



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

E-FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRESCRIPCIONES

ePrescribing se define por la capacidad de un médico para enviar electrónicamente una receta precisa, libre de errores y prescripción comprensible directamente a una farmacia. El Congreso ha determinado que la capacidad de enviar recetas electrónicamente es un elemento importante para mejorar la calidad de atención al paciente.

ePrescribing reduce en gran medida los errores de medicación y mejora la seguridad del paciente. el medicare La Ley de Modernización (MMA) de 2003 enumeró los estándares que deben incluirse en un ePrescribe programa.

Éstos incluyen:

- **Transacciones de beneficios y formularios**

Brinda al médico que receta información sobre qué medicamentos están cubiertos por el beneficio de medicamentos.
plan.

- **Transacciones del historial de medicamentos**

Proporciona al médico información sobre los medicamentos que el paciente ya está tomando, tomando para minimizar el número de eventos adversos de medicamentos.

- **Notificación de estado de llenado**

Permite al prescriptor recibir un aviso electrónico de la farmacia informándole si la receta del paciente ha sido retirada, no retirada o surtida parcialmente.

Al firmar este formulario de consentimiento, acepta que Southern Crescent Family Practice puede solicitar y utilizar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o pagadores de beneficios de farmacia de terceros para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Southern Crescent Family Practice para inscribirme en el programa ePrescribe. he tenido la oportunidad de preguntar preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Nombre de la farmacia

Ubicacion y Teléfono



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

Condiciones de Servicio y Consentimiento para Tratamiento

Rev. 03/21

IMPORTANTE: NO FIRME ESTE FORMULARIO SIN LEER Y COMPRENDER SU CONTENIDO.

En consideración de los servicios prestados por Southern Crescent Family Practice (SCFP), el paciente o el representante abajo firmante que actúa en nombre del

El paciente acepta y consiente lo siguiente:

1. Consentimiento para Tratamiento/Servicios Médicos de Rutina

El paciente da su consentimiento para la prestación de Tratamiento/Servicios médicos según lo considere necesario y apropiado el médico tratante o otro médico, un miembro del personal médico de SCFP que haya solicitado atención y tratamiento del paciente y otras personas con privilegios de personal en SCFP. Los **tratamientos/servicios médicos** pueden ser realizados por "profesionales de la salud" (médicos, enfermeras, tecnólogos, técnicos, asistentes médicos u otros profesionales de la salud). El paciente autoriza al médico tratante u otro médico, al personal médico de SCFP y SCFP para proporcionar **Tratamiento/Servicios Médicos** ordenados o solicitados por el asistente u otro profesional y aquellos que actúen en su lugar.

El consentimiento para recibir "**Tratamiento/Servicios médicos**" incluye, pero no se limita a: atención clínica; exámenes (rayos x u otros); procedimientos de laboratorio; medicamentos; drogas; suministros; anestesia; procedimientos quirúrgicos menores y tratamientos médicos; grabación/filmar con fines internos (es decir, identificación, diagnóstico, tratamiento, mejora del rendimiento, educación, seguridad, protección) y otros servicios que el Paciente pueda recibir. En caso de que SCFP determine que el paciente debe proporcionar muestras de sangre para su análisis propósitos en interés de la seguridad de aquellos con quienes el Paciente pueda entrar en contacto; El paciente da su consentimiento para la retirada y la prueba de la sangre del paciente y a la divulgación de la información de la prueba cuando se considere apropiado para la seguridad de los demás.

2. Relación jurídica entre SCFP y el médico

Algunos de los profesionales de la salud que prestan servicios en SCFP son contratistas independientes y no son empleados de SCFP.

Los contratistas independientes son responsables de sus propias acciones y SCFP no será responsable de los actos u omisiones de dichos contratistas independientes contratistas.

3. Explicación del Riesgo y Alternativas de Tratamiento

El paciente reconoce que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que **NO SE HAN OTORGADO GARANTÍAS O ASEGURAMIENTOS.**

HECHO AL PACIENTE con respecto al resultado y/o resultado de cualquier **Tratamiento/Servicio Médico**. Si bien se realiza de forma rutinaria sin incidente, puede haber riesgos materiales asociados con cada uno de estos **Tratamientos/Servicios Médicos**. El paciente entiende que no es posible enumerar todos los riesgos para cada tratamiento/servicio médico y que este formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas (si las hay) asociadas con el **Tratamiento/Servicios Médicos**. El paciente también comprende que varios profesionales de la salud pueden tener opiniones diferentes en cuanto a lo que constituye riesgos materiales y **tratamientos/servicios médicos** alternativos. Al firmar este formulario:

El paciente da su consentimiento para que los profesionales de la salud realicen tratamientos/servicios médicos según lo consideren razonablemente necesario o deseable en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos **Tratamientos/Servicios médicos** que pueden ser imprevistos o que no se sabe que serán necesarios en el momento en que se obtiene este consentimiento; y el Paciente reconoce que el Paciente ha sido informado en términos generales de la naturaleza y propósito del **Tratamiento/Servicios Médicos**; los riesgos materiales del **Tratamiento/Servicios Médicos** y alternativas prácticas a los **Servicios Médicos Tratamiento/Servicios**. El Tratamiento/Servicios Médicos pueden incluir, pero no están limitados a lo siguiente:



Southern Crescent Family Practice, LLC

455 Forest Parkway

Forest Park, GA, 30297

T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

- a). **Pinchazos con agujas**, como inyecciones, inyecciones, vías intravenosas o inyecciones intravenosas (IV). Los riesgos materiales asociados con estos Los tipos de procedimientos incluyen, pero no se limitan a, daño a los nervios, infección, infiltración (que es la fuga de líquido a los tejidos), cicatriz que desfigura, pérdida de la función de las extremidades, parálisis o parálisis parcial o muerte. Alternativas a los pinchazos con agujas (si están disponibles) incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos eficaz).
- b). **Exámenes físicos, evaluaciones y tratamientos**, como signos vitales, exámenes corporales internos, limpieza de heridas, vendaje de heridas, controles de rango de movimiento y otros procedimientos similares. Los riesgos materiales asociados con este tipo de Procedimientos incluyen, pero son sin limitarse a, reacciones alérgicas, infección, pérdida severa de sangre, lesiones musculares-esqueléticas o internas, daño a los nervios, pérdida de una extremidad funcional, parálisis o parálisis parcial, cicatriz desfigurante, empeoramiento del estado y muerte. Además de utilizar Procedimientos modificados, no existen alternativas prácticas.
- C). **Administración de Medicamentos** a través de la vía adecuada, ya sea por vía oral, rectal, tópica o a través de los ojos, los oídos o las fosas nasales del Paciente, etc. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección, reacción alérgica, daño cerebral o muerte. Aparte de variar el método de administración, no existen alternativas prácticas.
- d). **Extracción de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido**, como las que se realizan para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento incluyen, pero no se limitan a, parálisis o parálisis parcial, daño a los nervios, infección, sangrado y pérdida de la función de las extremidades. Aparte de la observación a largo plazo, no existen alternativas prácticas.
- e). **Estudios radiológicos** como radiografías, tomografías computarizadas o resonancias magnéticas. Los riesgos materiales asociados con este tipo de Procedimientos incluyen, pero no se limitan a, la exposición a la radiación. Si el Paciente tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a estos **Tratamientos/Servicios médicos**, el Paciente le pedirá al proveedor que lo atiende que proporcionar al paciente información adicional. El paciente también entiende que el proveedor que lo atiende u otro proveedor puede pedirle al paciente que firme documentos adicionales de consentimiento informado sobre estos u otros **Tratamientos/Servicios Médicos**.

4. Servicios de Emergencia y Laborales

El paciente comprende el derecho del paciente a recibir un examen de detección médico apropiado realizado por un médico u otro médico calificado profesional, para determinar si el Paciente sufre de una condición médica de emergencia, y si tal condición existe, estabilizar tratamiento dentro de las capacidades del personal y las instalaciones del PHC, incluso si el Paciente no puede pagar por estos servicios, no tiene seguro médico o El paciente no tiene derecho a Medicare o Medicaid.

5. Profesionales de la salud en formación

El Paciente reconoce que entre aquellos que pueden asistir al Paciente en SCFP se encuentran médicos, enfermeras y otro personal de atención médica que se encuentra en capacitación y que, a menos que se solicite específicamente lo contrario, puede estar presente y participar en las actividades de atención al paciente como parte de su atención médica educación. También puede estar presente de vez en cuando un representante de productos médicos o dispositivos médicos. Por la presente se otorga el consentimiento para la presencia y participación de aquellas personas que el médico tratante considere apropiadas.



