

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____

Dirección actual: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Móvil: _____

Género: Masculino Hembra _____ Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

1. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted actualmente?

2. ¿Qué problemas médicos están experimentando? (No proporcionamos servicios de manejo del dolor crónico)

3. ¿Ha sido diagnosticado con alguna condición médica crónica (diabetes, hipertensión, artritis, depresión, GE reflujo, etc.)? Por favor enumerar estas condiciones siguientes:

4. ¿Está tomando actualmente (o se supone que estar tomando) algún medicamento? Por favor, la lista de estos medicamentos siguientes:

5. ¿Qué Farmacia ¿Consume actualmente (nombre y ciudad)?

6. ¿Tiene actualmente un médico de cabecera? Si es así, ¿cuál es su / su nombre y su número de teléfono? Cuando fue la última vez que fueron vistos por su médico de cabecera?

7. ¿Hay un proveedor específico que le gustaría ver en nuestra práctica? Por favor, tenga en cuenta que vamos a tratar de colocar con el proveedor de su elección, pero es posible que no sea capaz de si el proveedor no tiene nuevas citas de los pacientes disponibles.


8. ¿Está interesado en servir en el Consejo de Administración para Genesis Health Care Inc.?

PERSONAL MÉDICO: Antes de programar cualquier nuevo paciente, es su responsabilidad para investigar el sistema para cualquier gráfico anterior existente para el paciente. Usted puede hacer esto mediante la primera búsqueda por fecha de nacimiento, nombre del paciente y número de seguridad social del paciente. Si hay un duplicado, **ABRIR LA TABLA DE USO Y NÚMERO DE CUADRO ANTIGUO DEL PACIENTE.**
No crear un nuevo gráfico.

Bienvenido a nuestra oficina. Por favor complete la siguiente información.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Nombre de pila		MI	Seguridad Social #	
Dirección						
Teléfono de casa		Teléfono móvil		Fecha de nacimiento		Años
Email					<input type="checkbox"/> ¡Sí! Darse de alta en alertas de Génesis.	
Por favor marque todos los que apliquen						
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Mujer-a-Hombre / Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Macho a Mujer / Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer / varón ni mujer;						
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbianas / Gay / Homosexual <input type="checkbox"/> Recto / heterosexual <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asexual / Otros <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar						
del asegurado Idioma: <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"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro						
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Apartado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Desconocido						
Raza : <input type="checkbox"/> Afroamericana / Negro <input type="checkbox"/> Los indios americanos / nativos de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Pacífico Islander <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no revelar						
etnia: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Otro			Estatus de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados						
Empleador				Teléfono del trabajo		
¿Estudiante?: <input type="checkbox"/> Sí, Estudiante de Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Sí, a tiempo parcial Estudiante <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre de la escuela: _____				Lugar de nacimiento: Ciudad _____ estado País _____ _____		
Estado de Agricultura: <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> Trabajador No Agrícola <input type="checkbox"/> Dependiente de trabajador migrante <input type="checkbox"/> Dependiente del trabajador temporal						
Estado de la vivienda: <input type="checkbox"/> Doblar <input type="checkbox"/> Refugio para indigentes <input type="checkbox"/> no sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Desconocido						

<p>Olanta cuidado de la familia</p> <p>211 S Jones Rd</p> <p>Olanta, SC 29114</p> <p>Teléfono (843) 396-9730</p> <p>Fax (843) 396-9735</p>		<p>Pee Dee Salud</p> <p>201 Cashua St</p> <p>Darlington, SC 29532</p> <p>Teléfono (843) 393-7452</p> <p>Fax (843) 393-6210</p>
<p>Lamar cuidado de la familia</p> <p>301 W Main St</p> <p>Lamar, SC 29069</p> <p>Teléfono (843) 395-8400</p> <p>Fax (843) 395-8401</p>	<p>Walterboro cuidado de la familia</p> <p>457 Spruce St.</p> <p>Walterboro SC, 29488</p> <p>Teléfono (843) 781-7428</p> <p>Fax (843) 781-7429</p>	<p>El Dr. Brent Baroody OB / GYN</p> <p>1523 Patrimonio Ln #A</p> <p>Florence SC, 29505</p> <p>Teléfono (843) 673-9992</p> <p>Fax (843) 673-9996</p>

I _____ reconocer que el mismo ha sido explicado que el Génesis Healthcare, Inc. no proporciona la gestión de narcóticos para el dolor crónico. Esto incluye el uso de medicamentos narcóticos, así como otras sustancias controladas suplementarios. Entiendo y acepto que se utilizará el término otra clínica para el manejo del dolor por el médico de esa instalación.

