

McKinney Medical Center, Inc.

218 Quarterman Street Waycross, GA 31501 912.287.9140 (Medical)

Información de Paciente

Applicant Information

Apellido:	Nombre:	Inicial de 2do Nombre:				
Fecha de Nacimiento:	Número de seguro social	Sexo: M ____ H ____				
Estado Marital:	¿ Es usted Hispano o Latino? S ____ N ____					
Raza (marque una):	Blanco	Negro/AA	Asiatico	Indioamericano/Nativo de Alaska		
Preferencia Sexual(Marque Una)	Lesbiana	Homosexual	Heterosexual	Bisexual	Algo Mas	No Sabe
Identidad de Género (Marque Una):	Hombre	Mujer	Varón Transexual	Transexual Femenina	Otro	
Dirrección Actual:						
Ciudad:	Estado:	Código Postal:				
Dirrección Permanente:						
Ciudad:	Estado:	Código Postal:				
Teléfono: (casa):		Teléfono: (Trabajo)				
Teléfono (cell):		Se puede dejar mensaje de voz? S ____ N ____				
Correo Electrónico:		Veterano?: S ____ N ____				
Contacto de Emergencia:		Parentezco:				
Teléfono: (casa):	Teléfono: (Trabajo)	Teléfono (cell):				

Insurance Information

Marque la fuente del pagador del cuenta:

Medicaid Medicare Aseguranza Privada WellCare Amerigroup PeachCare La paga usted mismo Descuento de Escala

Nombre de Aseguranza: Por Favor provee su tarjeta(s) de aseguranza

Nombre de Portatarjeta: Parentezco al Paciente:

Teléfono: Fecha de Nacimiento: Seguro Social:

Nota: Con el fin de presentar las reclamaciones de seguros, es necesaro que tengamos la Fecha de Nacimiento y Seguro Social del titular de la póliza

Pharmacy Information

Farmacia: Ciudad:

Firma: Fecha:

Employer / Income Information

Lugar de Empleo: Dirrección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Ingreso Annual(marque uno): Mckinney Medical Center, Inc es un centro de salud federalmente calificado, por tal razón, estamos obligados a reportar ciertos niveles de ingreso sobre nuestros pacientes. Esta información es solo para Mckinney Medical Center, Inc y no será distribuida o publicada de ninguna forma. Por Favor complete la siguiente información.

<input type="checkbox"/> \$0 - \$11,170	<input type="checkbox"/> \$11,171 - \$15,130	<input type="checkbox"/> \$15,131 - \$19,090
<input type="checkbox"/> \$19,091 - \$23,050	<input type="checkbox"/> \$23,051 - \$27,010	<input type="checkbox"/> \$27,011 - \$30,970
<input type="checkbox"/> \$30,971 - \$34,930	<input type="checkbox"/> \$34,931 - \$38,890	<input type="checkbox"/> \$38,891 and up

Número de Miembros de la Familia en el hogar:

Persona sin Hogar: S ____ N ____ Migrante: S ____ N ____ Temporero: S ____ N ____

Transición: S ____ N ____ Calle: S ____ N ____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. Las siguientes categorías describen diferentes maneras que utilizamos y divulgamos su información médica. Si usted lo solicita, podemos elaborar sobre el significado y dar ejemplos más concretos de los usos de cada categoría o divulgaciones. No será listado cada uso o revelación en las categorías. Sin embargo, todas la información que usted nos permita usar o revelar estará englobada dentro de una de las siguientes categorías.

- **Para el pago.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que los tratamientos y servicios que reciba en nuestra práctica puedan ser facturados y el pago se pueda recibir de usted o de su compañía de seguros o de terceros. Por ejemplo: podemos compartir su historial medico a una compañía de seguros, así podemos recibir pago por su tratamiento.
- **Para el tratamiento.** Podemos utilizar su información médica para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Podemos compartir información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal en la práctica o en el hospital que estén involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir información médica sobre usted a las personas fuera de la práctica que podrán estar involucrados en su cuidado médico, tales como miembros de la familia, clero u a otras personas que formen parte de su atención.
- **Para operaciones de cuidado de salud.** Podemos utilizar y distribuir información médica sobre usted para tratamientos de atención médica. Estos usos e información son necesarias para el archive de nuestra oficina y para asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención médica de calidad. También podemos compartir información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal de práctica para propósitos de consulta medica. Por ejemplo, podemos repasar su historial para mejorar nuestros esfuerzos. Asi darle mejor calidad de servicio.

