



# Sandhills Medical Foundation, Inc.

CARTA DE BIENVENIDA

## Sitios de servicio:

### **BETHUNE**

103 Main St, South  
Bethune, SC 29009  
Telephone 843-334-7145  
FAX 843-334-7141

### **CAMDEN**

2611 Liberty Hill Rd, Suite B  
Camden, SC 29020  
Telephone 803-432-3447  
FAX 803-432-3653

### **JEFFERSON**

409 E. Church Street  
Jefferson, SC 29718  
Toll-Free 833-658-3005  
FAX 843-658-7780

### **KERSHAW**

205 W. Marion Street  
Kershaw, SC 29067  
Toll-Free 833-475-4701  
FAX 803-475-4712

### **LUGOFF**

40 Baldwin Avenue  
Lugoff SC 29078  
Telephone 803-408-3262  
FAX 803-408-8835

### **MCBEE**

645 South 7th Street  
Post Office Box 366  
McBee, SC 29101  
Toll-free 833-335-8291  
FAX 843-335-8731

### **PAGELAND**

126 North Pearl St  
Pageland, SC 29728  
Telephone 843-675-5004  
FAX 843-675-5005

### **RUBY**

290 Market Street  
Ruby, SC 29741  
Toll-free 833-634-6044  
FAX 843-634-6600

### **SUMTER**

30 Cuttino Road  
Sumter, SC 29151  
Telephone 803-778-2442  
FAX 803-778-0880

El personal de **Sandhills Medical Foundation, Inc. (SMF)** desea aprovechar esta oportunidad para agradecerle por elegirnos como su hogar médico. Como su proveedor de atención médica, esperamos poder servirle. Esperamos que juntos podamos construir una relación que le asegure recibir la más alta calidad de atención y servicio. En SMF creemos que es muy importante que conozca los beneficios de recibir atención de un hogar médico centrado en el paciente y le animamos a preguntar a nuestro amable personal si tiene alguna pregunta.

## **UNA CASA MEDICA CENTRADA EN EL PACIENTE ES**

Cuidar de USTED es el trabajo más importante de un hogar médico centrado en el paciente. La atención en un hogar médico centrado en el paciente de SMF es personal, y el trabajo del equipo es manejar sus necesidades médicas y de atención médica. Usted puede ayudarnos siempre comuniándose a su equipo médico en casa si recibe atención de otros profesionales de la salud y proporcionándonos tarjetas de seguro actualizadas, números de teléfono y dirección postal para que podamos ayudar a coordinar la mejor atención posible. Estos miembros del equipo le ayudarán a mantenerse saludable y obtener la atención y los servicios adecuados para usted. Sus cuidadores familiares también son parte del equipo, ¡y USTED es el miembro más importante!

## **AUSENCIA, CANCELACIÓN, POLÍTICA DE LLEGADA**

Entendemos que hay emergencias y es posible que deba cancelar o reprogramar su cita. Si no puede cumplir con su cita, llámenos lo antes posible (con al menos un aviso de 24 horas). Si tiene dos citas de "Ausencia" dentro de un año calendario, recibirá una carta de advertencia y si tiene tres citas de "Ausencia", ya no podrá programar citas para el resto del año. Solo se le verá para las citas del mismo día y walk-in (disponibilidad pendiente).

**Si llega más de 15 minutos después de su cita programada, se le dará la oportunidad de esperar cuando el horario lo permita o una opción para reprogramar la cita.**

## **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Como su hogar médico centrado en el paciente, su equipo de atención está disponible las 24 horas del 7 días de la semana. Si necesita atención después de las horas, puede comunicarse con su equipo de atención después de las horas por teléfono, para comunicarse con un proveedor después del horario de oficina, llame a nuestro servicio de guardia al (803) 401-5966 o llame al 911 para emergencias. Le agradecemos por tomarse el tiempo para leer y entender la información incluida en nuestra Carta de Bienvenida. Si tiene más preguntas, por favor no dude en preguntar como miembro del personal.