Firma del paciente

Fecha

Firma del miembro del personal GHC

Fecha

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FUENTE DE REFERENCIA

Nombre: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Médico de atención primaria

Nombre: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

FARMACIA

Nombre: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

SEGURO

Nombre del Asegurado (si no es el paciente):		Compañía de seguros:	
Dirección:			
SSN:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:	



Mensajes del contestador automático

Puede haber momentos en los que nuestra oficina no es capaz de comunicarse con usted por teléfono. Con su permiso, nos gustaría ser capaz de dejar mensajes en su casa contestador automático. Con el fin de cumplir con las estrictas normas legales, un comunicado 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 has dado en su registro.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Algunos pacientes prefieren que otros individuos, especialmente los miembros de la familia, se permitirá el acceso a su información médica. Con el fin de cumplir con las estrictas normas legales, un comunicado por escrito es necesario para permitir que otra persona el acceso a sus registros médicos. Este comunicado concede permiso a individuo (s) se enumeran a continuación: Hacer o citas con fi rm, tiene acceso a los rayos X y fi laboratorio hallazgos, recoger muestras de medicamentos, estar al tanto de sus planes de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y servir como su contacto de emergencia. Este permiso se aplica a los mensajes de teléfono y contestador automático, así como otros medios de comunicación.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

1. parte designada: _____

Teléfono: _____ Relación: _____

PACIENTES DE MEDICARE - AUTORIZACIÓN POR VIDA para permitir el pago de BENEFICIOS DE MEDICARE PARA EL PROVEEDOR, médicos y PACIENTE

Certifico que la información que me han dado en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Health Care Financing Administration o sus intermediarios o portadores cualquier información necesaria para esto o reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizado se hagan en mi nombre. Asigno los beneficios a pagar por los servicios médicos cubiertos al médico.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN

El abajo firmante, por la presente autoriza y consentimiento para exámenes médicos, rayos X, análisis de sangre, los procedimientos de laboratorio, inmunizaciones, inyecciones terapéuticas, procedimientos invasivos o quirúrgicos y otros servicios médicamente apropiadas bajo la supervisión general o específica de cualquier miembro de la médica el personal del Génesis Health Care, Inc. para el paciente nombrado en este formulario.

Se entiende que esta autorización está dada por adelantado de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o cuidado que es necesario, pero se da para proporcionar autoridad y el poder para hacer que el cuidado por los proveedores de Génesis Health Care, Inc. en el ejercicio de su / su mejor juicio que estimen convenientes. Yo entiendo que la ley estatal requiere que los médicos reportar ciertas enfermedades transmisibles al Departamento de Salud.

Estoy de acuerdo que si abandono de la oficina de un médico contra el consejo de mi médico (s) de Génesis Health Care, Inc. y su personal, que son liberados de responsabilidad por cualquier lesión o daño que pueda resultar de dejar en contra del consejo médico.

Autorizo a un médico de Génesis Health Care, Inc. para mí la prueba de anticuerpos contra el VIH o la tuberculosis cuando el médico o cualquier empleados están expuestos a líquidos corporales de una manera que puede transmitir la inmunodeficiencia humana virus de deficiencia (VIH), o infección de la tuberculosis. En el caso de que tal exposición, se le considerará que ha dado su consentimiento para tales pruebas, y haber dado su consentimiento para la publicación de los resultados de la prueba a la persona (s) que pueden haber estado expuestos.