Southern Crescent Family Practice, LLC

455 Forest Parkway

Forest Park, GA, 30297

T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

6. Permanecer en el área de atención al paciente y monitoreo de circuito cerrado/grabación en video/fotografía

El paciente reconoce y comprende que se recomienda al paciente que permanezca en el área de atención al paciente en todo momento para optimizar la atención médica del paciente.

cuidado y seguridad. Si el Paciente elige abandonar el área por razones que no están relacionadas con el tratamiento, el Paciente asume toda responsabilidad por cualquier incidente, accidente, desgracia o daño, incluido el deterioro de la condición del Paciente, que el Paciente pueda sufrir. El paciente acepta mantener SCFP todos los Profesionales de la Salud, indemnes por cualquier lesión o daño que resulte de la decisión del Paciente de abandonar el área de atención del paciente y el Paciente acepta toda y cualquier responsabilidad por tales acciones. El paciente también entiende que la monitorización de circuito cerrado, la grabación en vídeo y la fotografía la atención al paciente se puede utilizar con fines educativos, clínicos y/o relacionados con la seguridad.

7. Autorización para divulgar información

SCFP está autorizado a usar y divulgar la información contenida en el registro del paciente como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de SCFP y según lo permita o exija la ley. La información autorizada para ser utilizada o divulgada incluirá, entre otros, información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluidas evaluaciones, diagnósticos o tratamientos relacionados con el VIH/SIDA, información sobre abuso de drogas/alcohol o tratamiento de los mismos y/o psiquiátrico o información psicológica. El paciente renuncia a cualquier privilegio relacionado con dicha información confidencial y, por la presente, libera a SCFP, sus agentes y empleados de todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades, daños, reclamos y gastos que surjan del uso y la divulgación de información como se autorizó anteriormente. Los usos y divulgaciones permitidos incluyen, entre otros, divulgaciones a compañías de seguros, sus agentes u otros terceros pagadores y/o agencias gubernamentales o de servicios sociales que pueden o pagarán cualquier parte de los gastos médicos incurridos o autorizados por representantes de SCFP; proveedores de atención y servicios alternativos para la atención posclínica según lo ordenado por el médico del Paciente (SCFP) o según lo solicite el Paciente o la familia del Paciente o según lo permita la ley; o afiliados y contratistas de SCFP, en tal caso, Piedmont Clinic/Hospitals, Southern Regional Medical Center, Atlanta Medical Center (Wellstar) y cualquiera de sus afiliados para fines operativos de SCFP, como actividades de mejora de la calidad, cumplimiento y evaluación de riesgos. PACIENTE RECONOCE Y ACEPTA QUE LOS REGISTROS DEL PACIENTE ESTARÁN DISPONIBLES PARA TODAS LAS ENTIDADES AFILIADAS A SCFP Y PROVEEDORES, Y A PROVEEDORES REFERENTES NO AFILIADOS A SCFP EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE USO SIGNIFICATIVO. Al dar su consentimiento para el tratamiento y aceptar la responsabilidad financiera por dicho tratamiento, el Paciente también comprende y reconoce que (a) SCFP, de vez en cuando, puede llamar y/o enviar un mensaje de texto al número de celular que el paciente proporcionó o enviar un correo electrónico relacionado con el tratamiento información al paciente, como confirmaciones y recordatorios de citas y exámenes, chequeos de bienestar, instrucciones preoperatorias, notificaciones de recetas, exámenes preventivos y recordatorios de vacunas; y (b) las preferencias del paciente para recibir, cambiar o detener estos y se pueden realizar otros tipos de comunicaciones de Piedmont iniciando sesión en el Portal del paciente de HEALOW en cualquier momento.

8. Objetos personales de valor

El paciente reconoce que SCFP no será responsable por la pérdida o daño de cualquier pertenencia personal, incluidos, entre otros, dinero, teléfonos celulares, computadoras portátiles, dispositivos electrónicos, joyas, audífonos, computadoras o dentaduras postizas.

9. Período de tiempo y aplicabilidad del consentimiento

Los consentimientos anteriores se aplican a todos los servicios ambulatorios basados en el consultorio médico, todos los servicios ambulatorios, así como los servicios no críticos servicios dentro de un entorno clínico. Con respecto a los servicios hospitalarios para pacientes internados, incluidos los partos y la atención del recién nacido



Southern Crescent Family Practice, LLC

455 Forest Parkway

Forest Park, GA, 30297

T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

en cualquier Hospital SCFP afiliado, los consentimientos **NO SON VÁLIDOS Y SE CONSIDERAN INDEPENDIENTES**. Para servicios prestados directamente a través de SCFP o por un médico de SCFP en una clínica de SCFP, los consentimientos anteriores son válidos por un período de un (1) año a partir de la fecha de la firma a continuación.

