

Apellido: \_\_\_\_\_ Suffix  II  III  IV  Jr  Sr  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de Pila: \_\_\_\_\_  
 Apodo: \_\_\_\_\_ ¿Que nombre quiere que usemos? \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 # de Teléfono/Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ # del Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo -  Hombre  Mujer

Como se Identifica (18+) -  Hombre  Mujer  Transgenero Hombre-a-Mujer

Transgenero Mujer-a-Hombre  No Binario  Genero Adicional  No Quiero Responder

Orientación Sexual (18+) -  Heterosexual  Gay/Lesbiana  Bisexual  No Sé

Otro  No Quiero Contestar

Nombre del Responsable (La persona responsable del pago de la cuenta): \_\_\_\_\_

Relación al/el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del responsable: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

# Telefónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ # Telefónico \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Estado Civil -  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Pareja

Idioma -  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Necesita un Traductor -  Sí  No. ¿Que tipo de traductor?  De Discapacitación Auditiva  Idioma

Raza -  Afroamericano/a  Blanco/a  Asiatico/a  Indio/Nativo de Alaska  Hawaiano

Otro o Isleño Pacífico  Una o más razas mixtas (Liste la(s) razas) \_\_\_\_\_

Etnicidad -  Hispano/Latino  No

Usted Estudia -  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No soy estudiante

Trabajo -  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Cuenta Propia  Jubilado  Desempeado

Yo no tengo seguro y me gustaría solicitar el formulario de descuento pacientil. Por Favor: Solicite y llene por completo el formulario de descuento. Sí necesita ayuda díganos.

¿Sí no tiene seguro, ¿Ha solicitado Medicaid o el Seguro de Atención Médica (ACA)?  Sí  No

Medicaid – ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ACA – ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

*El gobierno necesita datos de ingresos familiares para que podamos obtener fondos federales. Su información personal no se compartira con nadie. Nosotros proporcionamos la información colectivamente como organización. Agradecemos su ayuda. Por favor seleccione el sueldo anual de su familia. Cuantos son de Familia \_\_\_\_\_*

\$0 - \$10,000

\$10,001 - \$20,000

\$20,001 - \$30,000

\$30,001 - \$40,000

\$40,001 - \$50,000

\$50,001 - \$60,000

\$60,001 - \$70,000

\$70,001 - \$80,000

\$80,001 or greater

No Quiero Responder

---

**Dirección (No aceptamos P.O. Box como dirección de correspondencia)**

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

---

**INFORMACION DEMOGRAFICA**

*(Esta información es solo para datos demográficos y se mantendrá confidencial.)*

**Estatus Militar** -  Soy Militar  Veterano  Nunca estuve en el ejército

**Usted renta o es dueño de casa o apartamento?** -  Sí  No **Donde Reside:**  Refugio

Con amigos/familiares  Entre casas  Estoy en la calle  Vivienda de Gobierno

Otro \_\_\_\_\_

**¿Usted o su familia residen en un hogar temporal ya que usted trabaja en la agricultura?**  Sí  No

**En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia ha trabajado en la agricultura de forma estacional?**  Sí  No

**Registración Electoral** -  Ya estoy registrado  Quisiera registrarme  No estoy interesado en registrarme

**¿Cómo se enteró de Little River Medical Center?** -  Cartelera  Periódico  Amigos/Familiares  Radio

Hospital  Otra Clinica  Televisión  Guía Telefónica  Internet/Web  Redes Sociales

Evento Comunitario  Otra Forma

**¿Le gustaría usar Little River Medical Center como su farmacia principal?**  Sí  No

**Nombre preferido de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de la farmacia:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Razón principal de la cita dental: \_\_\_\_\_ Inspección \_\_\_\_\_ Emergencia \_\_\_\_\_ Consulta \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**

