




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.	
<b>Por favor marque todos los que apliquen</b>						
<b>Género:</b> <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;						
<b>Orientación sexual:</b> <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						
<b>del asegurado Idioma:</b> <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						
<b>Estado civil:</b> <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						
<b>Raza :</b> <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						
<b>etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Otro			<b>Estatus de veterano:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
<b>Estado de Empleo:</b> <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		
<b>¿Estudiante?:</b> <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: _____				<b>Lugar de nacimiento:</b> Ciudad _____ estado País _____ _____		
<b>Estado de Agricultura:</b> <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						
<b>Estado de la vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Doblir <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:** \_\_\_\_\_

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

### Como paciente, usted es responsable de:

- Proveer a su médico y su equipo, de manera veraz y completa, toda la información pertinente a su salud, incluyendo alergias u otras sensibilidades.
- Proveer a su médico una lista de los medicamentos, productos de farmacia o suplementos dietarios que usted consume actualmente.
- Proveer de manera veraz y completa toda la información acerca de sus molestias, hospitalizaciones y enfermedades pasadas.
- Informar a su médico y su equipo cualquier cambio en su condición médica actual.
- Seguir el tratamiento prescrito por su médico.
- Programar citas con su médico y notificarle en caso de no poder hacerlo.
- Delegar un adulto responsable encargado de transportarlo a usted desde la clínica hasta su casa y de permanecer con usted por 24 horas después de cualquier procedimiento, si su médico lo indica.
- Informar a su médico si usted tiene algún testamento, poder sobre futura atención médica o algún poder notarial médico especial.
- Ser tolerante con los derechos de otros pacientes y personal de la clínica.
- Aceptar responsabilidad personal financiera por cualquier cargo no cubiertos por el seguro.
- Rechazar el tratamiento si lo ve apropiado, entendiendo que usted es el responsable de sus acciones si no acepta el tratamiento o no sigue las instrucciones de su médico.
- Cambiar de médico si lo cree necesario o solicitar una segunda opinión.

En Genesis Health Care Inc., nos esforzamos por hacer que su experiencia sea lo más placentera y positiva como sea posible.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

ÉSTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE ACCEDER A LA MISMA. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso por favor contacte nuestro Encargado de Privacidad al: (843) 393-7452





## NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

Estamos obligados por la respectiva ley federal y estatal a proteger la privacidad de su información médica. Estamos también obligados a darle éste aviso acerca de nuestras normas de privacidad, responsabilidades legales, y sus derechos respecto a su información médica. Debemos seguir las normas de privacidad aquí descritas en este aviso mientras que éste esté en efecto. Éste aviso toma efecto a partir del 17/04/2003, y permanecerá activo hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras normas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando estos estén permitidos por la ley que aplique. Nos reservamos el derecho a hacer efectivos los cambios hechos en nuestras normas de privacidad y términos de nuestro aviso para toda la información médica que mantenemos, incluida la información que hemos creado o recibido antes de realizar los cambios. Antes de hacer algún cambio significativo en nuestras normas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos el nuevo aviso disponible a petición.

## QUIÉN CUMPLIRÁ CON ESTAS REGLAS

Éste aviso describe las normas de nuestra entidad y los participantes listados a continuación en nuestro acuerdo organizado de atención médica. Como tal, podemos compartir su información médica y la información médica de otras personas que atendemos con otros miembros como sea necesario para tratamiento, pago u operaciones médicas relacionadas con nuestro acuerdo organizado de atención médica.

**Este aviso no implica ningún proyecto conjunto ni ninguna asociación especial o relación legal entre esta entidad y su personal médico. Este aviso es una herramienta administrativa permitida por la ley federal permitiendo a ésta entidad y personal médico informarle sobre normas de privacidad comunes.**

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

- Miembros de nuestro personal médico y sus empleados o trabajadores que provean servicios o sean de apoyo al médico en la entidad.
- Nuestros médicos y su personal de oficina.



## USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

**Tratamiento:** Podríamos usar o compartir su información médica a un médico u otro proveedor de entidad médica con el fin de proveerle atención médica.

**Pagos:** Podríamos usar o compartir su información médica para obtener el pago de los servicios prestados a usted. Podemos compartir su información médica con otro proveedor de atención médica o entidad sujeta a las Reglas de Privacidad estatales y federales para que ellos obtengan pagos.

**Operaciones de atención médica:** Podríamos usar o compartir su información en conexión con nuestras operaciones de atención médica. Estos usos son necesarios con el fin de asegurarnos que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.

