



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCION MEDICA

Usted se presentó voluntariamente en la Universidad de Clemson – Clemson Rural Health para recibir servicios de salud. En orden de proveer los servicios que usted ha solicitado, nosotros debemos coleccionar, usar y divulgar información médica personal sobre usted rutinariamente, como su nombre, dirección, estado civil, edad y otra información médica individualmente identificable para poder tratarle a usted, facturar por el tratamiento y/o llevar a cabo las operaciones de rutina del CRH, tales como administrativas, financieras, legales y actividades para mejorar la calidad. Respetamos su necesidad de privacidad y confidencialidad y tenemos importantes salvaguardas para prevenir 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 de CRH.

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

Tratamiento: Nosotros utilizaremos y divulgaremos su información personal médica para proporcionar, coordinar o manejar 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. Nosotros también divulgaremos información médica personal a otros proveedores de atención médica que puedan estar tratándole cuando tengamos el permiso necesario de usted.

Por ejemplo, se puede proporcionar información médica sobre usted a un proveedor de atención médica a quien se le hayan referido para garantizar que el proveedor tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle. Además, podemos divulgar información sobre usted de tiempo en tiempo a otro médico o proveedor de atención médica (por ejemplo, un especialista o laboratorio) quien, por solicitud del proveedor de atención médica, venga a formar parte de su atención proveyéndole asistencia con su diagnóstico o tratamiento médico.

Pago: Nosotros debemos utilizar su información médica personal, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica.

Por ejemplo, algunos de nuestros servicios son pagados total o parcialmente a través de subvenciones o contratos. Nosotros podemos enviar información sobre usted al otorgante, contratista o asegurador para obtener el pago.

Operaciones de Atención Médica Nosotros debemos usar o divulgar, según sea necesario, su información personal médica para apoyar las operaciones de CRH. La información personal puede ser usada para requerimientos de licenciamiento profesional de salud o arreglos de otras actividades de negocios. Clemson Rural Health es un centro académico clínico de aprendizaje y apoya la misión (enseñanza, investigación, y servicio) de la Universidad de Clemson. Los estudiantes y el profesorado son una parte integral de nuestras operaciones diarias. Los estudiantes de la salud, los estudiantes en entrenamiento, investigadores o practicantes en áreas de atención médica aprenden bajo supervisión a poner en práctica sus habilidades como proveedores de atención médica y ellos pueden tener acceso a su información médica personal como parte de su rol. Las operaciones de atención médica incluyen, pero no están limitadas a evaluación del programa, mejoramiento de la calidad, y preparatorias para actividades de investigación.

Por ejemplo, para evaluar nuestros programas y servicios nosotros coleccionamos información acerca de número de clientes que hemos tratado, tipos de servicios, resultados del tratamiento, encuestas de satisfacción del cliente, etc. Nosotros revisamos esta información regularmente para mejorar nuestros servicios continuamente. Nosotros les damos un reporte del resumen de la información a los donadores o empresarios quienes proveen apoyo a nuestros programas. Además, los miembros de nuestra facultad son invitados a hablar en conferencias profesionales y presentar un resumen de la información sobre nuestros programas y servicios. No revelamos su identidad personal tampoco la vinculamos a ninguno de los datos en el resumen reportado. En preparación para las actividades de investigación podemos usar su identificación si Clemson Rural Health trata pacientes que pueden beneficiarse de los próximos ensayos. En forma similar su información puede ser accedida en el desarrollo de proyectos de investigación para entender cómo desarrollar un tratamiento o programa nuevo. Los datos coleccionados durante estas actividades no serán usados como datos de

POR FAVOR, ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A LA RECEPCIONISTA

CLEMSON RURAL HEALTH

investigación sin su autorización por escrito o la exención de la autorización aprobada por (IRB) Comité de Revisión Institucional. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación acerca del mejoramiento de nuestra calidad, evaluación del programa o de investigación de salud, por favor siéntase libre de hablar con nuestro Director, al 864 656 3076.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES DE USO / DIVULGACIÓN: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de sobre cómo se utiliza o divulga su información personal médica para llevar a cabo el tratamiento, el pago, o las operaciones de atención medica de CRH sin embargo, CRH no está obligado a aceptar las restricciones si las restricciones pueden limitar nuestra habilidad de tratar, recibir pagos por servicios o llevar a cabo las operaciones de CRH. Por ejemplo, usted puede solicitar que recibir de nosotros comunicaciones confidenciales a una dirección diferente o de una manera diferente, como llamarlo a su oficina en lugar de a su casa. Usted puede solicitar una restricción llenando una forma. Pídale a un coordinador de servicios la forma.

DERECHO A REVISAR EL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS: Su firma abajo reconoce que ha recibido una copia del Aviso de Prácticas Privadas. Usted tiene el derecho de revisar este aviso antes de firmar este consentimiento. El Aviso de Prácticas Privadas describe los tipos de usos y divulgaciones de su información personal médica que ocurrirán en su tratamiento, pago de sus facturas o en el desempeño de las operaciones de atención medica de CRH. El Aviso de Prácticas Privadas también se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.clemson.edu/cbshs/clemson-rural-health/documents/notice-of-privacy-practices.pdf>. Este Aviso de Prácticas Privadas también describe sus derechos y los deberes del CRH con respecto a su información médica personal.

CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS: La Clínica Clemson Rural de Salud puede cambiar el Aviso de Prácticas Privadas según sea necesario. Usted puede obtener una copia actual del Aviso de Prácticas Privadas contactando al Coordinador de Servicios al 864-656-3076 o visitando nuestro sitio web en <https://www.clemson.edu/cbshs/clemson-rural-health/documents/notice-of-privacy-practices.pdf>.