## DERECHOS & EXPECTACIONES DEL PACIENTE

- ✓ Este centro fue creado para server las necesidades de su comunidad. Personas lo representan en su Comité de Directores en su comunidad. Queremos que USTED sea una parte active en su tratamiento. Eso significa que usted sabe lo que puede esperar de nosotros. Usted debe saber todos sus derechos. Queremos que usted este informado de nuestras pólizas en relación a privacidad, tratamiento para menores y otros puntos importantes. Sin embargo existen algunas situaciones en donde la ley determina lo que debemos hacer.
- ✓ Usted tiene el derecho a recibir cuidado apropiado sin considerar su raza, religión, color, nacionalidad, sexo, edad, des habilidades y habilidad para pagar.
- ✓ Usted tiene el derecho a participar en su cuidado, lo cual ayuda a tener un exitoso resultado.
- ✓ Usted tiene el derecho aun tratamiento confidencial. Usted tiene el derecho de aprobar o negar la divulgación de expedientes, excepto cuando es requerido por la ley.
- ✓ Usted tiene derecho a información sobre sus diagnósticos, tratamientos y progreso. Esperamos que esta información le sea útil para hacer decisiones sobre su atención médica.
- ✓ Usted tiene el derecho y esperamos su participación en decisiones sobre la intensidad y alcance de su tratamiento, dentro de los límites de la misión del centro de salud y las leyes aplicables.
- ✓ Usted tiene el derecho a servicio tomando en consideración sus valores sicológicos, espirituales y culturales.
- ✓ Usted tiene el derecho a aceptar o negar atención medica, dentro de los límites de la ley. Usted también tiene el derecho de ser informado de las consecuencias de rehusar atención médica.
- ✓ Usted tiene el derecho a participar en la consideración de circunstancias éticas que puedan ocurrir durante su tratamiento.
- ✓ Su guardián, familiar o representante legal autorizado puede ejercer sus derechos si se determina que usted esta medico o legalmente incapacitado a participar por sí mismo.
- ✓ Usted tiene el derecho de ser informado sobre investigaciones o experimentacion que pueda afectar su cuidado. Usted podrá decidir si desea participar o no.
- ✓ Usted tiene el derecho de ser informado de directivas y como esta organización responderá a esas directivas.

Si usted considera que sus derechos han sido violados, por favor llame Supervisor de Servicios a 1-800-763-6384

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- ✓ Usted también tiene responsabilidades que son igualmente importantes para proveerle atención médica de calidad.
- ✓ Usted es responsable de seguir reglamentos del centro en relación a la conducta del paciente.
- ✓ Usted es responsable de proveer dentro de sus habilidades un historial médico correcto y verídico.
- ✓ Usted es responsable de indicar que entiende claramente el plan de acción y las cosas que esperamos que usted haga.
- ✓ Usted es responsable de ser considerado de los derechos del paciente, el personal del centro y el uso de la propiedad del centro.
- ✓ Usted es responsable de proveer al centro con información correcta y oportuna sobre su ingreso y capacidad de cubrir sus responsabilidades financieras dentro de sus habilidades.
- ✓ Usted debe esperar **tres (3) días hábiles** para todas las **RECETAS DE MEDICAMENTOS** que no han sido hechas durante su visita a la oficina. Llame a su farmacia para verificar si su receta esta lista.
- ✓ Usted debe esperar **diez (10) días hábiles** para todo **DOCUMENTO o FORMA** que debe ser **llenada**. Esto incluye formas para una licencia de incapacidad y FMLA (Acta Familiar de Ausencia Médica). **Algunas formas o documentos requieren de su visita a la oficina.** Se le notificara sis u Medico encuentra necesario que debe hacer una cita.
- ✓ Usted debe esperar **siete (7) días hábiles** para recibir **RESULTADOS DE LABORATORIO o IMAGENES** que no son discutidos durante una cita de oficina. Se le notificara por teléfono o correo si los resultados no han sido discutidos en la oficina. Por favor asegúrese que la Recepcionista tiene el teléfono y dirección **CORRECTA** para poder comunicarnos con usted sobre sus resultados. (Usted puede ver sus resultados en su portal del paciente. Asegúrese que tenemos su correo.)
- ✓ Usted debe esperar **dos (2) días hábiles** para que las Enfermeras regresen sus **MENSAJES en el BUZON TELEFONICO.** **NO deje mensajes URGENTES en el buzón telefónico.** Si usted considera que debe ver a un médico, llame a la oficina y pida una cita con la recepcionista.
- ✓ Usted debe esperar **diez (10) dias habiles** para **REFERENCIAS** completadas para usted. Se le notificara por teléfono y/o correo de la fecha y hora de su cita. Por favor asegurese que la recepcionista tiene el telefono y direccion **CORRECTO** para comunicarle su cita.

