

Genesis Healthcare, Inc.

Formulário de Novo 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

PACIENTES DO MEDICARE – AUTORIZAÇÃO VITALÍCIA PARA PERMITIR O PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS DO MEDICARE AO PRESTADOR, MÉDICOS E PACIENTE

Certifico que as informações fornecidas na solicitação de pagamento nos termos do Título XVIII da Lei de Seguridade Social estão corretas. Autorizo qualquer detentor de informações médicas ou outras sobre mim a divulgá-las à Administração de Financiamento de Cuidados de Saúde, ou a seus intermediários ou seguradoras, quaisquer informações necessárias para esta ou outra solicitação relacionada ao Medicare. Solicito que o pagamento dos benefícios autorizados seja feito em meu nome. Cedo ao médico os benefícios pagáveis pelos serviços cobertos pelo Medicare. Como meu prestador de cuidados de saúde, nomeio a Genesis Healthcare, Inc. para atuar como minha representante em relação a qualquer reivindicação ou direito invocado nos termos do Título XVIII da Lei de Seguridade Social e disposições relacionadas do Título XI da Lei, e autorizo a Genesis Healthcare, Inc. a apresentar reivindicações, apresentar ou solicitar provas, obter informações de recursos e receber notificações relacionadas à minha reivindicação, recurso ou reclamação. Além disso, autorizo a Genesis Healthcare, Inc. a divulgar todas as informações médicas e de faturamento a qualquer prestador de cuidados de saúde envolvido em meu tratamento e a qualquer instituição de saúde direta ou indiretamente envolvida em meu tratamento, para fins que incluem, entre outros, faturamento, cobrança, atividades de garantia de qualidade ou gestão de riscos, ou defesa em litígios atuais ou previstos, e a qualquer seguradora, organização de manutenção de saúde ou outra entidade direta ou indiretamente responsável pelo pagamento ou revisão dos serviços prestados pela Genesis Healthcare, Inc.

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

Data

Parentesco com o paciente, caso não possa assinar: _____

Representante Nomeado: Genesis Healthcare, Inc.

DECLARAÇÃO FINANCEIRA

Entendo e concordo que, independentemente da minha cobertura de seguro, sou o(a) responsável final pelo pagamento de quaisquer cobranças referentes aos serviços profissionais prestados. Entendo que serei o(a) responsável final por taxas de cobrança e quaisquer honorários advocatícios, caso minha conta seja encaminhada a uma agência de cobrança por falta de pagamento. Certifico que as informações fornecidas são verdadeiras e corretas, até onde tenho conhecimento. Caso eu possua seguro saúde, a Genesis Healthcare, Inc. fará a cobrança em meu nome, mas é minha responsabilidade garantir que minha apólice de seguro saúde pague os benefícios previstos. Caso haja alteração no status de membros da família, é minha responsabilidade informar isso por escrito à Genesis Healthcare, Inc., pois sou responsável por todas as cobranças referentes aos meus familiares. Solicito que o pagamento pelos serviços profissionais prestados seja feito diretamente à Genesis Healthcare, Inc. Permitto que uma cópia seja usada no lugar do original.

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

Data

Parentesco com o paciente, caso não possa assinar: _____

A Genesis certifica que, como Representante Nomeada, a organização de saúde não foi desqualificada, suspensa ou proibida de atuar perante o Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) e não foi desqualificada de atuar como representante de uma das partes. A Genesis, como Representante Nomeada dos beneficiários, renuncia ao direito de cobrar honorários por representar o beneficiário perante o Secretário do HHS. A Genesis, como Representante Nomeada,

também renuncia ao direito de cobrar pagamento do beneficiário por itens ou serviços em recurso, caso haja questão de determinação de responsabilidade nos termos do §1879(a)(2) da Lei.

APENAS PACIENTES MENORES DE IDADE (0-18 anos)

Mãe (se o endereço e os números de telefone forem os mesmos do paciente, indique “mesmo”).

Nome Completo: _____ Telefone: _____

Endereço Residencial: _____

Empregador: _____ Telefone: _____

Pai (se o endereço e os números de telefone forem os mesmos do paciente, indique “mesmo”).