Nombre del paciente - Imprimir

Paciente / Firma persona autorizada

Fecha

alergias:

Listar Todos los medicamentos actuales	Enumerar todas las enfermedades crónicas y las cirugías



Patient's Name: _____

ESTADO FINANCIERO

Entiendo y acepto que a pesar de mi cobertura de seguro, yo soy el último responsable del pago de los cargos por los servicios profesionales prestados. Yo entiendo que seré responsable último de cobro de honorarios y honorarios de abogados se debe colocar mi cuenta con una agencia de colección debido a la falta de pago de mi cuenta. Certifico que la información que he dado es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Si tengo seguro de salud, cuidado de la salud Génesis, Inc. archivar en mi nombre, pero es mi responsabilidad ver que mi póliza de seguro de salud paga los beneficios previstos en dicha póliza. Si hay un cambio en el estado miembro de la familia, que es mi responsabilidad de dar la información, por escrito, a Génesis Health Care, Inc. como yo soy responsable de todos los cargos incurridos por los miembros de mi familia.

I authorize Genesis Health Care, Inc to release any and all medical and billing information to any health care provider involved in my treatment and to any health care facility directly or indirectly involved in my treatment for purposes including, but not limited to, billing, collection, quality assurance or risk management activities, or defense of litigation or anticipated litigation and to any insurance company, health maintenance organization or other entity which is directly or indirectly responsible for payment or review of services provided by Genesis Health Care, Inc. I request that payment for professional service rendered be made directly to Genesis Health Care, Inc. I permit a copy to be used in place of the original.

Patient's Signature: _____

Date: _____



PATIENT RESPONSIBILITIES

As a patient, you are responsible for:

- Providing the physician and his/her staff with complete and accurate information concerning your health, including any allergies or sensitivities.
- Providing to your physician a current list of your medications, any over-the-counter products and/or dietary supplements.
- Providing accurate and complete information regarding present complaints, hospitalizations, and past illnesses.
- Providing the physician and his/her staff with any changes in your medical condition.
- Following the treatment plan prescribed by your physician.
- Keeping your appointments with your physician and notifying physician when you are unable to do so.
- Providing a responsible adult to transport you home from the facility and to remain with you for 24 hours after a procedure if required by your physician.
- Informing your physician if you have a living will, advanced directive, or medical power of attorney that could affect your care.
- Being considerate of the rights of other patients and clinic personnel.
- Accepting personal financial responsibility for any charges not covered by your insurance.
- The refusal of treatment if you see fit, but understand you are responsible for your actions if you do not accept treatment or do not follow your physician's instructions.
- Changing your physician if you believe it to be necessary or requesting a second opinion.

At Genesis Health Care Inc., we always strive to make your experience as pleasant and as positive as possible.

Patient's Signature: _____

Date: _____

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. THE PRIVACY OF YOUR MEDICAL INFORMATION IS IMPORTANT TO US.

If you have any questions about this notice please contact our Privacy Officer at: (843) 393-7452



OUR LEGAL DUTY

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your medical information. We are also required to give you this notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your medical information. We must follow the privacy practices that are described in this notice while it is in effect. This notice takes effect 04/14/2003, and will remain in effect until we replace it. We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our notice effective for all medical information that we maintain, including medical information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and make the new notice available upon request.

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes our facility's practices and those participants listed below in our organized health care arrangement. As such, we may share your medical information and the medical information of others we service with each other as needed for treatment, payment or health care operations relating to our organized health care arrangement.

This notice does not imply any joint venture or any other special association or legal relationship between the facility and its medical staff. This notice is an administrative tool permitted by federal law allowing the facility and medical staff to tell you about common privacy practices.

Along with the facility, the following participate in our organized health care arrangement:

- Members of our medical staff and their employees or workforce who provide services or support to the physician at the facility.
- Our employed physicians and their office staff.



USES AND DISCLOSURES OF MEDICAL INFORMATION

We use and disclose medical information about you for treatment, payment, and health care operations. For example:

Treatment: We may use or disclose your medical information to a physician or other health care provider in order to provide treatment to you.

Payment: We may use and disclose your medical information to obtain payment for services we provide to you. We may disclose your medical information to another health care provider or entity subject to the federal and state Privacy Rules so they can obtain payment.

Health Care Operations: We may use and disclose your medical information in connection with our health care operations. These uses are necessary to make sure that all our patients receive quality care.

