



# Formulario Registro del Paciente

Expediente # \_\_\_\_\_

Nombre en El Seguro Medico: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

Dirreccion de Paciente: \_\_\_\_\_

Cuidad, Estado, y Codigo Postal del Paciente: \_\_\_\_\_

Telefono del Paciente de casa/celular: \_\_\_\_\_ Telefono del Paciente de Trabajo/Otro: \_\_\_\_\_

### Información de Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ # Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor, tenga en cuenta que esta persona se puede contactar si no podemos comunicarnos directamente con usted para recordarle de sus citas, resultados de laboratorio o de ordenes medicas.**

### Doctor de Cabezera

Doctor: \_\_\_\_\_

### Farmacia de Preferencia

Nombre: \_\_\_\_\_

### Farmacia de Pedidos por Correo

Nombre: \_\_\_\_\_

## Demografico

**Por favor seleccione una caja por seccion. La siguiente informacion es solamente para el proposito demografico y no le afecta en su cuidado medico.**

### Situación Laboral

- Tiempo completo
- Medio Tiempo
- Desempleado
- Estudiante

### Información adicional

- Veterano
- Indigente
- Trabajador Migrante
- Trabajador de temporada

### Origen Etnico

- Hispano Latino/Origen Espanol
- No-Hispano/Latino

### Estado Civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Union Libre
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viudo/a

### Raza

- Afroamericano
- Asiático
- Nativo Americano / Alaska
- Nativo de Hawaii/Islas del Pacífi
- Blanco

### Orientacion Sexual

- Lesbiana/Homosexual
- Heterosexual
- Bisexual
- Distinto/Diferente
- No Se
- Opto por Revelar

### Genero al Nacer

- Masculino
- Femenino

### Identidad de Genero

- Masculino
- Femenino
- Transgenero de Masculio a Femenino
- Transgenero de Femenino a Masculino
- Otro
- Opto por no Revelar

Firma: \_\_\_\_\_

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



# Informacion Financiera del Paciente

Expediente # \_\_\_\_\_

<p><b>Informacion de la Escala Variable</b></p> <p>Estamos obligados a cobrar por todos los servicios. No obstante, los cargos pueden ser ajustados de acuerdo a sus ingresos y el número de miembros de la familia.</p> <p><input type="checkbox"/> Si me gustaria obtener una aplica <input type="checkbox"/> NO En este mome</p>	<p><b>Informacion Financiera</b></p> <p>Ingreso Annual: _____</p> <p>Cuantas Personas(incluyendo usted) dependen del ingreso anual: _____</p>
<p><b>Información del Seguro Medico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> United Healthcare</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Choice</p> <p><input type="checkbox"/> Cigna</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p><b>Persona Responsable del Paciente</b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal: _____</p>
<p>Poliza 1: _____</p> <p>Fecha de expiracion: _____</p> <p>Sexo del Poseedor de Tarjeta: ___ Masculino ___ Femenino</p> <p>Fecha de Nacimiento del Poseedor de Tarjeta: _____</p> <p>Copago/ Monto \$ _____</p>	<p>Poliza 2: _____</p> <p>Fecha de expiracion: _____</p> <p>Sexo de Poseedor de Tarjeta: ___ Masculino ___ Femenino</p> <p>Fecha de Nacimiento del poseedor de Tarjeta: _____</p> <p>Copago / Monto \$ _____</p>
<p>Nuestra Compania Carolina Health Center se compromete a proporcionar asistencia medica a todos sus pacientes, Independientemente de su capacidad de pago. Aceptamos la mayoría planes de seguro medico, Medicaid y Medicare. Ofrecemos la aplicacion Escala Variable para pacientes sin aseguranza medica esta aplicacion se basa en el ingreso anual y el tamaño de familia. Para los pacientes que no califican para la Escala Varibale y no tienen seguro medico, Ofrecemos un descuento de la tarifa total el dia que recibe servicio medico .</p> <p>Carolina Health Center manda la factura a su aseguranza principal y secundaria por los cargos medicos. Todos los co-pagos de su aseguranza son debidos en la fecha que recibe servicio medico. Si el paciente no paga el co-pago el dia que optiene servicio medico, pago sera exigido antes de programar una cita. En caso que el paciente no pueda realizar pago completo Podemos referir lo para nuestra oficina de Finanzas para establecer un plan de pago.</p> <p>Aunque nosotros mandamos cobrar su seguro medico es Resposabilidad del paciente dar pago por sus servicios medicos, y se le mandara factura por la totalidad que no sea pagado por su aseguranza.</p>	
<p><b>Opciones de Pago:</b></p> <p>Se Acepta Efectivo, Cheques, Tarjeta de credito/Debito y Giro Postal.</p> <p><b>Cuenta Vencidas</b></p>	
<p>Una mensualidad es necesario en todas las cuentas pendientes. Si usted no a dado pago en su Balance en los últimos 30 Dias se le puede exigir pago antes de programar una cita. Nuestro Departamento de Finanzas lo puede aconsejar en estos casos. Cuentas con balances por mas de 120 Dias Seran enviadas a una Agencia de Cobro y pago sera requerido antes de progamar una cita y un plan de pago debe ser establecido y seguido.</p>	
<p>Al Firmar abajo acepta ser Responsable del Balance que no se page por el seguro medico. Autoriso Carolina Health Center Inc. para que mande mi informacion medica para poder procesar mis Reclamosa la aseguranza medica y Autorizo la Asignacion de Beneficios/o Pagos directamente a Carolina Health Centers, Inc.</p>	
<p>Firma: _____ Fecha: _____</p>	



