

CLEMSON RURAL HEALTH

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Usted se presentó voluntariamente a la Universidad de Clemson – Clemson Rural Health para recibir servicios de salud. Para proporcionar los servicios que ha solicitado, debemos recopilar, usar y divulgar información de salud personal sobre usted de manera rutinaria, como su nombre, dirección, estado civil, edad y otra información de salud individualmente identificable para poder tratarle, facturar el tratamiento y / o para llevar a cabo las operaciones de rutina del CRH, tales como actividades administrativas, financieras, legales y de mejora de la calidad. Respetamos su necesidad de privacidad y confidencialidad y tenemos importantes salvaguardas para evitar el mal uso de su información privada.

Por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Si tiene preguntas o inquietudes sobre este consentimiento, solicite hablar con el Coordinador o Director Administrativo del CRH.

PERMISO PARA UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD: Al firmar este formulario, usted le da permiso al CRH para usar y / o divulgar su información de salud personal para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

TRATAMIENTO: Utilizaremos y divulgaremos su información personal de salud para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero que ya ha obtenido su permiso para tener acceso a su información médica protegida. También divulgaremos información de salud personal a otros proveedores de atención médica que puedan estar tratándola cuando tengamos el permiso necesario de usted. Por ejemplo, se puede proporcionar información sobre usted a un proveedor de atención médica a quien le hayan dirigido para garantizar que el proveedor tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle. Además, podemos divulgar información sobre usted de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) que, a solicitud del proveedor de atención médica en el CRH, se involucra en su atención por Brindar asistencia con su diagnóstico o tratamiento de atención médica.

PAGO: Debemos utilizar su información personal de salud, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica.

Por ejemplo, algunos de nuestros servicios se pagan total o parcialmente a través de subvenciones o contratos. Podemos enviar información sobre usted al otorgante, contratista o asegurador para obtener el pago.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Debemos usar o divulgar, según sea necesario, su información personal de salud para apoyar las operaciones del CRH. Clemson Rural Health es un centro académico de enfermería y apoyamos la misión (enseñanza, investigación, y servicio) de la Universidad de Clemson. Los estudiantes y la facultad son una parte integral de nuestras operaciones diarias. Los estudiantes de salud, los aprendices o los profesionales en áreas de atención médica aprenden bajo supervisión para practicar o mejorar sus habilidades como proveedores de atención médica y tendrán acceso a su información personal de salud como parte de su capacitación. Las actividades de rutina incluyen, entre otras, la evaluación del programa, actividades de mejora de la calidad, como encuestas de satisfacción del cliente, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de profesionales de la salud, actividades de licencia y realización u organización de otras actividades comerciales.

Por ejemplo, para evaluar nuestros programas y servicios, recopilamos información sobre la cantidad de clientes que hemos tratado, los tipos de servicios, los resultados del tratamiento, la satisfacción del cliente, etc. Revisamos esta información regularmente para mejorar continuamente nuestros servicios. Reportamos información resumida a los otorgantes o contratistas que brindan apoyo para nuestros programas. Por ejemplo, proporcionamos información sobre el número de mujeres que han recibido exámenes clínicos de seno y mamografías y el número de exámenes que fueron normales o anormales. Además, a menudo se invita a los miembros de nuestra facultad a hablar en conferencias profesionales y presentar información resumida sobre nuestros programas y servicios. No revelamos su identidad personal ni está vinculada a ninguno de los datos resumidos informados. Esto es considerado por la Oficina de Cumplimiento de Investigación (ORC) de Clemson como evaluación del programa o investigación de servicios de salud. Si firma este formulario de consentimiento, participa en esta investigación de servicios de salud. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la evaluación de nuestro programa o la investigación de servicios de salud, no dude en hablar con nuestro Director, al 656-3076.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES DE USO / DIVULGACIÓN: Tiene derecho a solicitar una restricción sobre cómo se utiliza o divulga su información personal de salud para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica del CRH; sin embargo, el CRH no está obligado a aceptar las restricciones si las restricciones pueden limitar nuestra capacidad de tratar, recibir pagos por servicios o llevar a cabo las operaciones del CRH. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales en una dirección diferente o de una manera diferente, como llamarlo a su oficina en lugar de a su hogar. Puede solicitar una restricción completando un formulario. Pídale a un coordinador de servicios el formulario.