	Sí	No	Descripción
¿Tiene un problema dental específico? (Si la respuesta es sí, por favor explique)			
¿Usted se ha sometido a exámenes de rutina?			Mi última cita dental fue en:
¿Cree usted que tiene caries activa o enfermedad en las encías?			
¿Se cepilla los dientes y usa el hilo dental de forma rutinaria?			
¿Sangran sus encías?			
¿Le gusta su sonrisa? Sí/No? (Si responde que no díganos por que?)			
¿La comida se le queda entre los dientes? ¿Tiene algún diente flojo?			
¿Desea conservar los dientes restantes?			
¿Su mandíbula hace chasquidos, o tiene molestias? ¿Muele sus muelas? Le rechina la mandíbula?			
¿Sus experiencias pasadas en un consultorio dental han sido positivas?			
¿Fuma o mastica? ¿Tiene llagas o un crecimiento extraño en su boca?			
Nombre de su dentista? ** (Opcional)**			
Fecha de su última radiografía de boca total (16 radiografías pequeñas o panorámicas)			

**HISTORIAL MEDICO**

	Sí	No	Descripción
¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por que?			
¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a o ha tenido una operación importante? (Explíquenos)			
¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o cuello? (Explíquenos)			
¿Está tomando algún medicamento, o un producto a base de hierbas? (En caso que sí, explíquenos)			
¿Está en una dieta especial? (Explique su respuesta)			
¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia (Explíquenos)			<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Codeína <input type="radio"/> Acrílico <input type="radio"/> Metal <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Otra Sustancia:
¿Desea hablar con el/la dentista en privado sobre algún problema?			
<b>*** Sección para las damas solamente ***</b>			<input type="radio"/> ¿Está embarazada? o ¿Quiere quedar embarazada? <input type="radio"/> ¿Está amamantando? <input type="radio"/> ¿Está tomando anticonceptivos orales?

Según mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o si mis medicamentos cambian, informaré al dentista y al personal en la próxima cita sin falta.

Firma del Paciente/Tutor : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Revisado por el Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_

Updated: 02/2022

Revisión historial y hallazgos significativos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ACTUALIZACIONES MEDICAS**

Yo, he leído mi historial medico fechado: \_\_\_\_\_ y, confirmo que establece adecuadamente las condiciones pasadas y presentes .

Fecha	Las Excepciones	Firma del Paciente	Presión Arterial	Revisado el (Dr)
	_____	Ninguna		
	_____	Ninguna		
	_____	Ninguna		
	_____	Ninguna		
	_____	Ninguna		
	_____	Ninguna		
	_____	Ninguna		

### Autorización para la divulgación de información médica

Autorizo a LRMC a divulgar cualquier información médica pertinente para el pago de los gastos médicos incurridos por mí a los nombres de las compañías de seguros a continuación o a sus intermediarios, transportistas, agentes o agentes de facturación. Permiso que se use una copia de la autorización en lugar de la solicitud original de pago de beneficios de seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta las asignaciones.

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

#### ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DE SEGURO

Por la presente, asigno derechos bajo la póliza de seguro mencionada anteriormente a Little River Medical Center, incluidos, entre otros, seguros médicos y dentales mayores, beneficios hospitalarios, beneficios por enfermedad o beneficios por lesiones. En el caso de que un tercero sea considerado responsable de cualquier condición médica, cedo mis derechos bajo un asegurado, como el seguro de compensación del trabajador del seguro de automóvil y / o los pagos mínimos de hospital médico o discapacidad comúnmente conocidos como "PIP" de conformidad con la Sección 56-11 \* 110 S.C. Código de Leyes, 1976, según enmendada, y el proceder de todas las reclamaciones resultantes de la responsabilidad del tercero pagadero por cualquier persona, empleador, compañía de seguros para o para mí hasta los montos totales de los cargos médicos / dentales incurridos. Además, garantizo y represento que cualquier seguro asignado es un seguro válido y está en vigor.