Si usted tiene alguna pregunta sobre Sus Derechos y Responsabilidades como paciente de SMF, Usted puede preguntar a uno de nuestros empleados



# Sandhills Medical Foundation, Inc.

## INFORMACION DEL PACIENTE

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Datos del Paciente  | <b>Información Básica (Presente una identificación con foto)</b>  |  |   |
|   | Nombre del Paciente:  |  | Fecha de Nacimiento: Edad:  |
|   | Dirección:  | Apt #  | Seguro Social:  |
|   | Ciudad/Estado/Código Postal:  |  |   |
|   | Número de Teléfono  | Número de Casa:  |   |
|   | correo electrónico (requerido para acceso a servicios en Internet):   |  |   |
|   | Selección todos los métodos por el cual le podemos dejar un mensaje : <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> correo electrónico  |  |   |
|   | Contacto de Emergencia:   | Número de Teléfono:  | Relación con el Paciente:   |
|   | <b>Información de Empleo</b>  |  |   |
|   | Nombre del Empleador:   | Número de Teléfono:  | ¿Eres trabajador inmigrante/Temporal?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Estado de Empleo: (seleccione uno):<br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado  | ¿Eres Estudiante? (seleccione uno)<br><input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No  |  |   |
| Ingreso Anual:<br><input type="checkbox"/> <10,000 <input type="checkbox"/> 20,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 40,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 60,000 <input type="checkbox"/> >70,000 | Número total de personas viviendo en el hogar:  |  |   |
| Tutor Pediátrico  | <b>Paciente menor de edad (menores de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente será el responsable</b>   |  |   |
|   | Nombre del Paciente:  |  | Número de Teléfono:   |
|   | Fecha De Nacimiento:  | Seguro Social:   | Relación con el Paciente:   |
| Información Personal  | <b>Como participantes en Programas Federales, debemos de pedir la siguiente información:</b>  |  |   |
|   | <b>Raza:</b><br><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano<br><input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo<br><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro<br><input type="checkbox"/> Samoano/a<br><input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a<br><input type="checkbox"/> Chino/a<br><input type="checkbox"/> Filipino/a<br><input type="checkbox"/> Japonés/a<br><input type="checkbox"/> Coreano/a<br><input type="checkbox"/> Vietnamita<br><input type="checkbox"/> Otro Asiático<br><input type="checkbox"/> Mas de una raza<br><input type="checkbox"/> Negarse a Especificar | <b>Origen étnico:</b><br><input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino<br><input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicano Americano, Chicano<br><input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a<br><input type="checkbox"/> Cubano/a<br><input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino/a o español<br><input type="checkbox"/> Total hispano, latino/a o de origen español<br><input type="checkbox"/> Negarse a Especificar | <b>¿Veterano?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br><br><b>¿Tiene hogar?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|   |   | <b>Identificación Sexual:</b><br><input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero (Hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero (Mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Rehusó   |   |
|   |   | <b>Orientación Sexual:</b><br><input type="checkbox"/> No Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rehusó <input type="checkbox"/> Bisexual<br><input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> No Se   |   |
|   | <b>Estado Civil:</b><br><input type="checkbox"/> Soltero/a<br><input type="checkbox"/> Casado/a<br><input type="checkbox"/> Divorciado/a<br><input type="checkbox"/> Viudo/a  |  |   |