Nome Completo: _____ Telefone: _____

Endereço Residencial: _____

Empregador: _____ Telefone: _____

Liste os cuidadores que você autoriza a obter atendimento médico para seu(sua) filho(a) em sua ausência:

Nome do Cuidador Alternativo	Parentesco com o Menor	Número de Telefone
------------------------------	------------------------	--------------------

Contato de Emergência (além do cuidador): _____ Telefone: _____

Parentesco com o Menor: _____

Com minha permissão, autorizo por meio deste as pessoas acima a consentir com todos os cuidados e atenção médica considerados necessários e apropriados por um profissional de saúde da Genesis Healthcare, Inc. para este menor. Isso inclui, entre outros, serviços de emergência, exames laboratoriais, procedimentos e imunizações. As pessoas listadas têm autoridade para discutir e alterar consultas, detalhes financeiros ou de seguro, e informações clínicas, incluindo exames laboratoriais.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável Legal

Nome do Pai/Mãe/Responsável Legal (letra de
forma)

Data

Liste todos os irmãos atendidos nesta clínica:

Nome Completo	Data de Nascimento	Idade
---------------	--------------------	-------

HISTÓRICO DE SAÚDE (ANAMNESE)

Histórico Médico

Anemia ☐Sim ☐Não Gota ☐Sim ☐Não Osteoporose ☐Sim ☐Não
Ansiedade ☐Sim ☐Não Azia ☐Sim ☐Não Problemas de próstata ☐Sim ☐Não
Artrite ☐Sim ☐Não Problemas cardíacos ☐Sim ☐Não Alergias sazonais ☐Sim ☐Não
Asma ☐Sim ☐Não Pressão alta ☐Sim ☐Não Convulsões ☐Sim ☐Não
Doença autoimune ☐Sim ☐Não Colesterol alto ☐Sim ☐Não Problemas de pele ☐Sim ☐Não
Problemas nas costas ☐Sim ☐Não Infecções (HIV, tuberculose, etc.) ☐Sim ☐Não Problemas de sono/Apneia ☐Sim ☐Não
Problemas ósseos ☐Sim ☐Não Problemas renais ☐Sim ☐Não Problemas de estômago/intestino ☐Sim ☐Não
Distúrbio de coagulação ☐Sim ☐Não Problemas pulmonares ☐Sim ☐Não AVC (Derrame) ☐Sim ☐Não
Demência ☐Sim ☐Não Enxaquecas ☐Sim ☐Não Uso de substâncias ☐Sim ☐Não
Diabetes ☐Sim ☐Não Transtornos mentais ☐Sim ☐Não Doença de tireoide ☐Sim ☐Não
Fibromialgia ☐Sim ☐Não Doença neuromuscular ☐Sim ☐Não Outro: ☐Sim ☐Não

Histórico Cirúrgico

Todas as Cirurgias / Data da Cirurgia / Local da Cirurgia:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Histórico de Medicamentos

Liste todos os medicamentos (incluindo vitaminas, ervas, medicamentos sem receita) e Dose e Frequência:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.

Histórico de Alergias

Liste todas as alergias (medicamentos, alimentos, corantes, materiais) e Reação:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Profissionais consultados nos últimos 2 anos

Profissional	Última data de atendimento
--------------	----------------------------

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: _____

RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

- Fornecer ao médico e sua equipe informações completas e precisas sobre sua saúde, incluindo quaisquer alergias ou sensibilidades.
- Fornecer ao seu médico uma lista atualizada de seus medicamentos, produtos sem receita e/ou suplementos alimentares.
- Fornecer informações precisas e completas sobre queixas atuais, internações e doenças anteriores.
- Informar o médico e sua equipe sobre quaisquer mudanças em sua condição médica.
- Seguir o plano de tratamento prescrito pelo seu médico.
- Comparecer às consultas marcadas e notificar o médico quando não puder comparecer.
- Providenciar um adulto responsável para levá-lo(a) para casa após o atendimento e permanecer com você por 24 horas após um procedimento, se exigido pelo seu médico.
- Informar seu médico caso possua testamento vital, diretiva antecipada ou procuração médica que possam afetar seu atendimento.
- Respeitar os direitos de outros pacientes e da equipe da clínica.
- Assumir responsabilidade financeira pessoal por quaisquer cobranças não cobertas pelo seu seguro.
- Optar pessoalmente por recusar o tratamento, entendendo que você é responsável por suas decisões caso não aceite o tratamento ou não siga as instruções do seu médico.
- Trocar de médico, caso considere necessário, ou solicitar uma segunda opinião.