## Consentimiento ePrescribing

EPrescribing es la capacidad del médico de enviar electrónicamente un exacto, libre de errores, y comprensible la prescripción directamente a una farmacia desde el punto de atención. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar electrónicamente de prescripciones es un elemento importante en la mejora de la calidad de la atención al paciente. EPrescribing reduce enormemente los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. La Ley de Modernización de Medicare (MMA) de 2003 señaló que las normas que han de incluirse en un programa ePrescribe. Estos incluyen:

- **Formulario y beneficiarse de las transacciones** - da al prescriptor información acerca de qué medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios de la droga.
- **Medicamentos** - proporciona las transacciones de historial médico con información sobre medicamentos que el paciente ya está tomando para minimizar el número de eventos adversos por medicamentos.
- **Notificación de estado de llenado** - Permite al médico para recibir un aviso electrónico de la farmacia diciéndoles si la prescripción del paciente ha sido recogido, no recogido, o parcialmente lleno.

Al firmar este formulario de consentimiento, estás aceptando que Carolina centros de salud pueden solicitar y usar su medicamento de venta con receta historia de otros proveedores de servicios de salud y/o terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. En otras palabras, usted nos concede permiso para ver su historial de medicamentos recetados para que podamos atenderlo mejor enviando sus recetas a la farmacia electrónicamente. Podremos ver cualquiera de los medicamentos que hayan sido prescritos para usted en el pasado, así como información acerca de si o no usted ha conseguido una receta.

La comprensión de todo lo anterior, he decidido proporcionar consentimiento informado a los centros de salud de Carolina para inscribirse en el programa ePrescribe conmigo. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Imprimir nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD**

# de Exediente: \_\_\_\_\_

NOMBRE y APELLIDO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones  
y Cirugías: \_\_\_\_\_