|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| <b>Información del seguro</b> | <b>Información del Seguro: (presente tarjetas de seguro)</b>  |  |
|                               | <b>Los centros de salud calificados por el gobierno federal ofrecen un descuento de tarifa móvil, ¿le gustaría ver si es elegible para un descuento en su atención?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, debe completar los formularios requeridos y proporcionar prueba de ingresos según el requisito de nuestra subvención. También se le pedirá que realice el pago de su tarifa nominal. Alentamos a todos los pacientes a solicitar el programa de descuento incluso si tiene seguro. |  |
|                               | <b>Seguro Medico Primario</b> (Seleccione uno):<br><input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro Seguro <input type="checkbox"/> Otro   | <b>Seguro Medico Secundario</b> (Seleccione uno):<br><input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro Seguro <input type="checkbox"/> Ninguno |
|                               | Nombre de Seguro:   | Nombre de Seguro:  |
|                               | Nombre de Titular de Poliza:  | Numero de Titular de Poliza:   |
|                               | Numero de Poliza:   | Numero de Poliza:  |
|                               | Fecha de Nacimiento de correspondiente:   | Fecha de nacimiento de correspondiente:  |
|                               | Seguro Social de correspondiente:   | Seguro Social de correspondiente:  |
|                               | Relacion con el paciente:   | Relacion con el paciente:  |
| <b>Otro</b>                   | <b>¿Tiene una Directiva Avanzada?</b><br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Seleccione los que le apliquen:<br><input type="checkbox"/> No resucitar<br><input type="checkbox"/> Testamento Vital<br><input type="checkbox"/> Poder medico de abogado   | <b>¿Tiene un cuidador primario?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Nombre:<br>Dirección:<br>Número de Teléfono:      Relación con el paciente:                     |





# *Sandhills Medical Foundation, Inc.*

PÓLIZA DE AUSENCIA, LLEGAR TARDE Y CANCELACION

Sandhills Medical Foundation, Inc. entiende que hay emergencias y es posible que deba cancelar o reprogramar su cita. Si no puede cumplir con su cita, llámenos lo mas pronto posible (con al menos un aviso de 24 horas).

Para asegurar que cada paciente tenga la cantidad adecuada de tiempo asignado para su visita y para proporcionar la atención de la más alta calidad, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Como cortesía, se realiza/intenta una llamada de recordatorio de cita tres días antes de su cita programada y también se enviará un recordatorio de texto dos días antes de su cita programada. Sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a tiempo para su cita.

### **POR FAVOR REVISE LAS SIGUIENTES LICENCIAS:**

1. Por favor, cancele su cita con al menos un aviso de 24 horas: Hay una lista de espera para ver a los médicos en Sandhills Medical Foundation, Inc. y siempre que sea posible nos gusta llenar citas canceladas para hacer menos el período de espera para nuestros pacientes.
2. Si se proporciona menos de un aviso de 24 horas para la cancelación, esta cita se documentará como una cita de "Ausencia".
3. Si no llega a la oficina a la hora de su cita programada, esa cita se documentará como una cita de "Ausencia".
4. Si tiene dos ausencias recibirá una carta de advertencia de Sandhills Medical Foundation, Inc.
5. Si tiene tres citas de "Ausencia" dentro de un año calendario, ya no podrá programar citas para el resto del año. Solo se le verá para las citas del mismo día y walk-in (disponibilidad pendiente).
6. Si llega mas de 15 minutos despues de su cita programada se le dará la oportunidad de esperar mientras el horario lo permite o puede cambiar su cita para otro día.

Entiendo las Póliza de Ausencia, Llegar tarde y Cancelacion de Sandhills Medical Foundation y entiendo mi responsabilidad de planificar citas en consecuencia y notificar a Sandhills Medical Foundation, Inc. apropiadamente si tengo dificultades para mantener mi cita programada o llegar a tiempo.

---

Nombre de Paciente

---

Fecha de Nacimiento

---

Firma de Paciente

---

Fecha



# Sandhills Medical Foundation, Inc.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y CUIDADOS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

### CONSENTO DE CUIDADO GENERAL

Yo, el que firma, para mí mismo, niño/a menor o otra persona que tiene autoridad para firmar, doy mi conceto para cuidado médico y tratamiento, lo que sea ordenado por el doctor, mientras el cuidado/tratamiento sea en una de nuestras oficinas manejadas por SMF. Este conceto incluye todos los servicios medical/comportamiento, procedimientos diagnosticados y tratamiento rendida por el general o instrucciones específicas por el doctor de SMF, atendiendo o el doctor referido, incluye: exámenes ordenados, procedimientos de rayos X, análisis de laboratorio, cardiogramas, tratamiento/medicamento, y cualquier exámenes/procedimientos necesarios. Yo entiendo que, como paciente, estoy bajo el cuidado directo del doctor y trabajadores, agentes y representantes de SMF van a cargar las instrucciones del aquellos doctores. También entiendo que SMF no controla las decisiones o acciones de los doctores que le da tratamiento, miembros de centros medicales empleados o contratadores independientes. Yo estoy informado qué la practico de medicina y operaciones no es ciencia exacta y estoy consciente de que no ay garantía para mí como resultados o exámenes de clínicas de SMF.