Some examples are:

- Review of our treatment or services to evaluate the performance of our staff providing your care;
- Sending you a satisfaction survey;
- Review of information about many of our patients to determine if additional services should be added or perhaps are no longer needed;
- Information may be given to our doctors, nurses, medical and health care students, and other personnel to be used for education and learning purposes;
- We may remove information that identifies you from the medical information so others may use it for studies in health care delivery without learning who the patients are; and
- We may disclose your medical information to another provider who has a relationship with you and is subject to the same Privacy rules, for their health care operation purposes.

On Your Authorization: You may give us written authorization to use your medical information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us a written authorization, we cannot use or disclose your medical information for any reason except those described in this notice.

Appointment Reminders: We may use and disclose medical information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at the facility.

To Your Family and Friends: Unless you object, we may disclose your medical information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your health care or with payment for your health care. If you are not present, or in the event of your incapacity or an emergency, we will disclose your medical information based on our professional judgment of whether the disclosure would be in your best interest. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to allow a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays or other similar forms of medical information.



USES AND DISCLOSURES OF MEDICAL INFORMATION (CONT'D)

By Law or Special Circumstances: We may use or disclose your medical information as authorized by law for the following purposes deemed to be in the public interest or benefit:

- As required by law;
- For public health activities, including disease and vital statistic reporting, child abuse reporting, FDA oversight, and to employers regarding work-related illness or injury;
- To report adult abuse, neglect, or domestic violence;
- To health oversight agencies;
- In response to court and administrative orders and other lawful processes;
- To law enforcement officials after receiving subpoenas and other lawful processes, concerning crime victims, suspicious deaths, crimes on our premises, reporting crimes in emergencies, and for purposes of identifying or locating a suspect or other person;

- To coroners, medical examiners, and funeral directors;
- To organ procurement organizations;
- To avert a serious threat to health or safety;
- In connection with certain research activities;
- To the military and to federal officials for lawful intelligence, counterintelligence, and national security activities;

- To correctional institutions regarding inmates;

Health-Related Benefits and Services: We may use your medical information to contact you with information about health-related benefits and services or about treatment alternatives that may be of interest to you. We may disclose your medical information to a business associate to assist us in these activities.

We may use or disclose your medical information to encourage you to purchase or use a product or service by face-to-face communication or to provide you with promotional gifts.



USES AND DISCLOSURE OF CERTAIN TYPES OF MEDICAL INFORMATION

For certain types of medical information we may be required to protect your privacy in ways more strict than we have discussed in this notice. We must abide by the following rules for our use or disclosure of certain types of your medical information for purposes of use or disclosure of your medical information:

Sexually Transmitted Disease Information: We may not disclose HIV information unless required by law, pursuant to an authorization or the disclosure is to you or your personal representative; or, to medical personnel to the extent necessary to protect the health or life of any person.

Genetic Information: We may only disclose your genetic information to for the following purposes: as necessary for the purpose of a criminal or death investigation, or a criminal or judicial proceeding or inquest, or a child fatality review; pursuant to court order; to law enforcement or government agency for purpose of identifying a person under appropriate circumstances or a dead body; or to other persons as may be required by law.

Alcohol and Drug Abuse Information: We may not disclose your medical information that contains alcohol and drug abuse information except to you, your personal representative or pursuant to an authorization or as may otherwise be allowed by law.

YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU

Right to Inspect and Copy: You have the right to look at or get copies of your medical information, with limited exceptions. You must make a request in writing to obtain access to your medical information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this notice. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this notice. If you request copies, we will charge you a fee for copying and postage if you want the copies mailed to you. Contact us using the information listed at the end of this notice for a full explanation of our fee structure.

We may deny your request to inspect and copy in very limited circumstances as allowed by law. If you are denied access to your medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the facility will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

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

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que pongamos ciertas restricciones en el uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia). Cualquier acuerdo a restricciones adicionales debe ser por escrito. Usted puede obtener una forma para solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su información médica mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. No estaremos obligados a las restricciones a menos que nuestro acuerdo es firmado por usted y el representante de la instalación apropiada.



SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

Con fi dencial Comunicación: Usted tiene derecho a solicitar que nos comunicamos con usted acerca de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, es posible solicitar que lo contactemos en su trabajo o por correo. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Usted puede obtener un formulario para solicitar una comunicación alternativa mediante el uso de la información de contacto que aparece al final de este aviso. Debemos atender a su solicitud si es razonable, específica es el método o lugar alternativo, y proporciona una explicación satisfactoria de cómo los pagos serán manejados bajo los medios o el lugar alternativo que solicite.

Enmienda: If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. You may obtain a form to request an amendment by using the contact information listed at the end of this notice. We may deny your request if we did not create the information you want amended and the individual who provided the information remains available or for certain other reasons. If we deny your request, we will provide you a written explanation. You may respond with a statement of disagreement to be attached to the information you wanted amended. If we accept your request to amend the information, we will make reasonable efforts to inform others, including people you name, of the amendment and to include the changes in any future disclosures of that information.

Electronic Notice: If you receive this notice on our website or by electronic mail (e-mail), you are entitled to receive this notice in written form. Please contact us using the information listed at the end of this notice to obtain this notice in written form.

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact Genesis Health Care Inc. using the information listed at the end of this notice.

Si usted está preocupado de que hemos violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo al modificar o restringir el uso o divulgación de su información médica o tenernos comunicados con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, es posible que una queja usando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para archivar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, bajo petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Contacto: INTIMIDAD
Teléfono: 843-393-7452
Dirección: 201 Cashua Street, Darlington, SC 29532

Reconocimiento de HIPAA AVISO DE PRIVACIDAD

Se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA para la información de salud protegida.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

** Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, por favor, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso de privacidad póngase en contacto con nuestra Oficina al: (843) 393-7452



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN de los registros médicos

Por favor, Fax Registros de Atención: _____

Autorizo el uso y divulgación de mi información de salud individual como se describe a continuación. Yo entiendo que la información que autorice a una persona o entidad a recibir puede ser revelada y ya no protegida por las regulaciones federales de privacidad. (Nota: SC ley prohíbe la re-divulgación de los registros de salud mental).

Nombre del paciente: _____ Fecha solicitada: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____ SEÑOR #: _____

Persona / Organización revelar la información: _____

Persona / organización que recibe la información (Marque todo lo que corresponda):

- Pe De Cuidado de la Salud, Olanta cuidado de la familia, Lamar cuidado de la familia, Walterboro cuidado de la familia, El Dr. Brent Baroody OB / GYN

Información para el periodo de tratamiento: Partir de la fecha: _____ Hasta la fecha: _____

- Notas de la oficina, Notas del hospital, Prueba de laboratorio, consultas, Los informes de radiología, Informes pruebas complementarias, Otros (especificar): _____

Objetivo (s): Seguro, Investigación legal, Evaluación de la discapacidad, Otro: _____

Puedo solicitar mi información será lanzado a mí para ejercer mi derecho a acceder y obtener una copia de mi PHI.

UNA) Yo entiendo que la PHI puede incluir registros dados a conocer por los proveedores de atención médica e instalaciones que anteriormente prestaba el tratamiento a mí.

SEGUNDO) Yo entiendo que la PHI puede incluir información y registros protegidos por la ley federal (como el abuso de alcohol y drogas tratamiento) y / o la ley del estado (como la salud mental, el SIDA o VIH).

DO) Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no se aplicará a la PHI que ya ha sido utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización. Póngase en contacto con la privacidad de fiscal para iniciar el proceso de revocación. Entiendo mi tratamiento por Génesis Health

Care Inc. no está condicionada a si o no me da su autorización para el uso solicitado o divulgación de mi PHI.

MI) Yo entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida en virtud de las normas federales de privacidad.

He leído y entendido esta autorización. Certifico que soy el paciente mencionado anteriormente o una persona autorizada para permitir la liberación de los registros en nombre del paciente. Por este

NOMBRE DEL PACIENTE - IMPRIMIR, FIRMA DEL PACIENTE, FECHA, REPRESENTANTE AUTORIZADO, RELACIÓN CON EL PACIENTE, NÚMERO DE TELÉFONO