Validez del Formulario

El paciente reconoce que se puede usar una copia o una versión electrónica de este documento en lugar del original y que es tan válido como él. El Paciente entiende que los Profesionales de la Salud que participen en la atención del Paciente se basarán en el historial médico documentado del Paciente, como así como otra información obtenida del Paciente, la familia del Paciente u otras personas que tengan conocimiento sobre el Paciente, para determinar si realizar o recomendar los Procedimientos; por lo tanto, el Paciente acepta proporcionar información precisa y completa sobre el historial médico del Paciente y condiciones.

El Paciente confirma que el Paciente ha leído, entendido y aceptado los términos de este documento y el abajo firmante es el Paciente, el representante legal del Paciente o está debidamente autorizado por el Paciente como agente general del Paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente/representante del paciente

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha

Hora

Relación con el paciente Motivo

El paciente no puede firmar

Firma del representante de atención médica de SCFP
(letra de imprenta)

Nombre del representante de atención médica de SCFP

Fecha

Hora



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

Acuerdo financiero del paciente y Responsabilidades

Rev. 03/21

Southern Crescent Family Practice se compromete a proporcionar a los pacientes información sobre su cobertura y responsabilidades financieras. En consideración a los servicios proporcionados por Southern Crescent Family Practice (SCFP), el paciente o el representante abajo firmante que actúa en nombre del paciente acepta lo siguiente:

1. Servicios de Emergencia y Laborales

El paciente comprende su derecho a recibir un examen de detección médico apropiado realizado por un médico u otro profesional calificado profesional médico para determinar si el paciente sufre una afección médica de emergencia y si tal afección existe, estabilizando el tratamiento dentro de las capacidades del personal y las instalaciones de SCFP. El paciente entiende que los servicios de emergencia que están más allá de la capacidad de SCFP para tratar en un entorno basado en consultorio/médico ambulatorio, si el paciente no tiene seguro médico o El paciente no tiene derecho a Medicare o Medicaid.

2. Responsabilidad de pago del paciente que no es de Medicare

A cambio de Tratamiento/Servicios Médicos prestados al Paciente; El paciente entiende y acepta incondicionalmente los siguiendo:

- El paciente acepta pagar todos los copagos, deducibles o coseguros antes o en el momento del servicio/visita.
- El paciente comprende y acepta que se le cobrarán las tarifas maestras de cargo estándar de SCFP por todos los servicios no cubierto por un Pagador, en cuyo caso si dentro de la red serán los cargos permitidos dentro de la red del Pagador, para fuera de la red los cargos del SCFP del Pagador se basan en las tarifas usuales y habituales o razonables del Pagador.
- El paciente acepta específicamente pagar cualquier servicio que se determine que no está cubierto por ningún plan de beneficios de salud o compañía de seguros.
- El paciente es consciente de que no queda exento de responsabilidad por ninguna extensión de tiempo otorgada para el pago de estos cargos, no por la aceptación de SCFP, un pagaré del paciente o de cualquier tercero, o tarjeta de débito/crédito sistema de retiro automático.
- Si SCFP requiere asistencia legal para cobrar una cuenta, el Paciente acepta pagar el costo incurrido por dichos cobros.
- SCFP puede usar datos de terceros, como agencias de informes crediticios, para verificar datos demográficos o evaluar opciones financieras y, mediante esta autorización, permite expresamente que las fuentes y los empleadores proporcionen a SCFP toda la información solicitado.

3. Cesión de Beneficios de Seguro o Plan de Salud

El paciente reconoce la asignación y autorización de pago directo a SCFP para todos los seguros y planes de salud beneficios y liquidaciones, ya sean seguros médicos comerciales o de Medicare, incluidos, entre otros, los ingresos de cualquier liquidación o sentencia de cualquier reclamo de terceros como pago por cualquiera y todos los servicios prestados en SCFP. El paciente está de acuerdo que el pago de la compañía de seguros o del plan de salud a SCFP de conformidad con esta autorización liberará el seguro obligaciones de la compañía o del plan de salud en la medida de dicho pago.