### RESIDENTE MÉDICA Y PARTICIPANTE ESTUDIANTE DE CLINICA

Yo entiendo que SMF tiene afiliaciones educacionales con escuelas médicas y otros instituciones y yo consiento/de acuerdo para un residente medical y/o estudiante de clínica participando en mi cuidado bajo la supervisión apropiada.

### DAR INFOMACION PARA EL PROPOSITO DE BILES

Yo entiendo y de acuerdo que SMF y todos los doctores participando en mi tratamiento para dar información a mi aseguranza, y otros pagadores o otras personas como necesario para biles y propósitos relacionados, u en tiempo razonable en acordinada con SMF pólizas y procedimientos, cualquier información puede incluir, pero no está limitado, mi identidad, psicológico/medico evaluaciones, diagnósticos, tratamientos para emocional/physico enfermedad, deshabilites, procedimientos de operación, notas de progreso y otra información que contiene el historial de cuidado del paciente para extender tales historiales necesitadas para biles o colección para benefició del pagador. Esta autorización va determinar el pago en completo de todos los reclamos relacionados con el servicio dado por SMF a mi o al paciente de que le estoy firmando. En un paciente dentro, o fuera o departamento de emergencia, yo permito una copia de esta autorización para usar en lugar del original.

### ASIGNACION DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA

Yo/nosotros autorizamos a SMF para actuar en mi/nuestro abogado en facto: (1) en colección de beneficios de responsabilidad de partí tercero por cualquier cosa necesario, y (2) en firma de beneficio de cheque echo pagado a mi mismo y/o a SMF. Yo/nosotros autorizamos pagos directos para asignar a SMF y doctor(s) cualquier derecho que el paciente y yo tengo o intitulo que puede ser aplicable, bajo cualquier póliza de aseguranza o cualquier plan de beneficios del empleado de welfare gobernado por el Acto de Retiro Ingresos de Seguridad del Empleado. Yo/nosotros además garantiza y representa que cualquier aseguranza que nosotros asignamos no solo es una aseguranza valida, pero también en efecto, y que nosotros tenemos el derecho de hacer este asignación. Si elegible para Medicare, yo/nosotros pedimos servicios y beneficios de Medicare. Yo entiendo que soy responsable por cargos no cubiertos por aseguranza, Medicare, Medicaid y cualquier otra forma de salud o beneficio de welfare.

### GARANTIA DE PAGO

Yo entiendo que soy responsable económicamente a SMF. Yo prometo y de acuerdo pagar a SMF todos los cargos que no son pagados por mi plan de aseguranza, PPO, HMO o otras coberturas y cualquier pago aplicable y cargos de deducible para servicios que no son cubiertos por Medicaid o programas de Medicare. Yo autorizo el reembolso de sobrepagos en beneficio de asguranza en acordinada con mi póliza de condiciones de aseguranza donde cobertura es asunto a coordinación de cláusulas de beneficios.

Si esta cuenta se le entrega a una agencia de colección o a un abogado para colección, yo entiendo y de acuerdo qué yo seré obligado a pagar todos los costos de la colección, incluyendo, pero no limitado, costos razonables del abogado.

-----  
Por mi firma, yo entiendo y de acuerdo con declaraciones de arriba:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/Otro

\_\_\_\_\_  
(Si otro, relación al paciente)

\_\_\_\_\_  
Fecha firmado

\_\_\_\_\_  
Testigo





*Sandhills Medical Foundation, Inc.*  
ACERCA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En Sandhills Medical Foundation, Inc., estamos comprometidos a proteger su información de salud personal de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"). El Aviso de Prácticas de Privacidad establece:

- Cómo podemos usar y/o divulgar la información de salud que guardamos sobre usted.
- Usted tiene derecho a su información de salud personal.
- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información de salud personal.
- Nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en el Aviso.
- La persona a la que contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a proporcionarle una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y a obtener su reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente se encuentra en su paquete de Nuevo Paciente, disponible bajo petición en la recepción y publicado en el vestíbulo de esta instalación.