DERECHO A RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO: Usted tiene derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que el Centro ya haya tomado acción con respecto a este consentimiento. Usted debe retirar este consentimiento por escrito enviando un email a ClemsonRuralHealth@clemson.edu Si usted retira este consentimiento, CRH no podrá proporcionarle tratamiento o seguimiento otro que no sea los servicios de emergencia requeridos.

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

Si usted está firmando este consentimiento en nombre de otra persona, es porque usted es el tutor legal, padre o un agente bajo un Poder Notarial Legal activo para la Atención médica, y usted 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 identificable” tienen el mismo significado y cualquiera de ellos. puede ser usado.

Efectivo 31 de enero de 2003

Revisado 07/12/2012, 07/01/2021, 12/2025

POR FAVOR, ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A LA RECEPCIONISTA



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA	
<p style="text-align: center;">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.</p>	<p style="text-align: center;">(Solo para uso de oficina)</p> <p>MRN _____</p>
<p>Nombre del Paciente (IMPRESA) _____</p>	<p>Fecha de Nacimiento: _____</p>
<p>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.</p>	
<p>¿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)</p> <p><input type="checkbox"/> Los siguientes miembros de la familia u otras personas pueden recibir información sobre mi condición médica: Escriba los nombres y apellido(s) _____</p> <p>_____</p>	
<p>O</p> <p><input type="checkbox"/> 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) _____</p> <p>_____</p>	
<p>Puede revocar / cancelar o modificar / cambiar la designación anterior, pero la revocación o modificación debe ser por escrito.</p> <p><i>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.</i></p>	
<p>Comunicación confidencial: Proporcione números de teléfono donde podamos comunicarnos con usted:</p> <p><input type="checkbox"/> Casa: _____ <input type="checkbox"/> Trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Celular: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	
<p>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): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro</p>	
<p>Autorizo que mi información médica se deje en el siguiente contestador automático o correo de voz: (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro</p>	
<p>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.</p> <p>Nombre: _____ Número de teléfono: _____</p> <p>Nombre: _____ Número de teléfono: _____</p>	
<p>Nota: Un sistema automático de recordatorio de citas puede llamar al número que figura en nuestra base de datos.</p>	
<p>Información de contacto de emergencia: en caso de emergencia, comuníquese con las siguientes personas:</p> <p>Nombre (impresa): _____ Número de teléfono: _____</p> <p>Relación: _____ ¿Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre (impresa): _____ Número de teléfono: _____</p> <p>Relación: _____ ¿Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Firma: Por la presente autorizo la divulgación de mi condición médica e información como se describe anteriormente.</p> <p>Paciente / Firma del representante del paciente _____ Fecha: _____ Tiempo: _____</p> <p>Escriba el nombre (si es el representante del paciente): _____</p> <p>Relación con el paciente (si el representante del paciente): _____</p>	
<p>CRH Representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____</p>	

POR FAVOR ENTREGUE EL FORMULARIO EN LA RECEPCION



Nuestra Política Financiera

Bienvenido y gracias por elegir nuestra práctica.

Creemos que establecer una política financiera por escrito es mutuamente beneficioso para todas las partes.

Nosotros participamos con varios planes de aseguranzas. 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. Nosotros, como cortesía para usted vamos a someter los cargos a su aseguranza, pero usted es responsable de cualquier saldo que ella no pague, puede incluir copagos, co-aseguranza y /o deducibles.

Las siguientes son las condiciones por 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 acerca de esta política, cualquier miembro de nuestro personal con gusto le ayudará.

- Pago por el Servicio: nuestra oficina le informará sobre los copagos y los montos deducibles al momento de checar su llegada o checar su salida. Estas cantidades se deben al momento del servicio. Como cortesía para usted, enviaremos sus reclamos de Seguro a aquellas compañías de seguros para las que somos proveedores, si nos proporciona una copia de su tarjeta de aseguranza 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, co-seguro, deducible y cualquier otro balance no pagado.
- Cobro por faltar a su cita: Faltar a su cita sin previo aviso puede resultar en un costo de \$20.00 que se le cargará a su cuenta
- Método de pago: puede pagar su factura 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.
- Resurtir sus recetas sin tener cita: se puede agregar un cargo de \$10.00 por incidencia por resurtir sus recetas sin cita.
- Completar formas médicas: puede haber un cargo por completar formas como por discapacidad, exámenes físicos del campamento, etc.
- Copias de registros médicos: puede haber un cargo por completar este proceso; SC Sec. 44-7-325 por clínica de atención medica:
 - \$0.65 por página por las primeras 30 páginas
 - \$0.50 por página por todas las demás páginas
 - La tarifa administrativa no debe exceder de \$25.00
 - Mas el cargo postal
- Pago por los servicios provistos por ciertos proveedores: si usted tiene laboratorio y / o servicios diagnósticos por parte de otros proveedores que no sean de esta oficina u otras prácticas, usted puede recibir facturas por separado de esos proveedores de servicios. Esto incluye servicios provistos por laboratorios.
- Preguntas: estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta sobre su estado de cuenta o aseguranza.

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 de negocios 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 definidos para el pago. Entiendo que los cargos pueden no estar totalmente cubiertos por mi aseguranza médica y, por lo tanto, yo soy el único responsable del pago de todos los servicios no cubiertos.

Firma del paciente

Fecha de la firma

POR FAVOR, ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A LA RECEPCIONISTA

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