

Genesis Healthcare, Inc.

Pacote de Atualização Anual do Paciente

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Sobrenome	Primeiro Nome	Inicial do Nome do Meio	Número do Seguro Social
Endereço			
Telefone Residencial	Celular	Data de Nascimento (MM/DD/AAAA)	Idade
E-mail	☐ Sim! Desejo receber atualizações por e-mail da Genesis.	Consentimento p/ Ligação: ☐ Sim ☐ Não	Consentimento p/ SMS: ☐ Sim ☐ Não

Marque Todas as Opções Aplicáveis

☐ Masculino ☐ Feminino

Idioma do Segurado:

☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Chinês ☐ Francês ☐ Alemão ☐ Italiano ☐ Língua de Sinais ☐ Outro _____

Estado Civil:

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ☐ União Estável

Raça:

☐ Afro-americano/Negro ☐ Branco ☐ Asiático ☐ Indígena Americano/Nativo do Alasca ☐ Coreano

☐ Ilhéu do Pacífico ☐ Indiano Asiático ☐ Chinês ☐ Filipino ☐ Japonês ☐ Vietnamita

☐ Samoano ☐ Guamês ou Chamorro ☐ Prefiro Não Responder ☐ Outro _____

Etnia:

☐ Hispânico/Latino ☐ Não Hispânico/Latino ☐ Mexicano ☐ Cubano

☐ Mexicano-Americano ☐ Porto-riquenho ☐ Outro _____ ☐ Prefiro Não Responder

Status de Veterano:

☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro Não Declarar

Status Agrícola:

☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro Não Declarar

Status de Pessoa em Situação de Rua:

☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro Não Declarar

Moradia Pública:

☐ Sim ☐ Não ☐ Prefiro Não Declarar

Estudante:

☐ Sim, Período Integral ☐ Sim, Meio Período ☐ Não

Se sim, informe o nome da escola: _____

Médico de Cuidados Primários Atual	Data da última consulta com o profissional atual
------------------------------------	--

Cidade/Estado/Telefone: _____ Deseja trocar de profissional atual? ☐ SIM ☐ NÃO

Atualmente em tratamento por Home Health/Atendimento Domiciliar SC/Hospice? ☐ SIM ☐ NÃO

Farmácia Atual

Cidade/Nº de Telefone

Você tem preferência de profissional? ☐ SIM ☐ NÃO Profissional Solicitado: _____

Contato de Emergência (19 anos ou mais)

Nome: _____ Nº de Telefone: _____

Parentesco: _____

Como você ficou sabendo da Genesis Healthcare? Selecione uma opção: ☐ Indicação; Fonte da Indicação: _____

☐ Paciente Atual ☐ Anúncio em Rede Social ☐ Artigo de Jornal ☐ Evento Comunitário

Você tem interesse em atuar no Conselho de Administração da Genesis Healthcare? ☐ SIM ☐ NÃO

SEGURO ODONTOLÓGICO PRIMÁRIO

Nome do Segurado (se diferente do paciente)		Seguradora
Endereço		
Número do Seguro Social	Data de Nascimento	Empregador

SEGURO ODONTOLÓGICO SECUNDÁRIO

Nome do Segurado (se diferente do paciente)		Seguradora
Endereço		
Número do Seguro Social	Data de Nascimento	Empregador

RECONHECIMENTO SOBRE NARCÓTICOS

Eu (Nome em letra de forma) _____ reconheço que me foi explicado que a Genesis Healthcare, Inc. não oferece tratamento de dor crônica com narcóticos. Isso inclui o uso de medicamentos narcóticos, bem como outras substâncias controladas suplementares. Entendo e concordo que serei encaminhado(a) a outra clínica para tratamento da dor pelo médico dessa instituição.

Assinatura do Paciente/Representante Autorizado

Data

Parentesco com o paciente, caso o paciente não possa assinar: _____

MENSAGENS DE SECRETÁRIA ELETRÔNICA/CORREIO DE VOZ

Pode haver momentos em que nosso consultório não consiga entrar em contato com você por telefone. Com sua permissão, gostaríamos de poder deixar mensagens em sua secretária eletrônica residencial ou caixa de correio de voz do celular. Para cumprir com os padrões legais rigorosos, uma autorização por escrito nos permitirá deixar mensagens em sua secretária eletrônica. Ao assinar abaixo, você nos autoriza a deixar mensagens na secretária eletrônica do número de telefone informado em seu cadastro.