NOSSE DEVER LEGAL

Somos obrigados, pela legislação federal e estadual aplicável, a manter a privacidade de suas informações médicas. Também somos obrigados a fornecer este aviso sobre nossas práticas de privacidade, nossos deveres legais e seus direitos em relação às suas informações médicas. Devemos seguir as práticas de privacidade descritas neste aviso enquanto ele estiver em vigor. Este aviso entra em vigor em 14/04/2003 e permanecerá válido até que seja substituído. Reservamo-nos o direito de alterar nossas práticas de privacidade e os termos deste aviso a qualquer momento, desde que tais alterações sejam permitidas pela lei aplicável. Reservamo-nos o direito de tornar as alterações em nossas práticas de privacidade e os novos termos deste aviso válidos para todas as informações médicas que mantemos, incluindo informações médicas criadas ou recebidas antes das alterações. Antes de fazer uma alteração significativa em nossas práticas de privacidade, alteraremos este aviso e disponibilizaremos o novo aviso mediante solicitação.

QUEM SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este aviso descreve as práticas de nossa instituição e dos participantes listados abaixo em nosso arranjo organizado de cuidados de saúde. Dessa forma, podemos compartilhar suas informações médicas entre nós, conforme necessário, para fins de tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde relacionadas a esses arranjos.

Este aviso não implica em nenhuma joint venture ou qualquer outra associação especial ou relação jurídica entre a instituição e sua equipe médica. Este aviso é uma ferramenta administrativa permitida pela lei federal, que permite à instituição e à equipe médica informá-lo(a) sobre práticas comuns de privacidade.

Além da instituição, participam do nosso arranjo organizado de cuidados de saúde:

- Membros de nossa equipe médica e seus funcionários ou colaboradores que prestam serviços ou apoio ao médico na instituição.
- Nossos médicos contratados e a equipe de seus consultórios.

USOS E DIVULGAÇÕES DE CERTOS TIPOS DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Para determinados tipos de informações médicas, podemos ser obrigados a proteger sua privacidade de forma mais rigorosa do que a discutida neste aviso. Devemos seguir as seguintes regras para o uso ou divulgação de determinados tipos de suas informações médicas:

Informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: Não podemos divulgar informações sobre HIV, a menos que exigido por lei, mediante autorização, ou quando a divulgação for para você ou seu representante pessoal; ou para a equipe médica, na medida necessária para proteger a saúde ou a vida de qualquer pessoa. SC Code Ann. 44-29-135(d)

Informações Genéticas: Somente podemos divulgar suas informações genéticas para as seguintes finalidades: conforme necessário para fins de investigação criminal ou de óbito, processo criminal ou judicial ou inquérito, ou revisão de morte infantil; por ordem judicial; a agências de aplicação da lei ou órgãos governamentais para fins de identificação de uma pessoa em circunstâncias apropriadas ou de um corpo; ou a outras pessoas conforme exigido por lei. SC Code Ann. Sec 38-93-40

Informações sobre Abuso de Álcool e Drogas: Não podemos divulgar suas informações médicas que contenham dados sobre abuso de álcool e drogas, exceto para você, seu representante pessoal, mediante autorização, ou conforme permitido de outra forma por lei. SC Code Ann. 44-22-100

Usamos e divulgamos suas informações médicas para fins de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde. Por exemplo:

Tratamento: Podemos usar ou divulgar suas informações médicas a um médico ou outro profissional de saúde de nossas clínicas para lhe fornecer tratamento. Podemos usar ou divulgar informações médicas a especialistas ou outros profissionais de saúde para os quais você tenha sido encaminhado(a).

USOS E DIVULGAÇÕES DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Pagamento: Podemos usar e divulgar suas informações médicas para obter pagamento pelos serviços que lhe prestamos. Podemos divulgar suas informações médicas a outro profissional ou entidade de saúde sujeita às regras federais e estaduais de privacidade, para que possam obter o pagamento.

Operações de Cuidados de Saúde: Podemos usar e divulgar suas informações médicas em conexão com nossas operações de cuidados de saúde. Esses usos são necessários para garantir que todos os nossos pacientes recebam atendimento de qualidade. Alguns exemplos são:

- Revisão de nosso tratamento ou serviços para avaliar o desempenho da equipe que presta seu atendimento.
- Envio de uma pesquisa de satisfação.
- Revisão de informações sobre vários de nossos pacientes para determinar se serviços adicionais devem ser incluídos ou se já não são mais necessários.
- As informações podem ser fornecidas a nossos médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e saúde e outros funcionários, para fins educacionais e de aprendizado.
- Podemos remover as informações que o(a) identificam das informações médicas, para que outras pessoas possam usá-las em estudos sobre a prestação de cuidados de saúde, sem saber quem são os pacientes; e
- Podemos divulgar suas informações médicas a outro profissional que tenha uma relação com você e esteja sujeito às mesmas regras de privacidade, para fins de suas operações de cuidados de saúde.