DERECHO A RECHAZAR: Tiene derecho a negarse a firmar este consentimiento; sin embargo, no podemos brindarle servicios, excepto la atención de emergencia, sin su firma.

POR FAVOR ENTREGUE EL FORMULARIO EN LA RECEPCION



DERECHO A REVISAR EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Su firma a continuación reconoce que ha recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del CRH. Tiene derecho a revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de su información personal de salud que ocurrirán en su tratamiento, pago de sus facturas o en el desempeño de las operaciones de atención médica del CRH. El Aviso de prácticas de privacidad para el CRH también se muestra en el sitio web del CRH en <http://www.clemson.edu/wellness>. Este Aviso de prácticas de privacidad también describe sus derechos y los deberes del CRH con respecto a su información de salud personal.

CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: El CRH puede cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad según sea necesario. Puede obtener una copia actual del Aviso de prácticas de privacidad del CRH comunicándose con un Coordinador de servicios al 864-656-3076 o visitando el sitio web del CRH en <http://www.clemson.edu/wellness>.

DERECHO A RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO: Usted tiene derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que el CRH ya haya tomado medidas en virtud de este consentimiento. Debe retirar este consentimiento por escrito. Si retira este consentimiento, el CRH no puede proporcionarle otro tratamiento o seguimiento que no sea los servicios de emergencia requeridos.

PERIODO EFECTIVO: Este consentimiento es válido a menos y hasta que lo retire por escrito.

Si está firmando este consentimiento en nombre de otra persona, es porque usted es el tutor legal, padre o agente bajo un poder notarial activo para la atención médica, y debe estar legalmente autorizado para firmar este consentimiento en nombre de la persona.

Firma del paciente o representante personal

Nombre impreso del paciente o representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

NOTA: Los términos "información de salud protegida," "información de salud personal" e "información personal edificable" tienen el mismo significado y se pueden usar indistintamente.

Eficaz 31 de enero de 2003
Reviso 12 de julio de 2012; 1 de julio de 2021

CLEMSON RURAL HEALTH

Nuestra Política Financiera

Estimado paciente,

Bienvenido y gracias por elegir nuestra práctica. Creemos que establecer una política financiera por escrito es mutuamente beneficioso para todas las partes.

Participamos con varios planes de Seguro. Sin embargo, cada plan de Seguro tiene diferentes beneficios, así como diferentes obligaciones financieras. Por lo tanto, usted, como paciente, es responsable de verificar estos beneficios con su compañía de seguros. Archivaremos su Seguro, como cortesía para usted, pero usted es responsable de cualquier saldo impago que pueda incluir copagos, con seguros y /o deducibles.

Las siguientes son las condiciones para los servicios prestados al paciente por Clemson Rural Health de la Universidad de Clemson y las diversas entidades y proveedores asociados con CRH.

Lea atentamente esta política financiera. Si tiene alguna pregunta sobre esta política, cualquier miembro de nuestro personal estará encantado de ayudarle.