Problemas Médicos: \_\_\_\_\_

¿Toma Medicamentos?: \_\_\_\_\_

Alergias que usted tiene a la medicina: \_\_\_\_\_

*Síntomas Médicos: Marque todos los síntomas de que padece*

- General**      Uso de: Tabaco (en el pasado o presente); alcohol, cafeína o drogas; escalofríos; mareo; desmayo; fiebre; sudores; historial de cáncer; un cambio de peso; Dolores de cabeza recurrentes; anemia; transfusión de sangre; expuesto al o riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su última vacuna contra tétano? \_\_\_\_\_ ¿contra poliomia? \_\_\_\_\_ ¿Hace usted ejercicios? Si/No
- Ojos**            Ojos cruzados; visión doble; dolor de ojo; visión borrosa; glaucoma; ojos enrojecidos
- Oídos**            Dolor de oído; descarga del oído; pérdida de oído; zumbido en los oídos
- Nariz/garganta**    Sangramiento de la nariz; problemas con la tiroides; sinusitis; fiebre de heno; rinitis; problemas con los dientes o las encías
- Cardiovascular**    Dolor en el pecho; alta presión de la sangre; ritmo cardíaco irregular; circulación inadecuada; murmullos del corazón; ataque al corazón; enfermedad cardíaca; falta de aire; colesterol alto
- Respiratorio**      Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores nocturnos
- Gastrointestinal**    Falta de apetito; cambios intestinales; estreñimiento; diarrea; náusea; úlceras; sangramiento del recto; enfermedades del hígado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícula biliar; hemorroides; sangre en el excremento; excremento muy oscuro o negro
- Genitourinario**    Sangre en las orinas; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la próstata; cálculos renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales
- Musculoesqueleto**    Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas
- Neurológico**        Confusión; lesiones en la cabeza; entumecimiento; convulsiones; desmayo; derrame cerebral; mareo o vértigo
- Psiquiátrico**        Ansiedad; depresión; adicción a drogas; intento de suicidio; dificultad para dormir; problemas en el matrimonio
- Endocrina**            Diabetes; letargo o cansancio; intolerancia al calor o frío; enfermedad de la tiroides
- Dermatosis**            Piel seca; cáncer de piel; llagas que no se sanan; lunares que se cambian de aparición
- Ginecológico**        Fecha de su último papanicolaou: \_\_\_\_\_ último mamograma: \_\_\_\_\_ # de embarazos: \_\_\_\_\_  
(sólo mujeres)      # de nacimientos: \_\_\_\_\_; reglas irregulares o dolorosas; sangramiento entre reglas o después de tener relaciones. Método anticonceptivo que usa: ninguno – la pastilla anticonceptiva – condones – diafragma – ritmo – dispositivo intrauterino – inyecciones – ligadura de las trompas – vasectomía – otro
- Historia Familiar**    Favor de marcar las enfermedades que sus familiares tienen o han tenido: diabetes; enfermedades cardíacas; hipertensión o alta presión de sangre; cáncer; abuso de alcohol; ; derrame cerebral; asma; depresión; tuberculosis; glaucoma

Otro síntomas y/o comentarios: \_\_\_\_\_

Firma de Abastecedor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**¿Como se entereo de Carolina Health Centers?**

**(Porfavor escoga uno de los sigentes)**

- Miembro de familia, Amigo/a, o companero de trabajo
- Periodico
- Libro telefonico
- Feria de salud o otro evento de la comunidad
- Radio
- Otro:

---

---

---



## Noticia de Practicas de Privacidad

**Este aviso explica como su informacion medica puede ser usada y revelada y como usted puede tener acceso a esta informacion. Favor revisela cuidadosamente.**

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, usted se puede comunicar con el Oficial de Privacidad para Carolina Health Centers, Inc. al 864-388-0301 o escribanos al 313 Main Street., Greenwood, SC 29646.

Este aviso de Practicas de Privacidad is proveeido a usted como un requisito de El Acto de Seguro Medico Portabilidad y Responsabilidad (HIPPA). Esto explica como nosotros podemos usar y revelar su informacion de salud protegida, con quien sera esa informacion compartida y la proteccion que tenemos en lugar para protegerla. Este aviso tambien explica sus derechos al acceso o rechazo a revelar informacion especifica afuera de nuestro sistema excepto cuando la revelacion es requerida o autorizada por la ley o regulaciones.

### **RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE ESTE AVISO**

A usted se le pedira que suministre un reconocimiento de recibo de este aviso firmado. Nuestra intension es hacerle saber de los usos posibles y revelaciones de su informacion medica protegida y sus derechos de privacidad. Si usted reusa suministrar un reconocimiento, nosotros podemos seguir dandole tratamientok y usaremos su informacion medica protegida para tratamiento, cobros, y operaciones de salud solo cuando sea necesario.

### **QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO**

Este aviso explica como la informacion de practicas de privacidad seran llevadas acabo por nuestros empleados, personal y otro personal de la oficina. Las practicas explicadas en este aviso tambien seran llevadas acabo por nuestros medicos proveedores cuales tendran acceso a su informacion personal medica.