4. Presentación de Reclamos de Terceros

El paciente reconoce que SCFP no envía ni acepta pagos de beneficios de seguro de terceros pagadores ("Pagadores") para ser acreditado a la cuenta del Paciente. El paciente acepta que la presentación de reclamaciones de seguros se realiza como un servicio y de ninguna manera libera al Paciente de la obligación de pagar en su totalidad. Además, el Paciente reconoce lo siguiente:



Southern Crescent Family Practice, LLC

455 Forest Parkway

Forest Park, GA, 30297

T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

- El paciente es responsable de hacer un seguimiento con cualquier compañía de seguros o empleador dentro de los 30 días para ver que la factura del paciente sea pagado puntualmente.
- El paciente entiende que él/ella es financieramente responsable por los cargos no pagados de acuerdo con este acuerdo. Si paciente paga en exceso el monto adeudado en su cuenta, el Paciente asigna el crédito para que se aplique a cualquier otra cuenta pendiente de pago existente cuentas (“Otras Cuentas”) de las que también es responsable el Paciente o el asegurado o garante. Cualquier dinero restante después de que la cuenta del Paciente y Otras Cuentas hayan sido pagadas en su totalidad serán reembolsadas al paciente o garante.
- Las compañías de seguros a menudo rechazan las reclamaciones cuando el seguro no se presenta en el momento del servicio. Por favor contactar nuestro Departamento de facturación con su información de seguro/pagador por correo electrónico a billing@scfp.llc. De lo contrario, su cuenta puede ser considerada pago por cuenta propia/sin seguro y usted será responsable de la factura total.

5. Asignación de beneficios de Medicare

El paciente certifica que la información proporcionada al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Paciente solicita que el pago de los beneficios autorizados se realice en nombre del Paciente al proveedor de Tratamiento/Servicios médicos. El paciente asigna los beneficios pagaderos por tratamiento/Servicios médicos prestados por SCFP y todos los Servicios de atención médica.

Profesionales que prestan atención y/o tratamiento al Paciente y autoriza a la SCFP y a los Profesionales de la Salud a presentar reclamaciones a Medicare para el pago. El paciente autoriza a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados. El paciente entiende que es responsable de los deducibles, copagos, coseguros y/o servicios no cubiertos según lo definido por Medicare como pagado de acuerdo con todos los términos y condiciones especificados en este documento.

6. Asignación de beneficios de Medicaid

El paciente certifica que la información proporcionada al solicitar el pago bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social es correcta. Paciente autoriza a cualquier titular de información médica o de otro tipo a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradoras cualquier y toda la información necesaria para este o reclamos relacionados del Pagador secundario de Medicaid. El paciente solicita el pago de los beneficios autorizados se realicen en nombre del Paciente al proveedor de Tratamiento/Servicios médicos. El paciente asigna el beneficios pagaderos por tratamientos/servicios médicos prestados por DCFP y todos los profesionales de atención médica que brindan atención y/o tratamiento al Paciente y autoriza a SCFP y a los Profesionales de la Salud a presentar reclamos a Medicaid para el pago.

7. Autorización para divulgar información

SCFP está autorizado a usar y divulgar información contenida en el expediente del paciente como se describe en el Aviso de SCFP de Prácticas de privacidad y según lo permita o exija la ley. La información autorizada para ser utilizada o divulgada incluirá, pero no se limita a, información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluidas evaluaciones, diagnósticos o tratamiento, información sobre abuso de drogas o alcohol o tratamiento del mismo y/o información psiquiátrica o psicológica.

El paciente renuncia a cualquier privilegio relacionado con dicha información confidencial y por la presente libera a SCFP, sus agentes y empleados de todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades, daños, reclamaciones y gastos que surjan del uso y divulgación de información como autorizado anteriormente. Los usos y divulgaciones permitidos incluyen, pero no se limitan a, divulgaciones a compañías de seguros, sus agentes u otros terceros pagadores y/o agencias gubernamentales o de servicios sociales que pueden o pagarán por cualquier parte del gastos médicos/hospitalarios incurridos o autorizados por representantes de SCFP; proveedores de atención alternativos, incluida la comunidad agencias y servicios, para la atención posthospitalaria, según lo ordene el médico del Paciente o lo solicite el Paciente o la familia del Paciente o según lo permita la ley; o afiliados y contratistas de SCFP para



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

propósitos de operaciones de SCFP, tales como calidad actividades de mejora, cumplimiento y evaluación de riesgos. **EL PACIENTE RECONOCE Y ACEPTA QUE EL PACIENTE LOS REGISTROS ESTARÁN DISPONIBLES PARA TODAS LAS ENTIDADES Y PROVEEDORES AFILIADOS A SCFP, Y PARA LOS NO-SCFP PROVEEDORES REFERENTES AFILIADOS EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE USO SIGNIFICATIVO.** Por Al dar su consentimiento para el tratamiento y aceptar la responsabilidad financiera por dicho tratamiento, el paciente también comprende y reconoce que (a) SCFP, de vez en cuando, puede llamar y/o enviar un mensaje de texto al número de celular que el paciente proporcionó o al correo electrónico información relacionada con el tratamiento para el paciente, como confirmaciones y recordatorios de citas y exámenes, chequeos de bienestar, instrucciones de preinscripción en el hospital, instrucciones preoperatorias, seguimiento posterior al alta, notificaciones de recetas, requisitos de Medicare encuestas e instrucciones de atención médica en el hogar y (b) las preferencias del paciente para recibir, cambiar o detener estos y otros tipos de comunicaciones de Southern Crescent Family Practice se pueden realizar iniciando sesión en el Portal del paciente de Healow en cualquier tiempo.