Assinatura do Paciente/Representante Autorizado

Nome do Paciente (letra de forma)

Data

Parentesco com o paciente, caso não possa assinar: _____

AUTORIZAÇÃO HIPAA PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Alguns pacientes preferem que outras pessoas, especialmente familiares, tenham acesso às suas informações médicas. Para cumprir com os padrões legais rigorosos, é necessária uma autorização por escrito para permitir que outra pessoa tenha acesso ao seu prontuário médico. Esta autorização concede permissão à(s) pessoa(s) listada(s) abaixo para: marcar ou confirmar consultas, ter acesso a resultados de radiografias e exames laboratoriais, retirar amostras de medicamentos, ser informada sobre seu diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento, e servir como seu contato de emergência. Esta permissão se aplica a mensagens por telefone e secretária eletrônica, bem como a outros meios de comunicação.

Assinatura do Paciente

Data

Nome do Paciente (letra de forma): _____

1. Pessoa Designada: _____

Telefone: _____ Parentesco: _____

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO E AUTORIZAÇÃO

Eu, abaixo assinado(a), por meio deste autorizo e consinto com exames médicos, radiografias, exames de sangue, procedimentos laboratoriais, imunizações, injeções terapêuticas, procedimentos invasivos ou cirúrgicos e outros serviços médicos apropriados sob a supervisão geral ou específica de qualquer membro da equipe médica da Genesis Healthcare, Inc. para o paciente nomeado neste formulário.

Fica entendido que esta autorização é concedida antes da necessidade de qualquer diagnóstico, tratamento ou cuidado específico, mas é dada para conceder autoridade e poder aos profissionais da Genesis Healthcare, Inc. para prestar cuidados no exercício de seu melhor julgamento profissional que considerarem aconselháveis. Entendo que a lei estadual exige que os médicos notifiquem certas doenças transmissíveis ao Departamento de Saúde. SC Code Ann. Sec 44-29-10. Regulamento 61-20.

Concordo que, caso eu deixe o consultório médico contrariando a orientação de meu(s) médico(s) da Genesis Healthcare, Inc. e sua equipe, eles ficam isentos de responsabilidade por quaisquer lesões ou danos que possam resultar dessa decisão. Autorizo um médico da Genesis Healthcare, Inc. a me testar para anticorpos de HIV ou tuberculose quando o médico ou qualquer funcionário for exposto a fluidos corporais de maneira que possa transmitir o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou infecção por tuberculose. Em caso de tal exposição, você será considerado(a) como tendo consentido com tal exame, bem como com a divulgação dos resultados às pessoas que possam ter sido expostas.

Assinatura do Paciente/Representante Autorizado *Nome do Paciente (letra de forma)*

Data

Parentesco com o paciente, caso não possa assinar: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Enviar registros por fax para (nome do destinatário): _____

Autorizo o uso e a divulgação de minhas informações de saúde individuais conforme descrito abaixo. Entendo que as informações que autorizo uma pessoa ou entidade a receber podem ser redivulgadas e deixar de estar protegidas pelas regulamentações federais de privacidade. (Nota: a lei da Carolina do Sul proíbe a redivulgação de registros de saúde mental).

Nome do Paciente: _____ Data da Solicitação: _____

Data de Nascimento: _____ Número do Seguro Social: _____ Nº do Prontuário: _____

Pessoa/Organização que divulga as informações: _____

Pessoa/Organização que receberá as informações (marque todas as aplicáveis):

☐ Pee Dee Health Care — 201 Cashua St. Darlington, SC 29532 | Tel: 843.393.7452 | Fax: 843.393.6210

☐ Genesis Healthcare, Darlington (Saúde Comportamental) — 115 Exchange St. Darlington, SC 29532 | Tel: 843.393.9421 | Fax: 843.968.3473

☐ Olanta Family Care — 211 S Jones Rd Olanta, SC 29114 | Tel: 843.396.9730 | Fax: 843.396.9735

☐ Lamar Family Care — 301 W Main St. Lamar, SC 29069 | Tel: 843.395.8400 | Fax: 843.395.8401

☐ Genesis Healthcare Florence OB/GYN — 1523 Heritage Ln. Florence, SC 29505 | Tel: 843.673.9992 | Fax: 843.968.3466

☐ Genesis Healthcare Florence Family Medicine and Urology — 1523 Heritage Ln. Florence, SC 29505 | Tel: 843.673.0900 | Fax: 843.968.3479

☐ Lowcountry Pediatrics — 99 Bridgetown Rd. Goose Creek, SC 29445 | Tel: 843.572.3300 | Fax: 833.771.2207

☐ Walterboro Family Care & Pediatrics — 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488 | Tel: 843.781.7428 | Fax: 843.781.7429

☐ Walterboro Family Care & Pediatrics Dental — 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488 | Tel: 843.584.4311 | Fax: 843.584.4312