### **COMO NOSOTROS USAREMOS Y REVELAREMOS INFORMACION MEDICA SOBRE USTED.**

**Para Tratamiento** Nosotros podemos usar informacion medica sobre usted para proveerle a usted con tratamientos de servicios medicos. Nosotros podemos revelar informacion de salud medica de usted a doctores, enfermeras, tecnicos, personal de la oficina y otro personal que estan incluidos en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, su doctor puede estarlo tratando de una condicion y tal vez necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que puedan complicar su tratamiento. El doctor puede usar su historia medica para decidir cual tratamiento es mejor para usted. El doctor tambien podra decirle a otro doctor de su condicion para que el otro doctor pueda determinar el cuidado mas apropiado para usted.





Diferentes personales de nuestra oficina tambien pueden compartir informacion sobre usted y revelar informacion a personas que no trabajan en nuestra oficina con tal de coordinar su cuidado, tal como llamar sus recetas a la farmacia, hacer citas de radiografias o exámenes de sangre. Miembros de su familia y otros proveedores de cuidado de salud tal vez puedan ser parter de su cuidado medico fuera de esta oficina y tal vez requieran informacion que nosotros tenemos de usted.

**Para cobros** Nosotros podremos revelar informacion medica sobre usted para que los servicios y tratamiento que usted recibe en esta oficina sean cobrados y pagos puedan ser coleccionados de usted, una compania de seguro medico, o un tercer grupo. Por ejemplo, nosotros tal vez tengamos que dar informacion medica de un plan de salud acerca un servicio que usted recibio aqui para que su plan de salud nos pague o lo reembuelsen a usted por el servicio. Nosotros tambien podemos decirle a us plan de salud acerca de su tratamiento que usted va recibir para obtener autorizacion previa, o para determinar si acaso su plan va cubrir este tratamiento.

**Para Operaciones de Cuidado de Salud** Nosotros podemos usar y revelar informacion medica sobre usted para que la oficina trabaje bien y asegurarnos que usted y otros pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, nosotros podemos usar su informacion de salud para evaluar el desempeno de nuestro personal para el cuidado de usted. Nosotros tambien podemos usar su informacion medica acerca de todas o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir que servicios adicionales podemos ofrecer, como nosotros podemos ser mas eficientes, o tal vez si ciertos nuevos tratamientos son efectivos.

**Recordatorios de Citas/Mensajes** Nosotros podemos comunicarnos con usted como recordatorio que usted tiene cita para tratamiento or cuidado medico en la oficina. Nosotros tambien dejarnos mensajes para que usted nos regrese la llamada si es necesario en su telefono o con algun miembro de la familia.

**Alternativas de tratamiento** Nosotros tal vez le diremos o recomendaremos opciones posibles de tratamientos o alternativas que le interesen a usted.

**Productos Relacionados de Salud y Servicios** Nosotros tal vez le diremos de productos relacionados de salud o servicios que le interesen a usted.

Favor de notificarnos is usted no desea ser puesto en contacto de recordatorios de citas, o si usted no quiere recibir comunicacion acerca de alternativas de tratamiento o productos relacionados de salud o servicios. Si usted nos avisa en escrito (a la direccion en la parte de arriba de este aviso) que usted no desea recibir ciertas comunicaciones, nosotros no usaremos o revelaremos su informacion para estos propositos.

Usted puede revocar su consentimiento a cualquier momento al darnos una notificacion escrita. Su revocacion sera efectiva cuando la recibamos, pero no aplicara para cualquier uso o revelacion que ocurrio antes de ese tiempo.



Si usted revoca su consentimiento, a nosotros no se nos sera permitidos usar o revelar informacion para el proposito de tratamiento, cobros o operaciones de cuidado medico, y entonces nosotros podremos escoger dejar de proveerlo a usted tratamientos y cuidados de salud medica.

Su informacion de medica esta protegida y segura por medio de nuestra maquina de fax. Nosotros tambien destruimos informacion de cuidado medico antes de que nos desasemos de ella. Todos los avisos de examenes seran mandados a usted en sobres que esten asegurados.