Algunos ejemplos son:

- Revisar nuestro tratamiento o servicios para evaluar el desempeño de nuestro personal proveyendo tratamiento a usted;
- Enviarle una encuesta de satisfacción;
- Revisar la información acerca de muchos de nuestros pacientes para determinar si hay servicios adicionales que deberían ser incluidos o quizás removidos;
- La información puede ser dada a nuestros médicos, enfermeras, estudiantes médicos o del área de la salud, y demás personal para ser usada con fines educativos y de aprendizaje;
- Podríamos remover información que lo identifique a usted en su información médica y así otros podrían usarla para estudios en el área de la salud sin saber quienes son los pacientes; y
- Podríamos compartir su información médica con otro proveedor de servicios médicos que tenga alguna relación con usted y esté sujeto a las mismas reglas de Privacidad, para propósitos respecto a sus operaciones de atención médica.

**En Base a Su Autorización:** Usted puede darnos autorización por escrito para usar su información médica o divulgarla con cualquier persona con cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará el uso o divulgación permitidas por su autorización mientras esta estaba en efecto. A menos de que nos de una autorización por escrito, no podemos usar o compartir su información médica por cualquier razón excepto las mencionadas en este aviso.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar y divulgar información para contactarlo con el fin de recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en nuestra instalación.

**A Su Familia y Amigos:** A menos de que usted se oponga, podemos divulgar su información médica a un miembro familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con la atención médica recibida o pago por la atención médica dada a usted. Si usted no está presente, o en el caso de estar usted incapacitado o en una emergencia, divulgaremos su información médica basada en nuestro juicio profesional sobre si la divulgación de su información está en su mejor interés. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia en práctica común para permitir a una persona de reclamar prescripciones médicas, suministros médicos, rayos x u otras formas de información médica.

## USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

**Por Ley o Circunstancias Especiales:** Podemos usar o divulgar su información médica autorizados por la ley para los siguientes propósitos considerando el interés o beneficio público:

- Según requerido por la ley;
- Para actividades de salud pública, incluyendo reportes estadísticos claves o de enfermedades, reportes de abuso infantil, supervisión por parte de la FDA, y a empleadores respecto a lesiones o enfermedades laborales;
- Para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para agencias supervisoras del área de la salud;
- En respuesta a las órdenes emitidas por una corte u órdenes administrativas y otros procesos legales;
- A oficiales encargados de hacer cumplir la ley después de recibir citaciones o procesos legales, concerniente a víctimas de crímenes, muertes sospechosas, crímenes en nuestras instalaciones, reportar crímenes en emergencias, y para propósitos que involucren identificar o localizar a un sospechoso u otra persona;
- A forenses, examinadores médicos, y directores de funerarias;
- A organizaciones de donación de órganos;
- Para evitar amenazas que comprometan la salud o la seguridad;
- En conexión con ciertas actividades de investigación;
- Al ejército y a los oficiales federales por inteligencia legal, contrainteligencia, y actividades de seguridad nacional;
- A instituciones correccionales respecto a prisioneros;

**Beneficios y Servicios relacionados a la Salud:** Podemos usar y divulgar su información médica para contactarlo en fines de brindarle información acerca de beneficios y servicios relacionados con la salud o sobre alternativas de tratamiento que puedan ser de interés para usted. Podemos divulgar su información médica a un socio empresarial para asistirnos en estas actividades.

Podemos usar o divulgar su información médica para animarlo a usted a comprar o usar un producto o servicio contactándolo de forma personal, o, para obsequiarle regalos promocionales.

## USOS Y DIVULGACIÓN DE CIERTOS TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Para ciertos tipos de información médicas podemos ser requeridos a proteger su privacidad de manera más estricta de la que se ha discutido en este aviso. Debemos cumplir las siguientes normas para nuestro uso o divulgación de ciertos tipos de su información médica con el propósito de divulgar su información médica:

**Información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual:** Podemos no divulgar información sobre VIH a menos de que sea requerido por la ley, conforme a una autorización o la divulgación es a usted o su representante personal; o, a personal médico en la medida necesaria para proteger la salud o vida de cualquier persona.

**Información Genética:** Podemos divulgar su información genética solamente con los siguientes propósitos: según sea necesario para el propósito de una investigación criminal o investigación por muerte, un procedimiento judicial o una investigación judicial, una investigación por muerte infantil; conforme a una orden de la corte; a una agencia gubernamental u algún organismo encargado de ejercer la ley con el propósito de identificar a una persona sobre circunstancias apropiadas o un cadáver; u a otras personas como sea requerido por la ley.

