



Solicitud para pacientes nuevos

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre		I.M.	Seguro social #	
Dirección				
Teléfono residencial	Teléfono celular		Fecha de nacimiento	Edad
Correo electrónica				



SEGURO PRIMARIO

Nombre del asegurado (si no es paciente):

Compañía de seguros:

Dirección:



SOLO PARA PACIENTES MENORES (0-18 años)

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

INGESTA DE HISTORIA



RECONOCIMIENTO NARCÓTICO

Yo (Nombre del Impreso) reconozco que se me ha explicado que Genesis Healthcare, Inc. no proporciona manejo del dolor narcótico crónico. Esto incluye el uso de medicamentos narcóticos, así como otras sustancias controladas suplementarias. Entiendo y acepto que el médico de esa instalación me remitirá a otra clínica para el manejo del dolor.

Firma del paciente/ representante autorizado del paciente

fecha

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

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

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

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

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

Algunos ejemplos son:

Revisión de nuestro tratamiento o servicios para evaluar el desempeño de nuestro personal que brinda su atención.

Enviarle una encuesta de satisfacción.

Revisión de la información sobre muchos de nuestros pacientes para determinar si se deben agregar servicios adicionales o si tal vez ya no son necesarios.

Se puede dar información a nuestros médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y atención médica, y otro personal para ser utilizado con fines educativos y de aprendizaje.

Podemos eliminar la información que lo identifica de la información médica para que otros puedan usarla para estudios en la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes; y

Podemos divulgar su información médica a otro proveedor que tenga una relación con usted y esté sujeto a las mismas reglas de privacidad, para sus fines de operación de atención médica.

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

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

A su familia y amigos: Con su permiso, podemos divulgar información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el centro.



SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

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

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

Contabilidad de divulgación: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales divulgamos su información médica para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atami95 (c)-62.007 (i)-5943.002 (d)-6t-75.998 (,)--63.005 (a)-61.995 (d)-63.0



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Por favor envíe los registros por fax a la atención: _____