**Asociados de Negocios** Hay ciertos servicios que son proveidos en nuestra organizacion por medio de contratos con asociados de negocios. En ejemplo es una copia de servicios que hace copias de su expedient medico. Cuando estos servicios son contratados, nosotros podemos revelar su informacion medica a nuestros asociados de negocios para que ellos puedan llevar acabo el trabajo que nosotros les pedimos que hicieran y mandarle el cobro a usted, su seguro medico o un tercer grupo que pague por los servicios dados. De cualquier manera, para proteger su informacion de salud, le hemos requerido a los asociados de negocios que apropiadamente protegan su informacion.

**Comunicaciones futuras** Nosotros podemos comunicarle a usted por medio de hojas informativas, cartas o de otras maneras acerca de opciones de tratamiento, informacion de salud relacionada, programas de manejo de enfermedades, programas de salud, o otras iniciativas basadas en la comunidad en las que nuestra facilidad este participando. Cuando se este revelando informacion acerca de recordatorios de citas y obras de coleccion/cobro, nosotros podremos dejar un mensaje en su maquina contestadora o en su correo de voz.

## **SITUACION ESPECIALES**

Nosotros podemos usar y revelar su informacion medica sin su permiso por las ciertas razones, sujeto a todos los requerimientos legales y limitaciones:

**Para Prevenir Algun Dano Serio a Su Salud o Seguridad** Nosotros podemos usar y revelar su informacion medica cuando sea necesario para prevenir un dano serio a us salud o su seguridad o la salud y seguridad de el publico o otra persona.

**Requerido Por Ley** Nosotros podemos revelar su informacion de salud cuando sea requerido por la ley federal, del estado o local.

**Riesgos De Saluda Publica** Nosotros podemos revelar su informacion medica por razones de salud publica en orden de prevenir o controlar enfermedades, danos, incapacidades, o para reportar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, heridas fisicas sin accidents, reacciones a medicinas o problemas con productos.

**Pesquisidores, Examinadores Medicos y Directores de Funeraria** Nosotros podemos revelar informacion medica a un Pesquisidor o Examinador Medico. Esta tal vez sea





necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida y determinar la causa de muerte.

**Familia y Amigos** Nosotros podemos revelar informacion medica de usted a miembros de su familia o amigos si obtenemos consentimiento verbal de usted o si le damos la oportunidad a usted de rechazar tal revelacion y usted no desaprueba. Nosotros tambien podemos revelar su informacion medica a su familia o amigos depende en la situacion de las circunstancias, basadas en nuestro juicio professional que usted no desaprove. Por ejemplo, nosotros asumiremos que usted esta de acuerdo que revelemos su informacion medica personal a su esposo(a) cuando usted lo(a) traiga al cuarto de examinacion durante su tratamiento o mientras el tratamiento esta siendo discutido.

En situaciones en las cuales usted no es capaz de darnos consentimiento (porque usted no esta presente o por su incapacidad o emergencia medica), nosotros tal vez usaremos nuestro juicio professional, determinando que una revelacion a un miembro de familia o amigo esta en su mejor interes. En esa situacion, nosotros solo revelaremos informacion de salud que se trate en la participacion de esa persona en su cuidado. Por ejemplo, nosotros podemos informarle a esa persona a quien la acompaño a usted a la sala de emergencias que usted sufrio un paro cardiaco para proveer datos recientes de su progreso y pronostico. Nosotros tambien podemos usar nuestro juicio professional y experiencia para hacer inferencias razonables que sean en su mejor interes para dejar que otra persona actue en su cuenta para recoger, por ejemplo, medicina, articulos medicos o radiografias.

### **OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACION DE SALUD**

Nosotros no usaremos o revelaremos su informacion medica para ningun uso solo por las razones identificadas en las secciones previas sin su escrita y especifica autorizacion. Nosotros tendremos que obtener su autorizacion separada de cualquier consentimiento que ya tengamos de usted. Si usted nos da autorizacion para usar o revelar informacion medica de usted, usted puede revocar esa autorizacion en escrito a cualquier momento. Si usted revoca su autorizacion, nosotros no podremos mas usar o revelar su informacion por las razones cubiertas por su autorizacion escrita, pero no podremos quitar cualquier uso o revelacion que ya hayan sido echas con su permiso.

