

Solicitud para pacientes nuevos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|---|--|--|-----------------|--|
| Nombre | | I.M. | Seguro social # | |
| Dirección | | | | |
| Teléfono residencial | | Teléfono celular | | Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) |
| Edad | | | | |
| Correo electrónico: | | <input type="checkbox"/> ¿Sí! Inscribirme para recibir actualizaciones por correo electrónico de Genesis. | | Consentimiento para llamar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Consentimiento para enviar un mensaje de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Por favor, marque todo lo que corresponda | | | | |
| Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | | |
| 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 | | | | |
| 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 Estado agrícola: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Disminución | | |
| 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 | | | | |

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: |

PACIENTES DE MEDICARE: AUTORIZACION DE POR VIDA PARA PERMITIR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DE MEDICARE AL PROVEEDOR, LOS MÉDICOS Y EL PACIENTE

Certifico que la información que se me proporcionó al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración de Financiamiento de Atención Médica o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este reclamo de Medicare o uno relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios cubiertos de Medicare al médico. Como mi proveedor de atención médica, nombro a Genesis Healthcare, Inc1 para que actúe como mi representante en relación con cualquier reclamo o derecho afirmado bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y disposiciones relacionadas del Título XI de la Ley y autorizo a Genesis Healthcare, Inc a realizar cualquier reclamo. , presentar o obtener pruebas, obtener información sobre apelaciones y recibir notificaciones en relación con mi reclamo, apelación o queja. Además, autorizo a Genesis Healthcare, Inc a divulgar toda la información médica y de facturación a cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi tratamiento y a cualquier centro de atención médica involucrado directa o indirectamente en mi tratamiento para fines que incluyen, entre otros, facturación, cobro. , actividades de control de calidad o gestión de riesgos, o defensa de litigios o litigios anticipados y a cualquier compañía de seguros, organización de mantenimiento de la salud u otra entidad que sea directa o indirectamente responsable del pago o revisión de los servicios proporcionados por Genesis Healthcare, Inc.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____
 Nombre del paciente (versión impresa): _____
 Relación con el paciente si no puede firmar: _____
 Representante designado: Genesis Healthcare, Inc

ESTADO FINANCIERO

Entiendo y acepto que, independientemente de mi cobertura de seguro, soy en última instancia responsable del pago de cualquier cargo por los servicios profesionales prestados. Entiendo que seré responsable en última instancia de los honorarios de cobro y de los honorarios de los abogados en caso de que mi cuenta se coloque en una agencia de cobro debido a la falta de pago de mi cuenta. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si tengo seguro médico, Genesis Healthcare, Inc. presentará la solicitud en mi nombre, pero es mi responsabilidad ver que mi póliza de seguro médico pague los beneficios proporcionados bajo dicha póliza. Si hay un cambio en el estado de un miembro de mi familia, es mi responsabilidad brindar la información, por escrito, a Genesis Healthcare, Inc., ya que soy responsable de todos los cargos incurridos por los miembros de mi familia. Solicito que el pago por el servicio profesional prestado se realice directamente a Genesis Healthcare, Inc. Permito que se utilice una copia en lugar del original.

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

Génesis certifica que, como Representante Designado, la organización de atención médica no ha sido descalificada, suspendida o prohibida para ejercer ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) y no ha sido descalificada para actuar como representante de una de las partes. Génesis, como Representante Designado de los beneficiarios, renuncia al derecho de cobrar y cobrar una tarifa por representar al beneficiario ante el Secretario del HHS. Génesis, como Representante designado, también renuncia al derecho de cobrar al beneficiario los artículos o servicios en apelación si está en juego una determinación de responsabilidad en virtud del artículo 1879(a)(2) de la Ley.

SOLO PARA PACIENTES MENORES (0-18 años)

Madre (si la dirección y los números de teléfono son los mismos que los del paciente, indíquelos).

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Padre (si la dirección y los números de teléfono son los mismos que los del paciente, indíquelos).