Mediante Sua Autorização: Você pode nos fornecer uma autorização por escrito para usar suas informações médicas ou divulgá-las a qualquer pessoa, para qualquer finalidade. Caso nos conceda uma autorização, poderá revogá-la por escrito a qualquer momento. Sua revogação não afetará nenhum uso ou divulgação permitidos por sua autorização enquanto ela estava em vigor. A menos que você nos forneça uma autorização por escrito, não podemos usar ou divulgar suas informações médicas por nenhum motivo além dos descritos neste aviso.

Lembretes de Consulta: Podemos usar e divulgar informações médicas para entrar em contato com você como lembrete de que possui uma consulta para tratamento ou atendimento médico na instituição.

Para Sua Família e Amigos: Com sua permissão, podemos divulgar suas informações médicas a um familiar, amigo ou outra pessoa, na medida necessária para ajudar em seu atendimento de saúde ou no pagamento desse atendimento. Caso você não esteja presente, ou em caso de incapacidade ou emergência, divulgaremos suas informações médicas com base em nosso julgamento profissional sobre se a divulgação seria do seu melhor interesse. Também usaremos nosso julgamento profissional e nossa experiência com práticas comuns para permitir que uma pessoa retire receitas aviadas, suprimentos médicos, radiografias ou outras formas semelhantes de informações médicas.

Por Lei ou Circunstâncias Especiais: Podemos usar ou divulgar suas informações médicas conforme autorizado por lei, para as seguintes finalidades consideradas de interesse ou benefício público:

- Conforme exigido por lei.
- Para atividades de saúde pública, incluindo notificação de doenças e estatísticas vitais, notificação de abuso infantil, fiscalização da FDA, e a empregadores sobre doenças ou lesões relacionadas ao trabalho.
- Para notificar abuso, negligência ou violência doméstica contra adultos.
- A agências de fiscalização da saúde.
- Em resposta a ordens judiciais e administrativas e outros processos legais.
- A autoridades policiais, após o recebimento de intimações e outros processos legais, relativos a vítimas de crimes, mortes suspeitas, crimes ocorridos em nossas instalações, notificação de crimes em emergências, e para fins de identificação ou localização de um suspeito ou outra pessoa.
- A legistas, peritos médicos e diretores de funerárias.
- A organizações de captação de órgãos.
- Para evitar uma ameaça grave à saúde ou à segurança.
- Em conexão com determinadas atividades de pesquisa.
- Às forças armadas e a autoridades federais para atividades legais de inteligência, contrainteligência e segurança nacional.
- A instituições penais, referente a detentos.

Benefícios e Serviços Relacionados à Saúde: Podemos usar suas informações médicas para entrar em contato com você com informações sobre benefícios e serviços relacionados à saúde ou sobre alternativas de tratamento que possam ser do seu interesse. Podemos divulgar suas informações médicas a um parceiro de negócios para nos auxiliar nessas atividades. Podemos usar ou divulgar suas informações médicas para incentivá-lo(a) a adquirir ou usar um produto ou serviço por meio de comunicação presencial, ou para lhe oferecer brindes promocionais.

SEUS DIREITOS RELATIVOS ÀS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ

Direito de Inspeccionar e Copiar: Você tem o direito de visualizar ou obter cópias de suas informações médicas, com exceções limitadas. Você deve fazer uma solicitação por escrito para obter acesso às suas informações médicas. Você pode obter um formulário de solicitação de acesso utilizando as informações de contato listadas ao final deste aviso. Você também pode solicitar acesso enviando-nos uma carta para o endereço indicado ao final deste aviso. Conforme permitido pela lei da Carolina do Sul, caso solicite cópias, cobraremos uma taxa de cópia e postagem, caso deseje recebê-las pelo correio. Entre em contato conosco, utilizando as informações ao final deste aviso, para uma explicação completa de nossa estrutura de taxas. SC Code Ann. Sec. 44-115-80

Podemos negar sua solicitação de inspeção e cópia em circunstâncias muito limitadas, conforme permitido por lei. Caso o acesso às suas informações médicas seja negado, você pode solicitar que a negativa seja revisada. Outro profissional de saúde licenciado, escolhido pela instituição, revisará sua solicitação e a negativa. A pessoa que realizar a revisão não será a mesma que negou sua solicitação. Cumpriremos o resultado da revisão.