QUIEN SEGUIRÁ ESTE AVISO. Este aviso describe las políticas y procedimientos de nuestra oficina y de cualquier profesional de la salud autorizado para añadir información en su expediente médico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitimos ayudarle, así como todos los empleados, u otro personal de la práctica.

POLÍTICA EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Hemos creado un registro del cuidado y servicios que usted recibe en la práctica. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generada por la práctica, ya sea hecha por el personal de la oficina o por su médico personal. La ley nos exige: Asegurarse de que la información médica que lo identifica se mantiene privada; dar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y para cumplir con los términos de la notificación que está actualmente en efecto. Otras formas en las que podamos utilizar o compartir su información protegida de salud incluyen: recordatorios de la cita; como es requerido por ley; para beneficios relacionados con la salud y los servicios; a los individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención; investigación; para evitar una amenaza grave de la salud o seguridad; y para alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su información personal podrían incluir distribuirla a o para: médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; actividades de supervisión de salud; reclusos; aplicación de la ley; demandas y disputas; militares y veteranos; seguridad nacional y actividades de inteligencia; donación de órganos y tejidos; servicios de protección para el Presidente y otros; riesgos para la salud pública; y la compensación del trabajador.

Aviso de los Derechos Individuales

Tiene los siguientes derechos con respect a la información medica que podemos mantener sobre usted:

- **Derecho a una copia impresa de esta notification.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notification. Puede pedir una copia impresa en cualquier momento.
- **Derecho de Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica para tomar decisiones sobre su cuidado. Podemos negarle su pedido de inspeccionar y copiar en algunas circunstancias limitadas.
- **Derecho a Enmendar(Corregir).** Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrect o incomplete, usted puede solicitarnos corregir la información. Usted tiene el derecho solicitador la

enmienda solo si la información es para o por la Práctica. Para solicitar le enmienda, tu solicitud debe ser hecho por escrito y presentado al Oficial De los Proyetos Especiales y debes proveer una razón que apoya su solicitud. Podemos negar su solicitud para una enmienda.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una prohibición o limitación de la información que podamos usar o compartir de su tratamiento, pagos, u operaciones del cuidado de su salud. Tambien usted tiene el derecho de solicitar un limite de la información médica que compartamos de usted o de alguien que está envuelto en su cuidado o el pago de su cuidado, como por ejemplo un miembro de su familia o un amigo. No estamos obligados acceder con su solicitud. Pero si acordamos, obedeceremos su solicitud amenos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Para solicitar estas restricciones, su solicitud debe ser hecha por escrito y entregada al Oficial de Proyectos Especiales.
- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que te comuniquemos con usted asuntos médicos de cierta manera o en cierta localidad. Debes hacer su solicitud por escrito y especificar cómo o donde quieres ser contactado.
- **Derecho a la Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una “Contabilidad de Divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho sobre su información médica. Para solicitar una lista de la Contabilidad de Divulgaciones, debes entregar su solicitud hecho por escrito al Oficial de Proyectos Especiales.

CAMBIOS DE ESTE NOTIFICACIÓN. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en este circular. Una copia de este documento sera puesta en los registros de practica en la sala de espera.

QUEJAS. Si usted cree que sus derechos a privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra oficina, contacta la Oficial de Proyectos Especiales al (912)287-0412. Todas las quejas se deben ser hechas por escrito. No hay penalización por presentar una queja.

OTRO USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA. Otros usos de la información médica no mecionados en esta notificación o por las leyes que aplican a los usos serán hechos solo con su consentimiento hecho por escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o compartir información médica sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta de este document o quisiera recibir una explicación mas detallada, por favor contacta a nuestra Oficial de Proyectos Especiales.