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Enumere cualquier cuidador que autorice para obtener atención médica para su hijo en su ausencia:

| Nombre alternativo del cuidador | Relación con el menor | Número de teléfono |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Contacto de emergencia que no sea el cuidador: _____ **telefono:** _____

Relacion con menor: _____

Con mi permiso, por la presente autorizo a las personas mencionadas a dar su consentimiento para toda la atención médica y la atención que un proveedor de atención médica de Genesis Healthcare, Inc. considere necesaria y apropiada para este menor. Esto incluye, pero no se limita a servicios de emergencia, pruebas de laboratorio, procedimientos e inmunizaciones. Las personas incluidas en la lista tienen autoridad para discutir y cambiar citas, detalles financieros o de seguros e información clínica, incluidos laboratorios / pruebas.

Firma del padre/tutor legal: _____

Nombre del padre/tutor legal (versión impresa): _____

Haga una lista de todos los hermanos en esta práctica:

| Nombre completo | DOB | Edad |
|-----------------|-----|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INGESTA DE HISTORIA

historial médico

| Diagnóstico | Si | No | Diagnóstico | Si | No | Diagnóstico | Si | No |
|-----------------------------|----|----|------------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|
| Anemia | | | Sabor | | | Osteoporosis | | |
| Ansiedad | | | Acidez | | | Problemas de próstata | | |
| Artritis | | | Problemas cardíacos | | | Alergias estacionales | | |
| Asma | | | Hipertensión | | | Convulsiones | | |
| Enfermedad autoinmune | | | Colesterol alto | | | Problemas de piel | | |
| Problemas de espalda | | | Infecciones (HIV, TB, etc) | | | Problemas de sueño/Apnea | | |
| Problemas óseos | | | Problemas renales | | | Problemas estomacales/intestinales | | |
| Trastorno de la coagulación | | | Problemas pulmonares | | | Golpe | | |
| Demencia | | | Migrañas | | | Consumo de sustancias | | |
| Diabetes | | | Trastornos mentales | | | Enfermedad tiroidea | | |
| Fibromialgia | | | Enfermedad nerviosa/muscular | | | Otro: | | |

historial quirúrgico

| Todas las cirugías: | Fecha de la cirugía: | Instalación de Cirugía: |
|---------------------|----------------------|-------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |

historial de medicación

| Enumera todos los medicamentos (incluyendo vitaminas y hierbas): | Dosis y frecuencia: |
|--|---------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |
| 11. | |
| 12. | |

historia de alergias

| Lista de todas las alergias (Medicamentos, comida, colorantes, materiales): | Reacción: |
|---|-----------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

Lista de todos los proveedores que has consultado en los últimos 2 años

| Proveedor: | Última cita vista: |
|------------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

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/ 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: _____

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Proporcionar al médico y a su personal información completa y precisa sobre su salud, incluidas las alergias o sensibilidades.
- Proporcionar a su médico una lista actualizada de sus medicamentos, cualquier producto de venta libre y / o suplementos dietéticos.
- Proporcionar información precisa y completa sobre quejas actuales, hospitalizaciones y enfermedades pasadas.
- Proporcionar al médico y a su personal cualquier cambio en su condición médica.
- Seguir el plan de tratamiento prescrito por su médico.
- Asistir a sus citas con su médico y notificar al médico cuando no pueda hacerlo.
- Proporcionar un adulto responsable para transportarlo a casa desde la instalación y permanecer con usted durante 24 horas después de un procedimiento si su médico lo requiere.
- Informar a su médico si tiene un testamento vital, una directiva anticipada o un poder notarial médico que podría afectar su atención.
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y personal de la clínica.
- Aceptar la responsabilidad financiera personal por cualquier cargo no cubierto por su seguro.
- Personalmente elija rechazar el tratamiento, pero comprenda que usted es responsable de sus decisiones si no acepta el tratamiento o no sigue las instrucciones de su médico.
- Cambiar de médico si lo determina necesario o solicitar una segunda opinión.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigor el 14/04/2003 y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y pondremos el nuevo aviso a disposición previa solicitud.

QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de nuestro centro y los participantes enumerados a continuación en nuestro acuerdo de atención médica organizada. Como tal, podemos compartir su información médica entre nosotros según sea necesario para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica relacionadas con nuestro acuerdo organizado de atención médica.

Este aviso no implica ninguna empresa conjunta o cualquier otra asociación especial o relación legal entre la instalación y su personal médico. Este aviso es una herramienta administrativa permitida por la ley federal que permite que el centro y el personal médico le informen sobre prácticas comunes de privacidad.