#### RESPONSABILIDAD PERSONAL

Entiendo expresamente que soy personalmente responsable de la totalidad de los gastos médicos / dentales / de salud conductual incurridos por mí para la atención y el tratamiento, ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Cualquier pago recibido por Little River Medical Center como resultado de la Autorización anterior para la Divulgación de Información Médica y Asignaciones de Beneficios de Seguro será crédito para las cuentas y, y yo seré personalmente responsable de cualquier saldo restante en cualquier Cuenta Médica, de Salud del Comportamiento o Dental de Little River Medical Center.

#### ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS O INGRESOS DEL HOGAR

Siempre informaré a la oficina de Little River Medical Center de todos los cambios de seguro y cambios o actualizaciones de los ingresos del hogar. De lo contrario, puede resultar en (me) \_\_\_\_\_ pagar por los servicios prestados en su totalidad.

#### CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL/FARMACÉUTICO

Autorizo a Little River Medical Center a brindar atención y tratamiento médico / dental según lo consideren apropiado bajo las instrucciones de mi médico / dentista de atención primaria y de los asociados, socios o designados que puedan ser seleccionados para realizar dicho tratamiento. Reconozco que durante el curso del tratamiento, pueden surgir condiciones que requieran procedimientos o servicios adicionales, y además autorizo y solicito que mi médico / dentista y / o asociados, socios, asistentes o designados que puedan ser seleccionados por él para realizar dichos procedimientos, los servicios estén en su mejor juicio profesional.

Con el propósito de avanzar en el conocimiento médico, doy mi consentimiento para la admisión de estudiantes de medicina, traductores y observadores de acuerdo con los socios ordinarios de este centro médico.  Sí  No Autorizo a los fabricantes farmacéuticos y sus auditores a acceder a mis registros de farmacia como parte de mi participación en su programa de asistencia al paciente, si participo en dicho programa. Entiendo que esta información puede incluir medicamentos e información de salud protegida. (\_\_\_\_) Iniciales

Yo, \_\_\_\_\_, dar su consentimiento para divulgar (a)  toda mi información personal de atención médica (PHI) o (b)  sólo lo siguiente PHI \_\_\_\_\_

Durante mi visita a Little River Medical Center (LRMC) a las siguientes personas y estas personas pueden recoger mi medicamento de LRMC Farmacia y recibir los resultados de PHI por teléfono de LRMC:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono celular

Yo, \_\_\_\_\_, Tutor Legal del Menor de Edad, \_\_\_\_\_, dar permiso para que LRMC divulgue su PHI sobre el Niño Menor anterior durante (a)  visita de atención médica, y/o (b)  por teléfono a las siguientes personas, que también pueden recoger el medicamento del menor en la farmacia LRMC:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono celular

Esta autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta: \_\_\_\_\_ momento en el que expira esta autorización para divulgar esta información. Nadie ha hecho ni dado ninguna garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados que se pueden obtener mediante cualquier tratamiento o procedimiento que se me haya entregado. Al firmar a continuación, el abajo firmante certifica que los párrafos anteriores han sido leídos en su totalidad y entendidos por el abajo firmante y que toda la información es verdadera.

Firma del paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Política de pago de Little River Medical Center

Para que podamos continuar atendiéndole a usted y a las necesidades de atención médica de su familia, le pedimos que cumpla con nuestra política de pago.

1. El pago es debido y pagadero en el momento en que se presta el servicio. Cualquier otro arreglo debe hacerse con el gerente de la oficina comercial, o designado, antes de ser visto.
2. Little River Medical Center se reserva el derecho de controlar las citas hasta que se hayan hecho los arreglos financieros.
3. Little River Medical Center presentará reclamos de seguro solo con ciertas compañías de seguros. La oficina principal discutirá su póliza con usted en el momento de su primera visita. Dependiendo de su compañía de seguros, es posible que se requiera un copago y / o porcentaje al momento del check-in.
4. Little River Medical Center no es responsable del seguimiento con las compañías de seguros. Cuando el pago de la compañía de seguros no se haya recibido dentro de los 45 días posteriores a la presentación, la parte responsable recibirá una declaración de que el pago se espera dentro de los 15 días.
5. Los pacientes que califican para nuestro programa de tarifas móviles son responsables del pago completo de los servicios o tarifas que se han establecido en una escala móvil.
6. El pago se espera en el momento del servicio.  
¿Qué método(s) de pago(s) se utilizará(n)?  Efectivo  Comprobar  Master Card

VISA

El abajo firmante reconoce haber leído y está de acuerdo con la política de pago anterior de Little River Medical Center.