**Información sobre abusos de Alcohol y Drogas:** No podemos divulgar su información médica que contenga información sobre abuso de alcohol y drogas excepto a usted, su representante personal o acorde a alguna autorización o como sea requerido por la ley.

## SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

**El derecho a Examinar y Copiar:** Usted tiene derecho a examinar o copiar su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe escribir una petición para obtener acceso a su información médica. Usted puede obtener un formulario para peticiones usando la información de contacto al final de este aviso. También puede solicitar acceso al enviarnos una carta a la dirección al final de este aviso. Si solicita copias, cobraremos una tarifa por gastos de copiado y envío si usted quiere que estas sean enviadas por correo a usted. Contáctenos usando la información listada al final de este aviso para una explicación detallada de las tarifas mencionadas.

Podemos denegar su petición a examinar o copiar en circunstancias muy limitadas, según sea permitido por la ley. Si se le niega el acceso a su información médica, usted puede apelar la denegación. La persona encargada de revisar la apelación será distinta a la persona que denegó su petición. Cumpliremos con el resultado de la apelación.

**Contabilidad de Divulgación:** 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, especificidad es el método o lugar alternativo, y proporciona una explicación satisfactoria 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 tener nos comunicamos 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.

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

Form fields for patient name, signature, date, representative, relationship, and phone number.



FECHA: \_\_\_\_\_

Querido solicitante,

Genesis Health Care, Inc. lo invita a solicitar nuestro Programa de tarifas variables. Estamos dedicados a brindar atención médica de calidad a precios asequibles a los residentes de nuestra comunidad. La elegibilidad para el programa se basa en varios factores, incluidos los ingresos anuales de su hogar y el tamaño de la familia de quienes viven en el hogar. Complete la documentación adjunta en su totalidad y devuélvanosla con la documentación necesaria. Toda la información proporcionada se mantendrá archivada y en estricta confidencialidad.

Se procesarán las solicitudes completadas y se le enviará por correo una carta con la determinación del descuento. Si se rechaza su solicitud, le enviaremos una carta con una explicación de la denegación.

La información faltante o las solicitudes incompletas pondrán la solicitud en espera hasta que recibamos toda la información necesaria para determinar el nivel de descuento apropiado. Para continuar calificando, debe verificar los ingresos y el tamaño del hogar familiar anualmente. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al (843) 393-7452 durante el horario laboral normal y pedir un asesor financiero.

Gracias por su cooperación al entregar una solicitud completa para que podamos ayudarlo a obtener asistencia financiera para sus servicios de atención médica aquí en Genesis Health Care.

Sinceramente,

Genesis Health Care, Inc.

Nombre del solicitante: Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

### Solicitud de escala de tarifas

La prueba de ingresos aceptables incluye, pero no se limita a: su declaración anual de impuestos sobre la renta (debe ser completada), copia de los talones de su cheque de pago del último mes, estado de cuenta bancario actual que muestre el depósito directo. Si no tiene la prueba previa, puede firmar el Acuerdo de autodeclaración financiera del paciente.

Nombre de pila: _____			Medio: _____			Último: _____				
Direccion de casa: _____			Estado de la Ciudad: _____			Código Postal: _____				
# De teléfono: _____			Fecha de nacimiento: _____							
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo										
¿Te consideras una persona sin hogar?			¿Ha solicitado asistencia médica?							
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no							
¿Recibe usted o algún miembro de su familia la Ayuda Adicional de Medicare o algún otro tipo de subsidio para personas de bajos ingresos?										
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no										
En caso negativo, ¿le gustaría recibir ayuda para solicitar ayuda adicional?										
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no										
Para ser completado por Patient / guardian para CADA miembro de la familia del casa		<b>Nombre DOB Salud</b>	<b>Relación</b>	<b>DOB</b>	<b>Salud Seguro</b>	<b>Ingresos Verificación Método</b>	<b>Ingresos Frecuencia</b>	<b>Ingresos</b>	<b>GHC ¿Paciente?</b>	<b>Cuenta Número</b>
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
	6.									
	7.									

El ingreso total anual: \_\_\_\_\_

#### Acuerdo / Reconocimiento de Autodeclaración Financiera del Paciente

\_\_\_\_ Entiendo que Genesis Health Care, Inc. utilizará la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad financiera para la atención médica subsidiada por el gobierno federal. Además, doy fe de que la información que le he proporcionado a Genesis Health Care, Inc. es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a GHC de cualquier cambio en mis ingresos. También entiendo que debo volver a solicitar el programa de tarifa variable cada 12 meses, o antes si cambian los ingresos de mi hogar familiar.