Junto con la instalación, los siguientes participan en nuestro acuerdo organizado de atención médica:

- Miembros de nuestro personal médico y sus empleados o fuerza laboral que brindan servicios o apoyo al médico en la instalación.
- Nuestros médicos empleados y su personal de oficina.

USOS Y DIVULGACIONES DE CIERTOS TIPOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Para ciertos tipos de información médica, es posible que debamos proteger su privacidad de maneras más estrictas de las que hemos discutido en este aviso. Debemos cumplir con las siguientes reglas para nuestro uso o divulgación de ciertos tipos de su información médica con fines de uso o divulgación de su información médica:

Información sobre enfermedades de transmisión sexual: No podemos divulgar información sobre el VIH a menos que lo exija la ley, de conformidad con una autorización o la divulgación sea para usted o su representante personal; o, al personal médico en la medida necesaria para proteger la salud o la vida de cualquier persona. Código SC Ann. 44-29-135(d)

Información genética: Solo podemos divulgar su información genética para los siguientes propósitos: según sea necesario para el propósito de una investigación criminal o de muerte, o un procedimiento o investigación penal o judicial, o una revisión de fatalidad infantil; de conformidad con una orden judicial; a la policía o agencia gubernamental con el fin de identificar a una persona en circunstancias apropiadas o un cadáver; o a otras personas según lo exija la ley. Código SC Ann. Sec 38-93-40

Información sobre el abuso de alcohol y drogas: No podemos divulgar su información médica que contenga información sobre el abuso de alcohol y drogas, excepto a usted, su representante personal o de conformidad con una autorización o según lo permita la ley. Código SC Ann. 44-22-100

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica dentro de nuestras clínicas para brindarle tratamiento. Podemos usar o divulgar información médica a especialistas u otros proveedores de atención médica a quienes haya sido referido.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le brindamos. Podemos divulgar su información médica a otro proveedor o entidad de atención médica sujeto a las Reglas de privacidad federales y estatales para que puedan obtener el pago.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Estos usos son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.

Algunos ejemplos son:

- Revisión de nuestro tratamiento o servicios para evaluar el desempeño de nuestro personal que brinda su atención.
- Enviarle una encuesta de satisfacción.
- Revisión de la información sobre muchos de nuestros pacientes para determinar si se deben agregar servicios adicionales o si tal vez ya no son necesarios.
- Se puede dar información a nuestros médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y atención médica, y otro personal para ser utilizado con fines educativos y de aprendizaje.
- Podemos eliminar la información que lo identifica de la información médica para que otros puedan usarla para estudios en la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes; y
- Podemos divulgar su información médica a otro proveedor que tenga una relación con usted y esté sujeto a las mismas reglas de privacidad, para sus fines de operación de atención médica.

En su autorización: Puede darnos autorización por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitida por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este aviso.

Recordatorios de citas: Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el centro.

A su familia y amigos: Con su permiso, podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica. Si no está presente, o en caso de su incapacidad o una emergencia, divulgaremos su información médica en función de nuestro juicio profesional de si la divulgación sería lo mejor para usted. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información médica.

Por ley o circunstancias especiales: Podemos usar o divulgar su información médica según lo autorice la ley para los siguientes fines que se consideren de interés o beneficio público:

- Según lo exija la ley.
- Para actividades de salud pública, incluidos informes de enfermedades y estadísticas vitales, informes de abuso infantil, supervisión de la FDA y a los empleadores con respecto a enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- Para denunciar el abuso, la negligencia o la violencia doméstica de adultos.
- A las agencias de supervisión de la salud.
- En respuesta a órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales.
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley después de recibir citaciones y otros procesos legales, relacionados con víctimas de delitos, muertes sospechosas, delitos en nuestras instalaciones, denuncia de delitos en emergencias y con el fin de identificar o localizar a un sospechoso u otra persona.
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.
- A organizaciones de obtención de órganos.
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- En relación con determinadas actividades de investigación.
- A los militares y a los funcionarios federales por actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional.
- A las instituciones correccionales relativas a los reclusos.

Beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted con información sobre beneficios y servicios relacionados con la salud o sobre alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. Podemos divulgar su información médica a un socio comercial para que nos ayude en estas actividades. Podemos usar o divulgar su información médica para alentarle a comprar o usar un producto o servicio mediante comunicación cara a cara o para proporcionarle regalos promocionales.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho a ver u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este aviso. Según lo permitido por la ley de Carolina del Sur, si solicita copias, le cobraremos una tarifa por copia y franqueo si desea que se le envíen las copias por correo. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas. Código SC Ann. Sección 44-115-80

Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en circunstancias muy limitadas según lo permita la ley. Si se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por el centro revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

Contabilidad de divulgación: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, según lo autorizado por usted, y para ciertas otras actividades, desde el 14 de abril de 2003. Debe hacer una solicitud por escrito para solicitar una lista de divulgaciones. Puede obtener un formulario para solicitar la contabilidad utilizando la información de contacto al final de este aviso. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por responder a estas solicitudes adicionales. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Restricción: Tiene derecho a solicitar que impongamos ciertas restricciones a nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia). Cualquier acuerdo con restricciones adicionales debe hacerse por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su información médica utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso. No estaremos sujetos a las restricciones a menos que nuestro acuerdo esté firmado por usted y el representante de la instalación correspondiente.

Comunicación confidencial: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o a ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Debe hacer su solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar comunicaciones alternativas utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso. Debemos satisfacer su solicitud si es razonable, especifica los medios alternativos o la ubicación, y proporciona una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que solicite.

Enmienda: Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Puede obtener un formulario para solicitar una modificación utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información, desea que se modifique y la persona que proporcionó la información permanece disponible o por ciertas otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se adjuntará a la información que desea modificar. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, de la enmienda e incluir los cambios en cualquier divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico: Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, tiene derecho a recibir este aviso por escrito. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtener este aviso por escrito.

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con Genesis Healthcare Inc. utilizando la información que figura al final de este aviso.

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que realizó para modificar o restringir el uso o la divulgación de su información médica o para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, Puede notificarnos sus inquietudes utilizando la información de contacto que figura al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si lo solicita. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto: CUMPLIMIENTO

Teléfono: 843-393-7452

Dirección: 201 Cashua Street, Darlington, SC 29532

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de GHC y acepto los términos relacionados con el uso y la divulgación de información médica.

Firma del representante autorizado del paciente/paciente: _____

Nombre del paciente (impreso): _____

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

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro Oficial de cumplimiento al: (843) 393-7452

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):

| Ubicación/Departamento | Dirección | Teléfono | Fax |
|--|--|--------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Pee Dee Health Care | 201 Cashua St. Darlington, SC 29532 | 843.393.7452 | 843.393.6210 |
| <input type="checkbox"/> Genesis Healthcare, Darlington (Behavioral Health) | 115 Exchange St. Darlington, SC 29532 | 843.393.9421 | 843.968.3473 |
| <input type="checkbox"/> Olanta Family Care | 211 S Jones Rd Olanta, SC 29114 | 843.396.9730 | 843.396.9735 |
| <input type="checkbox"/> Lamar Family Care | 301 W Main St. Lamar, SC 29069 | 843.395.8400 | 843.395.8401 |
| <input type="checkbox"/> Genesis Healthcare Florence OB/GYN | 1523 Heritage Ln. Florence, SC 29505 | 843.673.9992 | 843.968.3466 |
| <input type="checkbox"/> Genesis Healthcare Florence Family Medicine and Urology | 1523 Heritage Ln. Florence, SC 29505 | 843.673.0900 | 843.968.3479 |
| <input type="checkbox"/> Lowcountry Pediatrics | 99 Bridgetown Rd. Goose Creek, SC 29445 | 843.572.3300 | 833.771.2207 |
| <input type="checkbox"/> Walterboro Family Care & Pediatrics | 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488 | 843.781.7428 | 843.781.7429 |
| <input type="checkbox"/> Walterboro Family Care & Pediatrics Dental | 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488 | 843.584.4311 | 843.584.4312 |
| <input type="checkbox"/> Walterboro Family Care Endocrinology | 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488 | 843.538.8585 | 843.538.4777 |

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.
- 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

Acuerdo/Reconocimiento de Autocertificación Financiera del Paciente

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: _____