**Reconocimiento de recibo del paciente**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente reconoce que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/otros

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente





**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Ultimos 4 de Seguro Social** \_\_\_\_\_

Sandhills Medical Foundation, Inc. se ha convertido en miembro del South Carolina Información de salud de Exchange ("SCHIEx"). Su privacidad y su información personal de salud están protegidos por la ley federal y estatal. Esas leyes federales y estatales también rigen la forma en que su información personal y electrónica de salud se utiliza o comparte a través de SCHIEx. Sus médicos y otros proveedores de atención médica usarán y compartirán su información de salud electrónica con otros médicos y proveedores de atención de salud involucrados en su atención a través de SCHIEx EXCHANGE para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado.

Los miembros de SCHIEx EXCHANGE pueden incluir proveedores de cuidado de salud licenciados en el estado de Carolina del Sur, incluyendo médicos, dentistas, quiroprácticos, optometristas, podólogos, farmacéuticos, asistentes médicos y enfermeros practicantes. Los miembros también pueden incluir organizaciones como hospitales, instalaciones quirúrgicas ambulatorias, agencias de salud en el hogar, farmacias, proveedores de monitoreo de casos, proveedores de tele observación, intercambios de información sobre salud y organizaciones dentro de las cuales las personas elegibles practiquen. También podemos compartir su información personal de salud a través de SCHIEx EXCHANGE con agencias que auditan, investigan e inspeccionan programas de salud para la salud y seguridad del público. Podemos enviar la información requerida por la ley, incluyendo pero no limitado a: datos de inmunización, datos de informes de calidad y datos sobre enfermedades contagiosas a una agencia estatal o federal.

Usted debe firmar este formulario, reconociendo que ha recibido este Aviso de Participación de SCHIEx. Si elige permitir que sus proveedores compartan su información de salud electrónica, no necesita hacer nada más.

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Optar por no**

Si usted se retira hoy y cambia de opinión mañana, la próxima semana o incluso el próximo año, hable con su médico o con un miembro del personal sobre cómo cancelar su Opt Out para que su información de salud pueda ser compartida a través de SCHIEx EXCHANGE con otros doctores y proveedores de atención médica que participan en su atención.

\_\_\_ No, no quiero que mi médico u otros proveedores de atención médica compartan mi información de salud a través de SCHIEx EX-CHANGE. Entiendo que mi información de salud electrónica no será compartida para tratamiento, incluso en casos de emergencia, a través de SCHIEx EXCHANGE.

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Solo para uso de oficina Firma del miembro del personal que ejecuta Opt Out \_\_\_\_\_ Fecha y hora ejecutadas \_\_\_\_\_







# Sandhills Medical Foundation, Inc.

## APLICACION PARA SERVICIOS A BAJO COSTO

Hubicacion:  Camden  Jefferson  Kershaw  Lugoff  McBee  Ruby  Sumter Fecha: \_\_\_\_\_