---

Firma

Fecha

---

Nombre impreso



Reconocimiento de prácticas de privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto establece:

- nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
• cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos sobre usted.
• sus derechos relacionados con su información personal de salud.
• nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
• Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
• las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso.
• la persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener nuestro reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Acuse de recibo del paciente

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente Fecha

Firma del representante del paciente (si procede) Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente

In lieu of patient signature, I, \_\_\_\_\_, a staff member of Little River Medical Center, stated that \_\_\_\_\_ has been given our current Notice of Privacy Practices.

Date: \_\_\_\_\_

## Declaración de Derechos del Paciente

Little River Medical Center ha adoptado la siguiente "Declaración de Derechos del Paciente". En Little River Medical Center, mantenemos las siguientes políticas con respecto a los derechos y responsabilidades de nuestros pacientes:

**Como paciente, usted tiene derecho a** comprender y utilizar estos derechos. Si por alguna razón no entiende o necesita ayuda, el Centro debe proporcionar asistencia, incluyendo un intérprete.

**Como paciente, tiene derecho a** recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago.

**Como paciente, tiene derecho a** recibir atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro, libre de restricciones innecesarias.

**Como paciente, tiene derecho a** recibir atención de emergencia si la necesita.

**Como paciente tiene derecho a** ser informado del nombre y cargo del médico que estará a cargo de su atención en el hospital y el Centro.

**Como paciente tiene derecho a** recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

**Como paciente tiene derecho a** recibir toda la información que necesita para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.

**Como paciente, tiene derecho a** recibir toda la información que necesita para designar a alguien en quien confíe para que tome decisiones de atención médica por usted si pierde la capacidad de decidir por sí mismo. Puede designar un "agente de atención médica o apoderado" utilizando un formulario de poder de atención médica que se le proporcionó en el momento del registro en el centro. Puede darle a la persona que seleccione como su agente de atención médica tan poca o tanta autoridad como desee. Puede permitir que su agente decida sobre todos los cuidados de salud o solo sobre ciertos tratamientos. También puede darle a su agente instrucciones que su agente puede seguir.

**Como paciente, tiene derecho a rechazar el** tratamiento y a que le digan qué efecto puede tener esto en su salud.

**Como paciente, tiene derecho a** negarse a participar en la investigación. Al decidir si participar o no, usted tiene derecho a una explicación completa.

**Como paciente, tiene derecho a la** privacidad mientras esté en el Centro y a la confidencialidad de toda la información y registros relacionados con su caso.

**Como paciente, usted tiene derecho a** participar en todas las decisiones sobre su tratamiento en el Centro.

**Como paciente, tiene derecho a** revisar sus registros médicos sin cargo y obtener una copia de su registro médico por la cual el Centro puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia únicamente porque no puede pagar.

**Como paciente, tiene derecho a** quejarse sin temor ni represalias sobre la atención y los servicios que está recibiendo y a que el Centro le responda y, si lo solicita, una respuesta por escrito.

---

Firma del paciente/Guardián

---

Fecha

---

Nombre impreso



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de entrada en vigor revisada 10/7/2015

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad ('Aviso'), comuníquese con  
Oficial de Privacidad  
Número de teléfono: 843-663-8002 o Fax: 843-663-8102  
P. O. Box 547 Little River, SC 29566

**Sección A: ¿Quién seguirá este aviso?**

Este Aviso describe las Prácticas de Privacidad de Little River Medical Center (en adelante, "LRMC") y las de

Cualquier miembro de la fuerza laboral autorizado para crear información médica denominada Información de salud protegida (PHI) que puede usarse para fines como tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Estos miembros de la fuerza laboral pueden incluir:

- Todos los departamentos y unidades de LRMC.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios.
- Todos los empleados, personal y otro personal de LRMC
- Cualquier entidad que preste servicios bajo la dirección y el control de LRMC seguirá los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información médica entre sí para el Pago de tratamiento o los fines operativos de Healthcare descritos en este Aviso.