\_\_\_\_ Reconozco que se me ha proporcionado información relacionada con esta Solicitud y ME RECHAZO a participar en este momento.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Razón del rechazo (si corresponde): \_\_\_\_\_



### Consideraciones Sociales / de Otro Tipo Adicionales:

1. Indique su participación en cualquiera de los siguientes programas de asistencia financiera (marque todos los que correspondan):

- Asistencia por discapacidad que incluye SSI, SSDI       Asistencia para veteranos       Compensación para trabajadores  
 Beneficios privados por discapacidad a corto / largo plazo       Asistencia temporal para familias necesitadas  
 Asistencia de agua       Otro

2. Por favor indique si se ve afectado por alguna de las siguientes dificultades de AVD (actividades de la vida diaria) (marque todas que se apliquen):

- Comer       Movilidad       Bañarse       Ir al baño       Vestirse

3. Indique si padece alguna de las siguientes enfermedades (marque todas las que correspondan):

- ALS       Cáncer       EM       Parkinson       Alzheimer       3 o más enfermedades crónicas

\* Si se marcan 3 o más enfermedades crónicas, enumere: \_\_\_\_\_

4. Indique si toma alguno de los siguientes medicamentos en función de una enfermedad diagnosticada (marque todos los que correspondan):

- Medicamentos oncológicos       Medicamentos especializados       Un solo medicamento con costo de bolsillo excediendo los \$ 100 por mes

5. ¿Tiene dificultad para pagar los gastos mensuales y los medicamentos necesarios?       Si       No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

6. ¿Toma 7 o más medicamentos al mes?       Si       No

7. Indique el% de los ingresos mensuales / anuales contribuidos a lo siguiente:

- Gastos de atención médica (que no sean medicamentos)  
 Préstamo estudiantil  
 Gastos de cuidado de dependientes  
 Otro \_\_\_\_\_ % total mensual / anual de ingresos

Acuerdo / Reconocimiento de Autodeclaración Financiera del Paciente

Declaraciones del paciente (escriba sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Si mi solicitud es aprobada, solicito que todos mis medicamentos sean surtidos por una farmacia de GHC;

\_\_\_\_\_ Tengo la libertad de surtir mis recetas en cualquier farmacia y elijo voluntariamente utilizar los servicios de Farmacia profesional y entiendo que puedo elegir otra farmacia cuando lo desee notificando a GHC en escritura;

\_\_\_\_\_ Solicito que mis recetas se surtan con medicamentos de marca cuando estén disponibles. Esta declaración y solicitud permanece en pleno vigor y efecto hasta que solicite lo contrario, por escrito;

\_\_\_\_\_ Reconozco que GHC puede obtener Autorizaciones Previas para medicamentos de marca según lo autorice en este documento;

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo 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;

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en tomar todos los medicamentos según lo prescrito y notificaré a GHC inmediatamente en caso de que no pueda seguir instrucciones de medicamentos recetados;

\_\_\_\_\_ Certifico, bajo pena de la ley, en base a información y creencias formadas después de una investigación razonable, las declaraciones contenidas en este documento son precisos y completos; y

\_\_\_\_\_ Participaré activamente en cualquier programa prescrito por mis médicos, como Administración de casos, Administración, 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 GHC de cualquier cambio en mis ingresos y que debo volver a solicitar este programa cada 12 meses, o antes si mi familia cambios en los ingresos del hogar.**

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Me niego a utilizar una farmacia de GHC para surtir mis medicamentos y deseo que me surtan cualquier medicamento recetado en un diferente farmacia de mi elección.**

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Doy fe de haber explicado la aplicación al paciente, revisado toda la información proporcionada por el paciente, confirmado que toda la documentación requerida esté presente, haya respondido a todas las preguntas relacionadas con la solicitud y haya determinado la La solicitud se ha completado en su totalidad.**

**Firma del personal de GHC:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE GHC:

Nombre del solicitante:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**Determinación de calificación:**