Paciente or Representante del Paciente

Fecha

Signature on File

Entiendo que Asistentes Médicos(PA) realizan servicios en esta localidad. Entiendo que tengo derecho de ver al Médico antes de recibir cualquier medicina o receta prescrita por el Asistente Médico(PA).

Nombre en Molde:

Firma:

Fecha:

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Su firma a continuación constituye un acuerdo vinculante entre Mckinney Medical Center, Inc(MMC-EI proveedor de servicios medicos) y el paciente que está recibiendo servicios medicos o la parte responsable para pacientes menores.(aquellos pacientes menos de 18 años de edad) La Parte responsable es el individuo que es económicamente responsable del pago de cuentas médicas.

Todos los cargos por los servicios prestados son debidos en el momento del servicio.

Aseguranza Comercial: Tenemos contraltos con varias companies de aseguranza, y se les fracturará como un servicio para usted. Como la Parte Responsable, usted sera responsable si su aseguranza rechaza pagar por cualquiera razón.

La persona que firma en nombre del paciente como la parte responsable deberá:

- Informar a MMC de la dirección actual y número de teléfono para el paciente y la parte responsable.
- Presentar todas las tarjetas de seguros actuales antes de cada visita al consultorio.
- Verificar en cada visita que la información esté actualizada con la firma de nuestra hoja de datos.
- Pagar cualquier co-pago en el momento de la visita.
- Pagar cualquier cantidad adicional deudada dentro de los 30 días de recibir una declaración de nuestra oficina (Cuando MMC recibe una explicación de beneficios (EOB) de su compañía de seguros, cualquier cantidad que usted necesita pagar le será facturados a usted).

Póliza de cheques devueltos. Si se realiza un pago en una cuenta por cheque y el cheque se devuelve como fondos insuficientes (NSF), cuenta cerrada (AC) o consulte al fabricante (RTM), el paciente o persona responsable del paciente será responsable por la cantidad del cheque original además de un cargo por servicio \$30,00. Una vez recibida la notificación de los cheques devueltos, MMC enviará una carta para notificar a la parte responsable del cheque devuelto. Si no recibimos una respuesta dentro de 10 días desde la fecha de la carta por el paciente o el responsable, la cuenta puede ser entregado al juzgado donde se agregarán cargos judiciales adicionales al balance adeudado - además de la carga de servicio de \$30,00.

Falta de pago a cuenta. En caso de que procedimientos de colección u otra acción legal sea necesario para cobrar una cuenta atrasada, el paciente o persona responsable del paciente, entiende que MMC tiene el derecho de compartir con una agencia de colección exterior toda la información personal de la cuenta necesaria para cobrar el pago por los servicios prestados. El paciente o persona responsable del paciente, entiende que son responsables de todos los costos de colección, incluyendo, pero sin limitarse a, todos los costos judiciales y honorarios del abogado, que se sumarán al balance adeudado.

Al firmar abajo, usted acepta asumir la responsabilidad financiera total como un paciente que está recibiendo servicios médicos o como la parte responsable para pacientes menores. Su firma verifica que ha leído la declaración anterior, entiende sus responsabilidades y que está de acuerdo con estos términos.

Nombre del Paciente(Letra Molde)

Fecha

Firma del Paciente

Nombre del Responsable(Letra Molde)

Fecha

Firma del Responsable

Formulario de Autorización Médica

Muchos de nuestros pacientes permiten que sus familiares como su conyuge, padres, u otros, llamen y soliciten su información médica o de sus cobros. Bajo los requisitos de la póliza HIPPA no podemos dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si desea que algún familiar tenga acceso a su información médica, necesitas llenar este formulario. Firmando este formulario dará consentimiento a que demos su información médica solo a las personas indicadas en la parte abajo.

Usted tiene el derecho, por escrito, de revocar este consentimiento.

Yo autorizo a Mckinney Medical Center a divulgar mi información médica a este(os) individuo(s):

1. _____ Parentezco _____
2. _____ Parentezco _____
3. _____ Parentezco _____

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____