114	Teléfono: [843] 396-9730	Fax: [843] 396-9735
Lamar Family Care 301 W Main St Lamar, SC 29069	Teléfono: [843] 395-8400	Fax: [843] 395-8401
Walterboro Family Care & Pediatrics 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488	Teléfono: [843] 781-7428	Fax: [843] 781-7429
Genesis Healthcare Florence OB/GYN 1523 Heritage Ln Florence SC, 29505	Teléfono: [843] 673-9992	Fax: [843] 968-3466
Genesis Healthcare Florence Family Med & Urology 1523 Heritage Ln Florence SC, 29505	Teléfono: [843] 673-0900	Fax: [843] 968-3479
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: _____

- O** 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.
 - B. 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).
 - C. 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.
 - D. 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.
 - E. 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 _____

Declaraciones del paciente (por favor ponga sus iniciales)

- _____ Si se aprueba mi solicitud, solicito que una farmacia de GHC surta todos mis medicamentos.
- _____ Tengo la libertad de surtir mis recetas en cualquier farmacia y voluntariamente elijo usar los servicios de Farmacia profesional y entiendo que puedo elegir medicamentos de marca como mi medicamento preferido, cuando estén disponibles. Esa conformidad con la ley de Carolina del Sur y solicito que mis recetas se surtan con medicamentos de marca cuando estén disponibles. Esta declaración y solicitud permanecerán en pleno vigor y efecto hasta que solicite.
- _____ Reconozco que tengo la libertad de elegir medicamentos de marca como mi medicamento preferido, cuando estén disponibles, de conformidad con la Ley de Carolina del Sur y solicito que mis recetas se surtan con medicamentos de marca cuando estén disponibles. Esta declaración y solicitud permanecerán en pleno vigor y efecto hasta que solicite
- _____ Reconozco que GHC puede obtener autorizaciones previas para medicamentos de marca según lo autorice en este documento;
- _____ Acepto y solicito que GHC procese todos los cupones del fabricante en mi nombre;
- _____ Autorizo a GHC a entregarme o enviarme por correo mis recetas en caso de que no pueda recogerlas; Acepto
- _____ Tomar todos los medicamentos según lo recetado y notificaré a GHC de inmediato en caso de que no pueda seguir las instrucciones de los medicamentos prescritos;
- _____ Que cualquier autor remisión a un proveedor que no pertenezca a GHC se agregue a mi expediente médico de GHC y al proveedor a mi equipo de atención de GHC, de modo que la responsabilidad de la atención siga siendo de GHC;
- _____ Certifico bajo pena de ley en base a información y creencias formadas después de una investigación razonable, que las declaraciones contenidas en este documento son precisas y completas; y
- _____ Participaré activamente en todos los programas prescritos por mis médicos, como administración de casos, administración de enfermedades, atención preventiva, programas de bienestar y otros programas y/o servicios similares.

Doy fe de que la información anterior proporcionada a GHC es verdadera y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a GHC sobre cualquier cambio en mis ingresos y que debo volver a solicitar este programa cada 12 meses, o antes si los ingresos de mi hogar familiar cambian.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____
Nombre del paciente (Impreso): _____ Fecha _____
Relación con el paciente si no puede firmar: _____