8. Período de tiempo y aplicabilidad del consentimiento

Los acuerdos anteriores se aplican a todos los servicios ambulatorios, ambulatorios o en el consultorio médico y son válidos por un plazo de un (1) año a partir de la fecha de la firma a continuación.

Validez del Formulario

El paciente reconoce que se puede usar una copia o una versión electrónica de este documento en lugar del original y que es tan válida como él. El paciente confirma que ha leído, entendido y aceptado los términos de este documento y es el paciente, el representante legal del paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar la arriba y acepta sus términos.

Firma del paciente/representante del paciente

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha

Hora

Relación con el paciente Motivo

El paciente no puede firmar

Firma del representante de atención médica de SCFP
(letra de imprenta)

Nombre del representante de atención médica de SCFP

Fecha

Hora



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

Responsabilidades Financieras del Paciente y Actualizaciones de la Política de la Oficina

Copagos y Coseguros:

Todos los copagos y coseguros vencen en el momento del servicio. Todos los cargos por cancelación perdida o en el mismo día se cobrarán en el momento del servicio junto con los copagos y coseguros.

Citas Perdidas y Tarifas de Cancelación el mismo día:

Las citas perdidas y la tarifa de cancelación el mismo día están vigentes desde febrero de 2017.

Las citas perdidas y la cancelación el mismo día tendrán un cargo de \$75.

Las cancelaciones perdidas, el mismo día y las cancelaciones con menos de 48 horas antes de las pruebas especializadas (ECHO, ultrasonidos, pruebas de esfuerzo, ABI) tendrán un cargo de \$150.

Arreglos de Pago:

No ofrecemos arreglos de pago para citas perdidas y tarifas de cancelación el mismo día. Se debita un cad de débito o crédito dos veces al mes o mensualmente para saldos debido a deducibles por responsabilidades del paciente para pruebas especializadas; este es el único arreglo de pago que ofrecemos en este momento.

Paciente / tutor del paciente

Relación con el paciente

Fecha

Testigo

Fecha



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

REGLA OMNIBUS DE LA HIPAA ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS Y CONSENTIMIENTO/ AUTORIZACIÓN LIMITADA Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN

Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarnos, es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

Fecha: _____

El abajo firmante acusa recibo de una copia de la Notificación de Prácticas de privacidad para este centro de atención médica. Una copia de este documento firmado y fechado será como efectivo como el original. **MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO PHI EN CASO DE QUE SOLICITAR QUE SE ENVÍE TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS A OTRO MÉDICO AUXILIAR / INSTALACIONES EN EL FUTURO.**

Escriba el nombre del paciente en letra de imprenta

Firme para el paciente/tutor del paciente

Representante legal/tutor

Relación del representante legal/tutor

Sus comentarios con respecto a los Reconocimientos o Consentimientos: _____

¿CÓMO QUIERES SER ABORDADO CUANDO TE CONVOQUEN DESDE EL ÁREA DE RECEPCIÓN?

Solo nombre Nombre apropiado del señor Otro _____

ENUMERE CUALQUIER OTRA PARTE QUE PUEDE TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA: (Esto incluye padrastrós, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZO CONTACTAR CON ESTA OFICINA PARA **CONFIRMAR MIS CITAS, TRATAMIENTO Y FACTURACIÓN INFORMACIÓN VÍA:**

Confirmación de teléfono celular Mensaje de texto a mi teléfono celular Confirmación de teléfono de casa

Confirmación por correo electrónico Confirmación por teléfono del trabajo Cualquiera de los anteriores

AUTORIZO QUE **LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD** SEA TRANSMITIDA A TRAVÉS DE:

Confirmación de teléfono celular Mensaje de texto a mi teléfono celular Confirmación de teléfono de casa

Confirmación por correo electrónico Confirmación por teléfono del trabajo Cualquiera de los anteriores