### **SUS DERECHOS ACERCA DE INFORMACION DE SALUD DE USTED**

Usted tiene ciertos derechos acerca de su informacion medica que mantenemos de usted:

**El Derecho a Inspeccionar y Copiar** Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su informacion de salud, tal como medica como expediente de cobro, que nosotros usamos para hacer decisiones de su cuidado. Usted tiene que presentar una peticion escrita al Oficial de Privacidad para que usted pueda inspeccionar y/o copiar su informacion medica. Si usted pide una copia de la informacion, nosotros cobraremos un costo por copiar, mandar por correo y otros articulos utilizados. Nosotros tambien podemos negar su peticion para inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas. Si a usted se le ha sido negado el acceso a su informacion medica, usted puede pedir que el repudio sea revisado. Si cierto reviso es requerido por la ley, nosotros escogeremos a un



profesional licenciado de salud medica que revise su peticion y nuestra negacion. La persona que este conduciendo este reviso no sera la persona que le hizo la negacion de su peticion y nosotros obedeceremos el resultado del reviso.

**El Derecho a Rectificar** Si usted cree que informacion medica que nosotros tenemos de usted es incorrecta o esta incompleta, usted puede pedirnos rectificar la informacion. Usted tiene el derecho a pedir una rectificacion solo mientras la informacion se mantenga en esta oficina.

Para pedir una rectificacion, llene y presente una Forma de Rectificacion de Expediente Medico/Correccion al Oficial de Privacidad. Nosotros podemos negar esta peticion para la rectificacion si no esta en escrita o si no incluye una razon que apoye esta peticion. Tambien, nosotros podemos negar su peticion si usted nos pide que rectifiquemos informacion que:

- a) nosotros no creamos, solo que la persona o ser que creo la informacion ya no esta disponible para rectificarla;
- b) ya no es parte de su informacion medica que nosotros tenemos;
- c) usted no sera permitido copiarlo o inspeccionarlo;
- d) si esta completa y precisa.

**El Derecho a Contabilidad de Revelaciones** Usted tiene el derecho a pedir una "contabilidad de revelaciones." Esta es una lista de las revelaciones que nosotros hemos echo de su informacion medica para razones aparte de tratamientos, cobros y operaciones de salud medica. Para obtener esta lista, usted tiene que presentar su peticion en escrito al Oficial de Privacidad. Tiene que incluir un periodo de tiempo, el cual tiene que ser no mas de 6 anos y no puede incluir las fechas antes del Abril 14, 2003. Su peticion tiene que indicar en que forma usted quiere la lista (por ejemplo, en papel, electronicamente). Nosotros podremos cobrarle por el costo de proveerle la lista. Nosotros le notificaremos de el costo y usted decidira de quitar o modificar su peticion entonces antes de que algun costo sea incurrido.

**El Derecho a Requerir Restricciones** Usted tiene el derecho a pedir una peticion de restriccion o limitacion on la informacion de salud que nosotros usamos o revelamos de usted para tratamiento, cobros, o operaciones de salud medica. Usted tambien tiene el derecho a pedir un limite de la informacion medica que nosotros revelamos de usted a alguien que esta envuelto en su cuidado o el cobro de su cuidado, como un miembro de familia o amigo(a). Por ejemplo usted puede pedir que nosotros no usemos o revelemos informacion de una cirugia que usted tuvo.

**Nosotros No Estamos Requeridos A Consentir A Su Peticion** Si nosotros consentimos, nosotros accederemos con su peticion solo que la informacion sea necesitada para tratamiento de emergencia.

Para requerir restricciones, usted puede llenar y someter una Restriccion de Requerimiento en Uso/Revelacion De Informacion Medica al Oficina De Privacidad.

**Derecho a Requerir Comunicaciones Confidenciales** Usted tiene el derecho a pedir que nosotros comuniquemos con usted de asuntos medicos en ciertas maneras o en ciertos



lugares. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted en su trabajo, o por correo.