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Informacion del Paciente</b>   | <b>Informacion del Paciente</b>  |  |  |
|   | Nombre y Apellido:   | Numero de Seguro Social  |  |
|   | Direccion:   | Fecha de Nacimiento:   |  |
|   | Cd./Edo./ Código Postal :  | <input type="checkbox"/> Aplica por primera vez <input type="checkbox"/> Renueva |  |
|   | Numero de Telefono primario:   | Otro Telefono:   |  |
| <b>Informacion del Hogar</b>  | <b>Informacion del Hogar (Debe ser completado por todos los aplicantes)</b>  |  |  |
|   | <b>A continuacion por favor enumere todos los habitantes en el hogar:</b>  |  |  |
|   | Nombre:  | Fecha de Nac.:   | Número total de personas viviendo en su hogar: |
|   | Nombre:  | Fecha de Nac.:   |  |
|   | Nombre:  | Fecha de Nac.:   |  |
| Nombre:   | Fecha de Nac.:   |  |  |
| <b>Informacion de Ingreso Familiar</b>  | <b>Informacion de Ingreso Familiar</b>   |  |  |
|   | ¿Con que frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual |  |  |
|   | <b>Por favor enumere el ingreso de todos los individuos en el hogar mayores de 18 años:</b>  |  |  |
|   | Paciente:  | Conyugue:  |  |
|   | Hijo/as:   | Otro(s)  |  |
|   | Nombre de la Compañía: <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta  |  |  |
|   | <b>Otras Fuentes de Ingreso:</b>   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social  | <input type="checkbox"/> Ingreso   | <input type="checkbox"/> Ingreso de renta  | <input type="checkbox"/> Pensión/retiro        |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Publica   | <input type="checkbox"/> Interés   | <input type="checkbox"/> Soporte Infantil  | <input type="checkbox"/> Otro(s) _____         |
| <b>Se debe presentar comprobante aceptable de ingreso de los ultimos 30 días, dentro de 14 días. Por favor presente dos talonarios de cheque (si le pagan a la quincena), cuatro talonarios de cheque (si le pagan a la semana), ingreso de pension, seguro social, o una carta escita por su patron en papel membretado de la compañía con direccion y numero telefonico incluidos. Si trabaja por su cuenta, debe presentar la declaracion de impuestos mas reciente.</b> |  |  |  |
| <b>Ingreso Bruto</b>  | <b>Ingreso Bruto</b>   |  |  |
|   | Ingreso semanal:   | X 52   | Total:   |
|   | Ingreso quincenal:   | X 26   | Total:   |
|   | Ingreso mensual:   | X 12   | Total:   |
|   | Ingreso semi-mensual:  | X 24   | Total:   |
|   | Ingreso anual:   | X 1  | Total:   |
| <b>Calculos</b>   | <b>Parauso oficial unicamente</b>  |  |  |
|   |  |  |  |

Yo declaro que la informacion indicada arriba es veridica y he dado permiso a Sandhills Medical Foundation, Inc. a investigar cualquier informacion dada en esta aplicacion. Entiendo que esta informacion se mantendra en estricta confidencialidad Tambien entiendo que si mi ingreso cambia yo debo notificar a la recepcionista durante mi proxima visita a la clinica. Yo tambien entiendo que debo re- certificar cada 12 meses.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales -personal de recepción





*Sandhills Medical Foundation, Inc.*  
CERTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE TARIFAS DESLIZANTES

Nombre del paciente: (Por favor imprima): \_\_\_\_\_

**TODOS LOS APLICANTES DE LA TARIFA POR FAVOR LEA Y FIRMA LO SIGUIENTE:**

La política relativa al programa de tarifas deslizantes dice que el solicitante tiene que traer su prueba de ingresos dentro de 14 días. Entiendo que necesito proporcionar una forma aceptable de prueba de ingresos para los últimos 30 días, como talones de pago, declaración de impuestos, seguro social, ingresos de pensión o una carta escrita de mi empleador en un cabeza de carta de la empresa con dirección y número de teléfono incluidos. Si trabaja por cuenta propia debo proporcionar la declaración de impuestos del año más reciente. Si no apporto esta información en el tiempo asignado, tendré que presentar tanto una nueva solicitud junto con el comprobante de ingresos. No se darán descuentos hasta que esto se complete, y los descuentos no se darán en las visitas antes de la nueva fecha de solicitud.

También entiendo que si mis ingresos deben cambiar que estoy obligado a notificar a la recepcionista durante mi próxima visita a Sandhills Medical Foundation, Inc. También entiendo que debo volver a certificarme cada doce meses.

También entiendo que debo informar a Sandhills Medical Foundation, Inc. si yo o alguien en mi hogar está cubierto por cualquier póliza de seguro de salud. Sandhills Medical Foundation, Inc. tiene mi permiso para facturar cualquier seguro elegible.

