



## 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	Femenino a Masculino / Transgénero	Masculino a Femenino / Transgénero Femenino
Género no conforme / Ni masculino ni femenino Otro _____				
Orientación sexual:	Bisexual	Lesbiana/Gay/Homosexual	Heterosexual / Heterosexual Desconocido	
Más bien no revelar Otro _____				
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 Desconocido
Raza:	Afroamericano/Negro	Blanco	Asiático	Americano Indio/Nativo de Alaska Coreana Vietnamita
Los isleños del Pacífico Indio(a) asiático(a) Chino(a) Filipino(a) Japoneses/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		



## SEGURO PRIMARIO

Nombre del asegurado (si no es paciente): \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

## SEGURO SECUNDARIO

Nombre del asegurado (si no es paciente): \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

## 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, una 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 AUTORIZACIÓN

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):**

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 1523 Heritage Ln Florence SC, 29505	Teléfono: (843) 673-9992	Fax: (843) 673-9996
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 \_\_\_\_\_