APROBO SER CONTACTADO **SOBRE SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ESFUERZOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o NUEVA SALUD INFO** en nombre de este centro de salud a través de:

Mensaje telefónico Cualquiera de los anteriores Mensaje de texto Ninguno de los anteriores (optar por no participar)

Correo electrónico

Al firmar este Formulario de reconocimiento del paciente de HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su mejor salud. Esta oficina puede o no recibir remuneración de terceros de estas empresas afiliadas. Nosotros, bajo la Regla Ómnibus actual de HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal completo _____ Apodo _____ Sexo: Masculino Femenino
(primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

Fecha de Nacimiento _____ Número de seguro social _____ Raza _____ Idioma preferido _____

Origen étnico: Hispano No hispano Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Compañero de vida

Dirección postal completa: _____
(Calle, ciudad, estado, código postal, condado)

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Número de trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Servicio activo Trabajador por cuenta propia No empleado

Fecha de jubilación: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección completa del empleador: _____
(Calle, ciudad, estado, código postal)

DATOS DEL CÓNYUGE O GARANTE (Parte responsable) Igual que el paciente

Nombre legal completo _____ Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____
(primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)

Relación con el paciente: Yo mismo Cónyuge Madre Padre Tutor legal Otro: _____ Sexo: Masculino Femenino

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Número de trabajo: _____

Dirección postal completa, si es diferente a la del paciente: _____
(Calle, ciudad, estado, código postal, condado)

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Servicio activo Trabajador por cuenta propia No empleado

Fecha de jubilación: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Dirección completa del empleador: _____
(Calle, ciudad, estado, código postal)



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre (primero, segundo): _____

Relación con el paciente: Cónyuge Madre Padre Tutor legal Otro: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Número de trabajo: _____

Dirección postal completa, si es diferente a la del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO Pago propio (sin seguro)

Seguro primario: _____

Relación del paciente con el suscriptor: Propio Cónyuge Hijo Otro: _____

Seguro secundario: _____

Relación del paciente con el suscriptor: Propio Cónyuge Hijo Otro: _____

Proveedor de recetas/Rx: _____ (si es diferente de la compañía de seguros)

Nombre completo del suscriptor: _____
(completar a continuación si es diferente del paciente, cónyuge o garante)

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Servicio activo Trabajador por cuenta propia No empleado

Fecha de jubilación: _____

Nombre del empleador: _____ Tamaño del empleador: 0 – 19 empleados 20 – 99 100+

Dirección completa del empleador: _____
(Calle, ciudad, estado, código postal)

Médico de atención primaria: _____

¿Quiere que alguien sepa que está aquí? Sí No



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

HISTORIAL MEDICO

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Médico de cabecera: _____

Médico que solicitó la visita de hoy: _____

Enumere los médicos actuales/anteriores y su especialidad: _____

ALERGIAS Y REACCIONES:

MEDICAMENTOS: (enumere la dosis y cómo los toma, incluyendo sin receta, hierbas, control de la natalidad)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ENFERMEDADES MÉDICAS ANTERIORES (marque si ha tenido las siguientes):

Adicción al alcohol/Drogas Anemia Aneurisma Trastorno de ansiedad Artritis Asma Trastorno de la sangre Coágulo de sangre Transfusión de sangre

Cáncer (tipo): Mama Ovario Colon Uterino _____

Enfermedad de Crohn EPOC/Enfisema Depresión Diabetes Glaucoma Gota Fiebre del heno

Enfermedad del corazón Soplo cardíaco Hepatitis B o C Colesterol alto VIH Hipertensión

Enfermedad renal Cálculos renales Enfermedad hepática Convulsión

De transmisión sexual enfermedad (tipo): _____

Enfermedad de células falciformes Apnea del sueño Úlcera estomacal Accidente cerebrovascular

Enfermedad de la tiroides Tuberculosis Prueba cutánea de tuberculosis (positiva) Colitis ulcerosa

Otros: _____

OPERACIONES

FECHAS

HOSPITALIZACIONES

FECHAS

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR Adoptado

Miembros de la familia	Problemas médicos mayores	Si fallecieron, causas	Edad	Al momento de la Muerte
Abuela maternal:	_____	_____	_____	_____
Abuela paterna:	_____	_____	_____	_____
Abuelo por parte de madre:	_____	_____	_____	_____
Abuelo paterno:	_____	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____	_____
Padre:	_____	_____	_____	_____
Hermanos y Hermanas:				
1) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____
2) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____
3) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____
Hijos e Hijas:				
1) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____
2) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____
3) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____	_____	_____