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo la política actualizada para todos los solicitantes de tarifas deslizantes. Acepto cumplir con esta política.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha





# Sandhills Medical Foundation, Inc.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/USAR INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ No.Seguro Social (últimos 4): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

| Yo autorizo que información sea divulgada:  | A: Sandhills Medical Foundation, Inc.  | Numero de Fax       |
|---|--|---------------------|
| Nombre de Oficina/Proveedor<br>Buzon o Direccion<br>Ciudad,Estado,y Codigo Postal<br>Telefono _____ Numero de Fax _____ | <input type="radio"/> 40 Baldwin Avenue, Lugoff, SC, 29078<br>Telefono#: 803-408-3262            | <b>803-408-8895</b> |
|   | <input type="radio"/> 645 S. 7 <sup>th</sup> Street, McBee, SC, 29101<br>Telefono#: 833-335-8291 | <b>843-335-8731</b> |
|   | <input type="radio"/> 425 N. Salem Avenue, Sumter, SC, 29151<br>Telefono#: 803-778-2442          | <b>803-778-0880</b> |
|   | <input type="radio"/> 409 E. Church Street, Jefferson, SC, 29718<br>Telefono#: 833-658-3005      | <b>843-658-7780</b> |
|   | <input type="radio"/> 2611 Liberty Hill Road, Camden, SC, 29020<br>Telefono#: 803-432-3447       | <b>803-432-3653</b> |
|   | <input type="radio"/> 205 W. Marion Street, Kershaw, SC, 29067<br>Telefono#: 833-475-4701        | <b>803-475-4712</b> |
|   | <input type="radio"/> 290 Market Street, Ruby, SC, 29741<br>Telefono#: 833-634-6044              | <b>843-634-6600</b> |
|   | <input type="radio"/> 103 Main St, South Bethune, SC 29009<br>Telefono#: 843-334-7145            | <b>843-634-6600</b> |
|   | <input type="radio"/> 126 N Pearl St, Pageland, SC 29728<br>Telefono#: 843-675-5004              | <b>843-675-5005</b> |
|   | <input type="radio"/> Divulgar a paciente como se menciona arriba                                |                     |

### Información que sera otorgada:

- Todos los registros medicos (limitado a los 2 ultimos año de información a menos que sea estipulado de otra forma)
- Examen Fisico Escolar       Reportes de Laboratorio       Expedientes de cobranza       Resumen de cierre
- Record de vacunación       Expedientes de Consulta       Reportes de radiografías       Expedientes Prenatales
- Reportes de cuarto de Emergencia       Resultados de la prueba Covid-19       Otro: \_\_\_\_\_

Yo especificamente **prohibo** la divulgacion de la siguiente información sensible de salud. Yo entiendo que en las opciones que no son indicadas, la información de salud divulgada al recipiente nombrado, puede incluir diagnosis, evaluación y/o información de tratamiento de los siguientes:

- VIH o SIDA – informacion de prueba o resultados       Abuso de alcohol y/o drogas
- Salud de Comportamiento       Información genetica y/o resultados de exámenes

### Fechas de Servicio Requeridas:

- De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_       Mas recientes       Todas

### Razon para Divulgar:

- Continuacion de cuidado medico/otro proveedor)       Solicitud del Paciente       Otro: \_\_\_\_\_

### Solicitud de Entrega

- CD por correo       Mensaje electronico protegido (e-mail)       Papel por correo
- CD para recoger       Papel para recoger       Papel para fax

**Yo entiendo que** esta autorización esta sujeta a cancelacion/retiro por mi por escrito ante el Director Chief Operations Officer a 1111 Broad Street Suite, Camden SC 29020, excepto cuando ya se haya tomado acción para divulgar esta información.

**Yo entiendo que** autorización es voluntaria y yo puedo rehusar firmar esta autorización. La persona/Institución arriba nombrada no rehusara proveerme tratamiento basado en mi autorización de divulgar omi información de salud por otras personas.

**Yo entiendo que** la informacion que yo autorizo sera entregada a una persona o agencia, sera divulgada y no estara protegida por las leyes y regulaciones federales de la privacidad.

**Fecha de Expiración:** Esta autorización permanecera valida a menos que sea cancelada, pero estara vigente por **un (1) año** de la fecha de mi firma, o según sea especificado por otra fecha,evento o condicion(es) siguientes:

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente

(Requerido si el paciente no esta autorizado legalmente a firmar la autorizacion)

**Autorizaciones deben ser escritas, fechadas, y firmadas por el paciente o por la persona autorizada por la ley a dar autorización.**