- Pago por el servicio: nuestra oficina le informará sobre los copagos y los montos deducibles al momento del check in o check out. Estas cantidades se deben al momento del servicio. Como cortesía para usted, presentaremos sus reclamos de Seguro para aquellas compañías de seguros para las que somos proveedores, si nos proporciona una copia de su tarjeta de Seguro actual. Requerimos que pague su deducible, copago y / o cualquier cargo no cubierto por el Seguro. El pago se requiere al momento del servicio. Esto puede incluir su copago, coaseguro, deducible y cualquier otro saldo impago.
- Método de pago: puede pagar su facture en efectivo, cheque personal, ciertas tarjetas de crédito o tarjeta de débito.
- Cheques devueltos: se agregará un cargo por servicio en todos los cheques que se nos devuelvan por fondos insuficientes.
- Reabastecimientos de recetas sin cita: se puede agregar un cargo de \$10.00 por incidencia para los reabastecimientos de recetas sin cita.
- Completar formularios médicos: puede haber un cargo completar formularios como discapacidad, exámenes físicos del campamento, etc.
- Copias de registros médicos: puede haber un cargo por completar este proceso; SC Sec. 44-7-325 para instalaciones de atención medica:
 - \$0.65 por página para las primeras 30 paginas
 - \$0.50 por página para todas las demás paginas
 - La tarifa administrativa no debe exceder \$25.00
 - Mas franqueo real
- Pago por los servicios prestados por ciertos proveedores: si está recibiendo servicios de laboratorio y / o diagnóstico por parte de proveedores que no sean esta oficina u otras prácticas, ese proveedor de servicios puede facturarle por separado. Esto incluye servicios prestados por laboratorios.
- Preguntas: estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta sobre su estado de cuenta o Seguro.

Apreciamos la oportunidad de participar en su atención médica. Si tiene alguna pregunta con respecto a su cuenta o necesita hacer arreglos de pago, comuníquese con nuestra oficina comercial al 864-656-3076. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 AM a 4:30 PM.

He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior. Reconozco toda la responsabilidad por los servicios prestados y acepto hacer arreglos financieros definitivos para el pago. Entiendo que los cargos pueden no estar totalmente cubiertos por mi Seguro de salud y, por lo tanto, soy el único responsable del pago de todos los servicios no cubiertos.

Firma del paciente

Fecha de la firma

POR FAVOR ENTREGUE EL FORMULARIO EN LA RECEPCION

CLEMSON RURAL HEALTH

Autorización para divulgación de información médica

| | |
|--|---|
| LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SERÁ CONFIDENCIADA POR TODOS LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MEDICAL DE CLEMSON UNIVERSITO – CLEMSON RURAL HEALTH A MENOS QUE EL PACIENTE REVOCA O MOMIFIQUE POR ESCRITO. | (Solo para uso de oficina) MRN _____ |
|--|---|

| | |
|--|-----------------------------------|
| Nombre del Paciente (IMPRESA) _____ | Fecha de Nacimiento: _____ |
|--|-----------------------------------|

Autorización para la divulgación de información médica: la privacidad de su información médica es importante. Discutiremos su condición médica con la(s) persona(s) que designe.

¿DESEA DESIGNAR UN MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON EL QUE EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDITION MEDICA? En caso afirmativo, ¿a quién? (Marque y complete uno a continuación)

Los siguientes miembros de la familia u otras personas pueden recibir información sobre mi condición médica:
 Escriba los nombres y apellido(s) _____

O

Cualquier miembro de la familia u otra persona que pregunte sobre mi afección medica puede recibir información de mi proveedor, EXCEPTO las siguientes personas:
 Escriba los nombres y apellido(s) _____

Puede revocar / cancelar o modificar / cambiar la designación anterior, pero la revocación o modificación debe ser por escrito.

NOTA: Esta designación no otorga a las personas nombradas anteriormente el derecho de tomar decisiones de atención medica por usted. Si en algún momento no puede dar su consentimiento para recibir atención o tratamiento, seguiremos el procedimiento establecido en la Ley de consentimiento para la atención medica de adultos de Carolina del Sur.

Comunicación confidencial: Proporcione números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:
 Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Otro: _____

Mensajes: Se puede dejar una solicitud de devolución de llamadas en los siguientes contestadores automáticos o en el correo de voz: (Marque todo lo que corresponda): Casa Trabajo Celular Otro

Autorizo que mi información médica se deje en el siguiente contestador automático o correo de voz: (marque todo lo que corresponda): Casa Trabajo Celular Otro

Si no podemos comunicarnos con usted o dejar un mensaje en los números de teléfono anteriores, indique con quien podemos dejar un mensaje para que llame nuestra clínica.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nota: Un sistema automático de recordatorio de citas puede llamar al número que figura en nuestra base de datos.