**Sección B: Nuestro compromiso con respecto a la información médica**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en LRMC. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados o mantenidos por LRMC, ya sea realizados por el personal de LRMC o su médico / proveedor personal.

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
- Darle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y
- Siga los términos del Aviso que está actualmente en vigor.

**Sección C: Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted**

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos a qué nos referimos y trataremos de dar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

**Tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención médica u otro personal del Proveedor que esté involucrado en su cuidado en LRMC. Por ejemplo, un médico que lo trata por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba decirle al dietista si tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. Diferentes departamentos de LRMC o pueden compartir información médica sobre usted para coordinar diferentes elementos, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera de LRMC que pueden estar involucradas en su atención médica después de que usted deje LRMC.

**Pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en LRMC puedan facturarse y el pago pueda cobrarse de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre una visita que recibió en nuestra oficina para que su plan de salud nos pague o le reembolse el procedimiento. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento recetado para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Operaciones sanitarias.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de LRMC. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar nuestro negocio y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes con LRMC para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no se necesitan y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención médica y otro personal de LRMC para fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con la información médica de otros proveedores para comparar cómo nos está yendo y ver dónde podemos hacer mejoras en la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifica de este conjunto de información médica para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin conocer la identidad de un paciente. En un esfuerzo por proporcionar, coordinar o administrar sus servicios relacionados con la salud y los servicios de salud a la comunidad de LRMC, podemos usar o compartir su información de salud personal y electrónica a través de SCHIEX (Intercambio de Información de Salud de Carolina del Sur), otro Intercambio de Información de Salud u otras entidades que LRMC tiene bajo contrato de servicios. Además, podemos proporcionar dicha información a entidades farmacéuticas fuera de LRMC que ayudan a proporcionar atención farmacéutica para que usted sea usted, incluido el programa de farmacia de pedidos por correo de LRMC, farmacias contratadas que son socios activos con LRMC que se pueden encontrar en la base de datos 340B de la Oficina de Asuntos Farmacéuticos y programas institucionales de asistencia de medicamentos recetados. Sus médicos y otros proveedores de atención médica usarán y compartirán su información médica electrónica con otros médicos y proveedores de atención médica involucrados en su atención, a través de SCHIEX para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado.

- **Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica en LRMC.
- **Alternativas de tratamiento.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.
- **Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.
- **Actividades de recaudación de fondos.** Podemos usar información sobre usted para contactarlo para recaudar dinero para el LRMC y sus operaciones. Podemos divulgar información a una fundación relacionada con el LRMC para que la fundación pueda contactarlo para recaudar dinero. Solo divulgaríamos información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibió el tratamiento o los servicios de LRMC. Si no desea que nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificarnos por escrito y se le dará la oportunidad de "optar por no participar" en estas comunicaciones.
- **Autorizaciones requeridas.** No utilizaremos su información médica protegida para ningún propósito no permitido específicamente por las leyes o regulaciones federales o estatales sin su autorización por escrito, esto incluye los usos de su PHI para actividades de marketing o ventas.
- **Emergencias.** Podemos usar o divulgar su información médica si necesita tratamiento de emergencia o si la ley nos exige que lo tratemos pero no podemos obtener su consentimiento Si esto sucede, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de tratarlo.
- **Notas de psicoterapia.** Las notas de psicoterapia reciben protecciones estrictas bajo varias leyes y regulaciones. Por lo tanto, divulgaremos notas de psicoterapia solo con su autorización por escrito con excepciones limitadas.
- **Barreras de comunicación.** Podemos usar y divulgar su información de salud si no podemos obtener su consentimiento debido a barreras de comunicación sustanciales, y creemos que usted querría que lo tratáramos si pudiéramos comunicarnos con usted.
- **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención.** Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica y también podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención, a menos que se oponga por escrito y nos pida que no proporcionemos esta información a individuos específicos. Además, podemos divulgar información médica sobre usted a una entidad que ayude en un esfuerzo de alivio de desastres para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.
- **Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de privacidad de su información médica.