Para pedir un requerimiento de comunicaciones confidenciales, usted puede llenar y someter la Peticion de Restriccion En Uso/Revelacion de Informacion Medica Y/O Comunicacion Confidencial al Oficial de Privacidad. Nosotros no le pediremos la razon por su peticion. Nosotros complaceremos todas las peticiones razonables. Su peticion tendra que especificar como y donde usted desea ser contactado.

### **Cambios A Este Aviso**

Nosotros tenemos el derecho a cambiar este aviso, y hacer revisions o cambios de este aviso efectivos para informacion medica que nosotros ya tenemos de usted tanto como cualquier informacion que recibamos en el futuro. Nosotros pondremos un resumen de la noticia actual in la oficina con la fecha efectiva in la parte derecha de arriba. Usted tiene el derecho a una copia de este aviso de la noticia actual que esta efectiva.

### **Quejas**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede submitir una queja con nuestra oficina or con la Secretaria del Departamento de Salud de Recursos Humanos. Ese numero es 1-800-368-1019. Para presentar una queja con nuestra oficina, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad para Carolina Health Centers, Inc. at 864-388-0301. Usted no sera penalizada por submitir una queja.



**Reconocimiento de Recibimiento de Noticia de Privacidad**

Para uso de la Oficina Solamente:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Expediente Medico #: \_\_\_\_\_  
Fecha de Recibimiento: \_\_\_\_\_

Al firmar esta forma, usted reconoce que Carolina Health Centers, Inc. le ha dado a usted una copia de la Noticia de Privacidad, la cual explica como su informacion medica sera manejada en varias situaciones.

**Marque todas las que apliquen:**

**Yo he recibido la Noticia de Privacidad de Carolina Health Centers, Inc.**

**Carolina Health Centers, Inc. me ha dado la oportunidad de discutir mis preocupaciones y preguntas de la privacidad de mi informacion medica.**

**Yo elijo revelar mi informacion a las siguientes personas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

---

**El personal de Carolina Health Centers, Inc. debe de llenar este Forma de Reconocimiento si no firmada:**

1. El paciente tiene copia del Aviso de Privacidad:  Si  No
2. Favor de explicar porque el paciente no pudo firmar la forma de reconocimiento y los esfuerzos de Carolina Health Centers, al tratar de obtener la firma del paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CAROLINA HEALTH CENTERS, INC.

### FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE LA ESCALA VARIABLE

Si quiere aplicarse por la escala variable, solamente apunte la información de las personas que usted actualmente mantiene con su dinero. Si hay gente que vive con usted pero no les ayuda financieramente, esa información no se puede usar.

Nombre/Apellido Paterno	Parentezco a Usted	Fecha de Nacimiento	Dirección	Ingreso	¿Verificado?

**¿RECIBE USTED O ALGUIÉN EN SU HOGAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?**

**FAVOR DE CONTESTER CADA UNO:**

	Sí	No	Cantidad
Ayuda financier del Departamento de Servicios Sociales			
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Ingreso de Seguro Social			
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)			
Otros ingresos de pensión o jubilación			
Seguro de indemnización, desempleo, indemnización por huelga			
Remuneración per entrenamiento (alojamiento y comida)			
Mantenimiento de hijos y/o pensión alimenticia			
Dinero de familiars o amigos			
Interes, dividendos, o ingresos de un fideicomiso			
Otras Fuentes de ayuda (favor de especificar)			
Pagos de alguna compañía de seguros			
Pagos recibidos de arrendatarios			

Número de familiars que viven con usted \_\_\_\_\_ Ingreso estimado del aplicante \_\_\_\_\_

Cantidad de ingreso verificada \_\_\_\_\_ Descuento concedido \_\_\_\_\_

Intervalo de actualización \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

Por el presente le autorizo a Carolina Health Centers, Inc. que verifique toda la información dad arriba.

*Entiendo que si hay cualquier información incorrect o engañosa, se me terminará el programa de descuento y tendré que pagar todos los honorarios.*

Concedo proveer documentación como prueba de mi elegibilidad dentro de una semana. Por no cumplir con eso, tendré la responsabilidad de pagar todos los honorarios.

Firma del paciente

Firma del entrevistador

Fecha de hoy