Información de contacto de emergencia: en caso de emergencia, comuníquese con las siguientes personas:

Nombre (impresa): _____ Número de teléfono: _____
 Relación: _____ ¿Necesita interprete? Si No
 Nombre (impresa): _____ Número de teléfono: _____
 Relación: _____ ¿Necesita interprete? Si No

Firma: Por la presente autorizo la divulgación de mi condición médica e información como se describe anteriormente.

Paciente / Firma del representante del paciente _____ Fecha: _____ Tiempo: _____
 Escriba el nombre (si es el representante del paciente): _____
 Relación con el paciente (si el representante del paciente): _____

CRH Representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____

CLEMSON RURAL HEALTH

FORMA PARA PACIENTES NUEVAS

Todas las preguntas contenidas en este documento son estrictamente confidenciales y se convertirán en parte de su registro médico. Complete la mayor cantidad de información posible para que podamos mantener registros precisos.

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| INFORMATION DEL PACIENTE (POR FAVOR LETRA IMPRENTA) | | | | FECHA: | |
| NOMBRE (<i>apellido, primer nombre</i>) | | | | | |
| SEXO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconocida | | Fecha de nacimiento: | | Nombre preferido: | |
| Dirección: | | | | | |
| Ciudad: | | | Teléfono de casa: | | |
| Estado: | | Código postal: | | Teléfono de trabajo: | |
| Condado: | | País: | | Teléfono celular: | |
| | | | Correo electrónico: | | |
| Información general | | | | | |
| Estado civil: | | <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Desconocida | | | |
| Estatus de veterano: | | <input type="checkbox"/> No veterano <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Guardia/Reservas <input type="checkbox"/> Veterano/a | | | |
| Lengua escrita: | | Etnicidad | | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocida | |
| Lengua preferida: | | ¿Necesita interprete? | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Caucaásico/a (Blanco) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano (Negro) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/a <input type="checkbox"/> Desconocido | | | | | |
| Nivel de educación: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Posgrado/Professional | | | | | |
| Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Retirado Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Desconocido | | | | | |
| ¿Esta empleado por Clemson University? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | En caso afirmativo, ¿Qué departamento? | | |
| Ocupación: | | | Empleador: | | |
| Proveedor de atención medica anterior o remitente: | | | Fecha del último examen físico: | | |
| INFORMACION DE FARMACIA | | | | | |
| Farmacia Local: | | | Número de teléfono: | | |
| Farmacia de pedidos por correo: | | | Número de teléfono: | | |
| INFORMACION DEL SEGURO (por favor, darse su tarjeta de seguro a la recepcionista) | | | | | |
| MARQUE AQUÍ SI NO TIENE SEGURO O SI DESEA PAGAR POR SU CUENTA <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Los padres / tutores que presenten a un niño menor para recibir tratamiento serán listados como garantes. Si tiene 18 años o más, el paciente aparecerá como garante y no tiene que completar esta acción. El garante será responsable de cualquier saldo adeudado. | | | | | |
| ¿Seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid | | ¿Qué tipo? (nombre de la compañía de seguros): _____ | | | |
| Numero de póliza: | | | Numero de grupo: | | |
| NOMBRE (<i>apellido, primer nombre</i>) | | | Relación del paciente con el garante: | | |
| Nombre del suscriptor en la tarjeta: | | | Relación paciente con suscriptor: | | |
| Fecha de nacimiento del suscriptor: | | | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Desconocida | | |
| Dirección: | | Ciudad: | | Estado: | |
| Código: | | | | | |
| Autorización: | | | | | |
| Autorizo la evaluación y el tratamiento médicos, y la divulgación de información para fines médicos / de seguro relacionados con mi enfermedad y tratamiento. Por la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros a Clemson University – Clemson Rural Health por los servicios prestados. Seré responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro. | | | | | |
| Firma del paciente / Guardian / Guarantor: _____ | | | Fecha: _____ | | |
| SOLO PARA USO DE OFICINA | | | | | |
| MRN: | | | Fecha de Cita: | | |

POR FAVOR ENTREGUE EL FORMULARIO EN LA RECEPCION