Antes de usar o divulgar información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de la investigación, pero podemos, sin embargo, divulgar información médica sobre usted a las personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica que revisan no salga de LRMC. Casi siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tiene acceso a su nombre, se dirige a otra información que revela quién es usted o estará involucrado en su atención en LRMC.

- **Según lo exija la ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal estatal o local.
- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.
- **Uso del correo electrónico.** El correo electrónico solo se utilizará siguiendo las políticas y prácticas actuales de LRMC y con su permiso. Se recomienda el uso de correo electrónico seguro y cifrado.

#### Sección D: Situaciones especiales

- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar información médica sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares.
- **Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
  - notificar los nacimientos y defunciones;
  - para denunciar el abuso o negligencia infantil.
  - para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos; para notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar utilizando.
  - notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y

Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima o abuso. Negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen • por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales del sistema de atención médica y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas.** Si está involucrado en una demanda o una disputa • , podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una solicitud de descubrimiento de citación u otro proceso legal por parte de otra persona invocada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.
- **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica si así se lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:
  - en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar
  - para identificar o localizar a un sospechoso, testigo material fugitivo o persona desaparecida:
  - sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos
  - para obtener el acuerdo de la persona sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal:
  - sobre conducta delictiva en el Proveedor; y
  - en circunstancias de emergencia, para denunciar un delito, la localización del delito o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar

la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes del Proveedor a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus deberes.

- **Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de protección para el Presidente y otros.** Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.
- **Internos.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta liberación sería necesaria para que la institución le brinde atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institución correccional.

## Sección E: Sus derechos con respecto a la información médica sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a acceder, inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a acceder, inspeccionar y copiar la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención, con algunas excepciones. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero puede no incluir notas de psicoterapia. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.
- **Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar información médica en ciertas circunstancias muy limitadas.** Si se le niega el acceso a la información médica, en algunos casos, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por el LRMC revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la Información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para LRMC. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.
- **Podemos denegar su solicitud de enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud.** Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos la información que:
  - No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda,
  - No es parte de la información médica mantenida por o para el Proveedor,
  - No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
  - Es preciso y completo.
- **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una Cuenta de Divulgaciones. Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de información médica sobre usted. Su solicitud debe indicar un tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la contabilidad (por ejemplo, en papel o electrónicamente, si está disponible). La primera contabilidad que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que tuvo. En su solicitud, debe decirnos qué Información desea limitar, si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y a quién desea que se apliquen los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge). No estamos obligados a aceptar este tipo de solicitudes. No cumpliremos con ninguna solicitud para restringir el uso o acceso de su información médica con fines de tratamiento.
- También tiene derecho a restringir el uso y la divulgación de su información médica sobre un servicio o artículo por el que ha pagado de su bolsillo, para fines de pago (le. planes de salud) y operativos (pero no de tratamiento) si ha pagado completamente su factura por este artículo o servicio. No aceptaremos su solicitud de este tipo de restricción hasta que haya pagado completamente su factura (saldo cero) por este artículo o servicio. No estamos obligados a notificar a otros proveedores de atención médica de estas restricciones, esa es su responsabilidad.
- **Derecho a recibir notificación de un incumplimiento.** Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electrónico (si ha indicado una preferencia para recibir información por correo electrónico),

de cualquier violación de la Información de salud protegida no segura lo antes posible, pero en cualquier caso, a más tardar 60 días después del descubrimiento de la violación. "Información de salud protegida no segura" es información que no está protegida mediante el uso de una tecnología o metodología identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para hacer que la Información de Salud Protegida sea inutilizable, ilegible e indescifrable para usuarios no autorizados. Se requiere que el aviso incluya la siguiente información-