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Hijos: Sí No

¿Bebes alcohol? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas bebidas? _____

¿Fumas? Sí No Paquetes por día: ¼ paquete ½ paquete 1 paquete
 1½ paquetes 2 paquetes Otro: _____

¿Cuántos años? _____ ¿Año de dejar de fumar? _____

¿Eres un ex fumador? Sí No ¿Mascas tabaco? Sí No

¿Utiliza drogas recreativas/ilegales? Sí No

¿Ha trabajado con asbesto u otros materiales peligrosos? Sí No

¿Tiene un testamento en vida? Sí No

¿Apoderado de atención médica? Sí No Si es así, ¿quién? _____

Directiva Anticipada para el Cuidado de la Salud

MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Último período menstrual: _____ Última prueba de Papanicolaou: _____

Última mamografía: _____ Última colonoscopia: _____

Último examen de detección de cáncer de próstata: _____

Última densitometría ósea: _____

Vacunas: PPV23 / PCV13: _____ Gripe: TDaP: COVID I y II:

REVISIÓN DE SUS SÍNTOMAS (marque si ha tenido recientemente los siguientes síntomas):

- Aumento de peso Pérdida de peso Sudores nocturnos Debilidad Fatiga Insomnio
- Cambio en la audición Cambio en la vision Goteo nasal Sangrado nasal Fiebre
- Sangre en el esputo Dificultad para respirar Tos persistente Molestias en el pecho
- Palpitaciones Desmayo Cambio en la tolerancia al ejercicio Dificultad para tragar
- Indigestión o acidez estomacal Náuseas Vómitos Estreñimiento Diarrea
- Cambio en el hábito intestinal Sangre en el vómito Sangre en las heces Dificultad para orinar
- Problemas para retener la orina Frecuencia de micción Secreción del pene Flujo/sangrado vaginal
- Secreción del pezón Dolor de mamas Bulto mamario Dolor con el coito Sensación de mucho calor
- Sensación de mucho frío Mareos Dolores de cabeza Pérdida de memoria
- Entumecimiento/hormigueo Temblor Cambios de humor incontrolables Ansiedad Depresión



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

Erupción cutánea Dolor de espalda Dolor de piernas Hinchazón de piernas

Otros: _____

Enumere todos los motivos de su visita hoy en orden de prioridad:

1. _____

2. _____

3. _____

Firma del paciente/persona designada

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Fecha

Hora

Relación con el paciente

Motivo por el cual el paciente no puede firmar



Southern Crescent Family Practice, LLC
455 Forest Parkway
Forest Park, GA, 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN O REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE: _____

: _____ Ciudad : _____

Expresar: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Persona de contacto: _____

Autorizo a _____ a divulgar información contenida en mis registros médicos, incluidos los registros protegidos por el Código 42 de las Regulaciones Federales, Parte 2 (si corresponde), información relacionada con la infección por VIH o SIDA (si corresponde), registros de servicios psicológicos (si corresponde), y registros de Servicios Sociales, (si corresponde), incluidas las comunicaciones realizadas por mí al trabajador social, psicólogo u otro profesional, a las personas u organizaciones que se enumeran a continuación, en las condiciones que se enumeran a continuación.

Nombre de la(s) persona(s) u organización a la que se le hará la divulgación:

Southern Crescent Family Practice, LLC or Faith A. Andrews, MD
455 Forest Parkway
Forest Park, GA 30297
T: 678-705-0100 F: 678-235-1800

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

Tipo específico de información a revelar:

Notas de oficina/resultados de laboratorio más recientes Lista de medicamentos Último examen médico Todos los informes de laboratorio recientes Registros de vacunas PAP/Mamografías Todas las notas de consulta Todos los registros médicos

Otra especificar): _____

Información a ser: Enviada por correo Por fax Recogida (si es recogida, ¿por quién?)

Nombre: _____ Incluya la carta de autorización si es otra persona que no sea el paciente.

PROPÓSITO Y NECESIDAD DE LA DIVULGACIÓN:

Continuación de la atención Solicitud del empleador Consulta Reclamo de Seguro

Otra especificar): _____

CLÁUSULA DE REVOCACIÓN:

Esta autorización está sujeta a revocación por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que Southern Crescent Family Practice, LLC ya haya tomado medidas en virtud de la autorización. Si no se revoca previamente, esta autorización terminará seis (6) meses después de la fecha de la firma.

FIRMA: _____
(Paciente, padre o representante legal)

FECHA DE FIRMA: _____

Relación: _____ Testigo: _____ Fecha: _____