☐ Walterboro Family Care Endocrinology — 830 Robertson Blvd. Walterboro, SC 29488 | Tel: 843.538.8585 | Fax: 843.538.4777

Informações referentes ao período de tratamento: De (Data): _____ Até (Data): _____

☐ Anotações de Consultório ☐ Anotações Hospitalares ☐ Exame Laboratorial ☐ Consultas ☐ Laudos Radiológicos ☐ Laudos de Exames Complementares ☐ Outro (especifique) _____

Finalidade(s):

☐ Seguro ☐ Investigação Legal ☐ Avaliação de Incapacidade ☐ Continuidade do Cuidado ☐ Outro: _____

OU ☐ Posso solicitar que minhas informações sejam divulgadas a mim mesmo(a), para exercer meu direito de acesso e obter uma cópia das minhas PHI (Informações de Saúde Protegidas).

A. Entendo que as PHI podem incluir registros divulgados por profissionais e instituições de saúde que já me atenderam anteriormente.

B. Entendo que as PHI podem incluir informações e registros protegidos pela lei federal (como tratamento de abuso de álcool e drogas) e/ou pela lei estadual (como saúde mental, AIDS ou HIV).

C. Entendo que posso revogar esta Autorização a qualquer momento. No entanto, a revogação não se aplicará às PHI que já tenham sido usadas ou divulgadas conforme esta autorização. Entre em contato com o Diretor de Conformidade para iniciar o processo de revogação.

D. Entendo que meu tratamento pela Genesis Healthcare Inc. não está condicionado à concessão desta autorização para o uso ou divulgação solicitados das minhas PHI.

E. Entendo que as informações usadas ou divulgadas conforme esta Autorização podem estar sujeitas à redivulgação pelo destinatário e podem deixar de estar protegidas pelos padrões federais de privacidade.

Li e compreendi esta Autorização. Certifico que sou o(a) Paciente listado(a) acima ou uma pessoa autorizada a permitir a divulgação de registros em nome do Paciente. Por meio deste, isento a Genesis Healthcare, Inc. de qualquer responsabilidade ou dano decorrente do uso e/ou divulgação de minhas informações de saúde protegidas, conforme esta Autorização.

Nome do Paciente – Letra de Forma

Assinatura do Paciente

Data

Representante Autorizado

Parentesco com o Paciente

Número de Telefone

ACORDO/RECONHECIMENTO DE AUTODECLARAÇÃO FINANCEIRA DO PACIENTE

Declarações do Paciente (rubrique cada item)

____ Se minha solicitação for aprovada, solicito que todos os meus medicamentos sejam aviados por uma farmácia da GHC.

____ Tenho a liberdade de aviar minhas receitas em qualquer farmácia e escolho voluntariamente utilizar os serviços da Professional Pharmacy, entendendo que posso escolher outra farmácia a qualquer momento, mediante notificação por escrito à GHC.

____ Reconheço que tenho a liberdade de escolha para solicitar medicamentos de marca como minha preferência, quando disponíveis, conforme a lei da Carolina do Sul, e solicito que minhas receitas sejam aviadas com medicamentos de marca quando disponíveis. Esta declaração e solicitação permanecem em pleno vigor até que eu solicite o contrário, por escrito.

____ Reconheço que a GHC pode obter Autorizações Prévias para medicamentos de marca, conforme autorizado por mim neste documento.

____ Concordo e solicito que a GHC processe todos os cupons de fabricantes em meu nome.

____ Autorizo a GHC a entregar ou enviar pelo correio minhas receitas, caso eu não possa retirá-las pessoalmente;

____ Concordo em tomar todos os medicamentos conforme prescrito e notificarei a GHC imediatamente caso não consiga seguir as instruções da medicação prescrita.

____ Que qualquer encaminhamento por conta própria a um profissional fora da GHC seja adicionado ao meu prontuário da GHC e o profissional à minha equipe de cuidados da GHC, para que a responsabilidade pelo cuidado permaneça com a GHC.

____ Participarei ativamente de quaisquer programas prescritos por meus médicos, como Gestão de Casos, Gestão de Doenças, Cuidados Preventivos, programas de bem-estar e outros programas e/ou serviços semelhantes; e

____ Certifico, sob pena de lei, com base em informações e convicções formadas após investigação razoável, que as declarações contidas neste documento são precisas e completas.

Atesto que as informações acima fornecidas à GHC são verdadeiras e precisas.

Assinatura do Paciente/Representante Autorizado Nome do Paciente (letra de forma)

Data

Parentesco com o paciente, caso não possa assinar: _____