Contabilização de Divulgações: Você tem o direito de receber uma lista das ocasiões em que nós ou nossos parceiros de negócios divulgamos suas informações médicas para finalidades além de tratamento, pagamento, operações de cuidados de saúde, conforme autorizado por você, e para certas outras atividades, desde 14 de abril de 2003. Você deve fazer uma solicitação por escrito para obter essa lista de divulgações. Você pode obter um formulário de solicitação utilizando as informações de contato ao final deste aviso. Caso solicite essa contabilização mais de uma vez em um período de 12 meses, poderemos cobrar uma taxa razoável, baseada em custos, para atender a essas solicitações adicionais. Entre em contato conosco, utilizando as informações ao final deste aviso, para uma explicação completa de nossa estrutura de taxas.

Restrição: Você tem o direito de solicitar que coloquemos determinadas restrições ao uso ou divulgação de suas informações médicas. Não somos obrigados a concordar com essas restrições adicionais, mas, caso concordemos, cumprimos o acordo (exceto em emergências). Qualquer acordo de restrições adicionais deve ser feito por escrito. Você pode obter um formulário para solicitar restrições adicionais ao uso ou divulgação de suas informações médicas utilizando as informações de contato listadas ao final deste aviso. Não estaremos vinculados às restrições, a menos que o acordo seja assinado por você e pelo representante apropriado da instituição.

Comunicação Confidencial: Você tem o direito de solicitar que nos comuniquemos com você sobre suas informações médicas por meios alternativos ou em locais alternativos. Por exemplo, você pode solicitar que entremos em contato com você no trabalho ou por correio. Sua solicitação deve ser feita por escrito. Você pode obter um formulário para solicitar comunicação alternativa utilizando as informações de contato listadas ao final deste aviso. Devemos atender à sua solicitação, caso seja razoável, especifique o meio ou local alternativo, e forneça explicação satisfatória sobre como os pagamentos serão tratados sob o meio ou local alternativo solicitado.

Emenda: Caso você considere que as informações médicas que mantemos sobre você estão incorretas ou incompletas, pode nos solicitar que sejam corrigidas. Sua solicitação deve ser feita por escrito e explicar por que as informações devem ser corrigidas. Você pode obter um formulário para solicitar uma correção utilizando as informações de contato listadas ao final deste aviso. Podemos negar sua solicitação caso não tenhamos criado a informação que você deseja corrigir e a pessoa que a forneceu ainda esteja disponível, ou por outros motivos específicos. Caso neguemos sua solicitação, forneceremos uma explicação por escrito. Você pode responder com uma declaração de discordância, a ser anexada à informação que desejava corrigir. Caso aceitemos sua solicitação de correção, faremos esforços razoáveis para informar outras pessoas, incluindo aquelas que você indicar, sobre a correção, e incluir as alterações em futuras divulgações dessa informação.

Aviso Eletrônico: Caso receba este aviso em nosso site ou por e-mail, você tem direito de recebê-lo também em formato impresso. Entre em contato conosco, utilizando as informações ao final deste aviso, para obter este aviso em formato impresso.

Caso deseje mais informações sobre nossas práticas de privacidade ou tenha dúvidas ou preocupações, entre em contato com a Genesis Healthcare Inc. utilizando as informações ao final deste aviso.

Caso você tenha preocupações de que possamos ter violado seus direitos de privacidade, ou discorde de uma decisão que tomamos sobre o acesso às suas informações médicas, ou em resposta a uma solicitação que você fez para corrigir ou restringir o uso ou divulgação de suas informações médicas, ou para que nos comuniquemos com você por meios ou locais alternativos, você pode nos notificar sobre suas preocupações utilizando as informações de contato ao final deste aviso. Você também pode apresentar uma reclamação por escrito ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services). Forneceremos o endereço para apresentar sua reclamação a esse órgão, mediante solicitação. Apoiamos seu direito à privacidade de suas informações médicas. Não haverá retaliação de forma alguma, caso você opte por apresentar uma reclamação conosco ou com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

Contato: CONFORMIDADE (COMPLIANCE) Telefone: 843-393-7452 Endereço: 201 Cashua Street, Darlington, SC 29532

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade da GHC e concordo com os termos relativos ao uso e divulgação de informações médicas.

Assinatura do Paciente/Representante Autorizado

Nome do Paciente (letra de forma)

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

ESTE AVISO DESCREVE COMO SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE OBTER ACESSO A ESSAS INFORMAÇÕES. LEIA-O COM ATENÇÃO. A PRIVACIDADE DE SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS É IMPORTANTE PARA NÓS.

Caso tenha dúvidas sobre este aviso, entre em contato com nosso Diretor de Conformidade pelo telefone: (843) 393-7452

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: _____