- una breve descripción de la infracción, incluida la fecha de la infracción y la fecha de su descubrimiento, si se conoce; o una descripción del tipo de información de salud protegida no segura involucrada en la infracción.
  - pasos que debe tomar para protegerse de posibles daños resultantes de la violación.
  - una breve descripción de las acciones que estamos tomando para investigar la infracción, mitigar las pérdidas y protegernos contra nuevas infracciones.
  - Información de contacto, incluyendo un número de teléfono gratuito, dirección de correo electrónico, sitio web o dirección postal para permitirle hacer preguntas u obtener información adicional.
- **Derecho a recibir notificación de un incumplimiento.** Estamos obligados a notificarle por correo de primera clase o por correo electrónico (si ha indicado una preferencia para recibir información por correo electrónico), de cualquier violación de la Información de salud protegida no segura lo antes posible, pero en cualquier caso, a más tardar 60 días después del descubrimiento de la violación. "Información de salud protegida no segura" es información que no está protegida mediante el uso de una tecnología o metodología identificada por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para hacer que la Información de Salud Protegida sea inutilizable, ilegible e indescifrable para usuarios no autorizados. Se requiere que el aviso incluya la siguiente información-
    - una breve descripción de la infracción, incluida la fecha de la infracción y la fecha de su descubrimiento, si se conoce; o una descripción del tipo de información de salud protegida no segura involucrada en la infracción.
    - pasos que debe tomar para protegerse de posibles daños resultantes de la violación.
    - una breve descripción de las acciones que estamos tomando para investigar la infracción, mitigar las pérdidas y protegernos contra nuevas infracciones.
    - Información de contacto, incluyendo un número de teléfono gratuito, dirección de correo electrónico, sitio web o dirección postal para permitirle hacer preguntas u obtener información adicional.

En el caso de que la violación involucre a 10 o más pacientes cuya información de contacto esté desactualizada, publicaremos un aviso de la violación en la página de inicio de nuestro sitio web o en un medio impreso o de transmisión importante. Si la violación involucra a más de 500 pacientes en el estado o jurisdicción, enviaremos avisos a medios de comunicación prominentes. Si la violación involucra a más de 500 pacientes, estamos obligados a notificar inmediatamente al Secretario. También estamos obligados a presentar un informe anual al Secretario de una violación que involucró a menos de 500 pacientes durante el año y mantendremos un registro escrito de infracciones que involucren a menos de 500 pacientes.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o en una copia impresa o por correo electrónico. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Acomodaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- **Derecho a una copia impresa de este Aviso.** Usted tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este Aviso. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web [www.lrmcenter.com](http://www.lrmcenter.com)

Para ejercer los derechos anteriores, comuníquese con la persona que figura en la parte superior de este Aviso para obtener una copia del formulario correspondiente que deberá completar para realizar su solicitud.

## Sección F: Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el Notice revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. We publicará una copia del Aviso actual. El Aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de entrada en vigor.

## Sección G: Reclamaciones

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el LRMC comunicándose con el Oficial de Privacidad de HIPAA al 843-663-8002 o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos;

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complain/index.html> love mi vida

Para presentar una queja ante LRMC, comuníquese con la persona que aparece en la primera página de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito No se le penalizará por presentar una queja.

#### **Sección H: Otros usos de la información médica**

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su permiso por escrito si nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que v/s no pueden retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

#### **Sección I: Arreglo organizado de atención médica**

LRMC, los miembros contratistas independientes de su personal médico (incluido su médico) y otros proveedores de atención médica afiliados al Proveedor han acordado, según lo permitido por la ley, compartir su información de salud entre ellos para fines de tratamiento· operaciones de pago o de atención médica. Esto nos permite abordar mejor sus necesidades de atención médica.

Fecha de revisión: March 03, 2013, September 30, 2015 Fecha de entrada en vigor original: April 14, 2003.