**Pautas de pobreza del HHS para 2021**

Familia Talla	NIVEL A ≤ 100% FPG Tarifa nominal de \$ 15 O * \$ 0		NIVEL B 100 - 125% FPG Paga el 15% de Tarifa estándar		NIVEL C Pago 125 - 150% FPG Paga el 30% de Tarifa estándar		NIVEL D 150 - 175% FPG Paga el 50% de Tarifa estándar		NIVEL E 175-200% FPG Paga el 70% de Tarifa estándar		NIVEL F 200% - 300% FPG Paga el 100% de Oficina estándar Tarifa de visita	
	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	a:	a:	Anual Ingresos desde:	a:	Anual Ingresos desde:	a:
1	0,00 \$	\$ 12,880	\$ 12,881	\$ 16,100	\$ 16,101	\$ 19,320	\$ 19,321	\$ 22,540	\$ 22,541	\$ 25,760	\$ 25,761	\$ 38,640
2	0,00 \$	\$ 17,420	\$ 17,421	\$ 21,775	\$ 21,776	\$ 26,130	\$ 26,131	\$ 30,485	\$ 30,486	\$ 34,840	\$ 34,841	\$ 52,260
3	0,00 \$	\$ 21,960	\$ 21,961	\$ 27,450	\$ 27,451	\$ 32,940	\$ 32,941	\$ 38,430	\$ 38,431	\$ 43,920	\$ 43,921	\$ 65,880
4	0,00 \$	\$ 26,500	\$ 26,501	\$ 33,125	\$ 33,126	\$ 39,750	\$ 39,751	\$ 46,375	\$ 46,376	\$ 53,000	\$ 53,001	\$ 79,500
5	0,00 \$	\$ 31,040	\$ 31,041	\$ 38,800	\$ 38,801	\$ 46,560	\$ 46,561	\$ 54,320	\$ 54,321	\$ 62,080	\$ 62,081	\$ 93,120
6	0,00 \$	\$ 35,580	\$ 35,581	\$ 44,475	\$ 44,476	\$ 53,370	\$ 53,371	\$ 62,265	\$ 62,266	\$ 71,160	\$ 71,161	\$ 106,740
7	0,00 \$	\$ 40,120	\$ 40,121	\$ 50,150	\$ 50,151	\$ 60,180	\$ 60,181	\$ 70,210	\$ 70,211	\$ 80,240	\$ 80,241	\$ 120,360
8	0,00 \$	\$ 44,600	\$ 44,601	\$ 55,750	\$ 55,751	\$ 66,900	\$ 66,901	\$ 78,050	\$ 78,051	\$ 89,200	\$ 89,201	\$ 133,800

\* Según la capacidad de pago del paciente

Poblaciones de utilización de datos adicionales (todos los grupos a continuación pagan el 100% de la tarifa estándar de visita al consultorio):

- Nivel G: Pacientes con un 301% o más de Pobreza que cumplen con consideraciones sociales / de otro tipo adicionales como se identifica en la Solicitud SF.

Para unidades familiares con más de 8 miembros, agregue por cada miembro adicional: 100% de pobreza

	\$ 4540
125% de pobreza	\$ 5675
150% de pobreza	\$ 6810
175% de pobreza	\$ 7945
200% de pobreza	\$ 9080
300% de pobreza	\$ 13620

**SERVICIO AUXILIAR 2021**

	NIVEL A Tarifa nominal	NIVEL B	NIVEL C	NIVEL D	NIVEL E	* NIVEL F
Densidad osea	\$ 5,00	\$ 7,00	\$ 9,00	\$ 11,00	\$ 13,00	Tarifa complementaria completa
Radiología	\$ 10,00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	18,00 \$	Tarifa complementaria completa
Ultrasonido	\$ 10,00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	18,00 \$	Tarifa complementaria completa
Ecocardiografía / Pruebas vasculares	\$ 10,00	\$ 12,00	\$ 14,00	\$ 16,00	18,00 \$	Tarifa complementaria completa
Laboratorio	\$ 15,00	17,00 \$	19,00 \$	21,00 \$	23,00 \$	Tarifa complementaria completa

\* El nivel F se calcula para obtener datos de utilización y requiere el pago del 100% de la tarifa asociada con el servicio auxiliar

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE GHC:

Nombre del solicitante:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**El solicitante califica para el Programa de tarifa variable y se clasificará de la siguiente manera:**

**NIVEL DE DIAPOSITIVA:** \_\_\_\_\_

**Esta calificación es por un período de 12 meses que finaliza:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha de envío de la tarjeta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha ingresada en EMR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**El solicitante no califica para el programa en este momento**

Carta de denegación enviada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

***Doy fe de que le he explicado la solicitud al paciente, revisado toda la información proporcionada por el paciente, confirmado que toda la documentación requerida está presente, respondido todas las preguntas relacionadas con la solicitud y he determinado que la solicitud se ha completado en su totalidad.***

Firma del personal de GHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_