

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE - letra de imprenta	
<p>Apellido _____</p> <p>Primer nombre _____</p> <p>Nombre Preferido _____</p> <p>Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>El ex Apellido _____</p> <p>Genero reportado al nacer <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Número de la Seguridad Social: _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Código postal _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Condado de Residencia: _____</p> <p>Telefono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p>Teléfono de trabajo _____</p> <p>Correo electrónico _____</p> <p>Prefiero ser contactado por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Telefono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Estas bien dejar mensaje</p> <p><input type="checkbox"/> NO deje un mensaje <input type="checkbox"/> No llame Número de casa</p> <p><input type="checkbox"/> No llame Trabajo <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Proveedor _____</p> <p>Farmacia _____</p> <p>Lengua hablada:</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Alaska <input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai</p> <p><input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>Estado marital <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero</p> <p><input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p><input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Puede usted salir de su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Migrante o trabajador agrícola de temporada? <input type="checkbox"/> Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No es un trabajador migrante o temporal</p> <p>Situación de vivienda <input type="checkbox"/> Vivir con alguien <input type="checkbox"/> En un refugio</p> <p><input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Vivienda de transición</p> <p><input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p>¿Usted vive en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Eres un veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Apellido del Padre/Tutor _____</p> <p>Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>Apellido del pariente más cercano _____</p> <p>Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p style="text-align: center;">INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> <p>Telefono de casa _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p style="text-align: center;">INFORMACION DE EMPLEO</p> <p>Nombre del empleador _____</p> <p>Teléfono del empleador _____</p> <p>Su ocupación habitual _____</p> <p>Su industria habitual _____</p> <p style="text-align: center;">INFORMACIÓN DEL CUSTODIO (del que se envían las facturas)</p> <p>Relación con el Paciente _____</p> <p>Apellido _____</p> <p>Primer nombre _____</p> <p>Segundo nombre _____ Sufijo _____</p> <p>Fecha de nacimiento _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Código postal _____</p> <p>Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Número de seguro social _____</p> <p>Teléfono de trabajo _____</p> <p>Teléfono móvil _____</p> <p>¿Cómo nos encontraste? <input type="checkbox"/> Un paciente ahora <input type="checkbox"/> Un amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Guía de Paginas Amarillas <input type="checkbox"/> Radio publicidad</p> <p><input type="checkbox"/> Anuncio de periódico <input type="checkbox"/> Referido por un Hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> La red mundial</p> <p><input type="checkbox"/> Otros _____</p> <p style="text-align: center;">ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD GÉNERO</p> <p>NOTA: este dato es requerido para reportes de estadísticas federales y no esta asociado con pacientes individuales</p> <p>ORIENTACIÓN SEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbianas, homosexuales, u homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual o heterosexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas</p> <p><input type="checkbox"/> Prefieren no revelar que</p> <p>Identidad género</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra</p> <p><input type="checkbox"/> Transexual masculino /-mujer a hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Transgénero hombre / mujer a mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Genderqueer</p> <p><input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefieren no revelar que</p>

INFORMACIÓN DE SEGURO Y PAGO

Seguros: <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro médico	¿Quieres solicitar descuentos de honorarios basado en el ingreso familiar y el tamaño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número de personas que viven en su hogar? _____	En caso negativo, ¿cumple con los criterios para obtener ingresos superiores al 250% de pobreza en la tabla disponible? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ingreso anual combinado del hogar, margue a continuación: <input type="checkbox"/> \$0 – 12,760.00 (100% y por debajo)	¿Quieres información o ayuda con...
<input type="checkbox"/> \$12,761.00 – 15,949.00 (101-150%)	<input type="checkbox"/> Solicitar descuento de honorarios <input type="checkbox"/> Aplicar para Medicaid
<input type="checkbox"/> \$15,950.00 – 19,139.00 (151-200%)	<input type="checkbox"/> Solicitud de Medicare <input type="checkbox"/> Solicitud de PeachCare for Kids
<input type="checkbox"/> \$19,140.00 – 25,519.00 (151-200%)	<input type="checkbox"/> Solicitud para el seguro de la ley de Cuidados de Salud Accesibles
<input type="checkbox"/> \$25,520.00+ (mas grande que 200%)	<input type="checkbox"/> Medicamentos accesibles <input type="checkbox"/> Otros _____

NOMBRE DE SU PLAN SEGUROS:

<i>Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente</i> Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Nombre del empleador _____	Información de la póliza Relación del Paciente al titular de la póliza: _____ ID / Certificación de número: _____ Póliza / Número de grupo: _____
---	--

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO PARA EL PACIENTE

Nombre de su Plan Seguros: _____	
<i>Nombre del titular de la póliza en caso que no sea el paciente</i> Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Nombre del empleador _____	Información de la póliza Relación del Paciente al titular de la póliza: _____ ID / Certificación de número: _____ Póliza / Número de grupo: _____

MISIONES, COMUNICADO, y CONSENTIMIENTO

- Autorizo MedLink Georgia, Inc., para proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y el tratamiento, y dirigir la aseguradora a pagar, sin equívocos, directamente a la MedLink Georgia, Inc., todas las prestaciones debidas como consecuencia del tratamiento.
- Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles o co-seguro. Autorizo y consiento para MedLink Georgia me facturan directamente por los servicios recomendados realizados que no están cubiertos bajo los términos de mi plan de salud.
- Autorizo al médico para liberar cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.
- Una copia de esta autorización será igual de valida que la original.
- Doy mi consentimiento a los cuidados médicos rutinarios prestados a mí o mi dependientes mediante los asistentes/proveedor médico(s).
- Doy mi consentimiento para el tratamiento por un Asistente Medico o enfermera de práctica avanzada que actúa bajo la supervisión de un médico MedLink Georgia.
- Reconozco que tengo derecho a las explicaciones sobre mi cuidado y tratamiento en un idioma y de una manera que asegura entiendo mis opciones de tratamiento
- Entiendo que tengo el derecho a negarse a recibir tratamiento después de riesgos y beneficios se han explicado.
- Doy mi consentimiento a los servicios de planificación de la familia voluntaria (X Título) si les solicito. Entiendo que todos los servicios del Título X son de carácter voluntario y confidencial. Yo entiendo que la obtención de servicios de Título X no es necesario y no es un requisito para obtener otros servicios en MedLink Georgia, Inc. Entiendo que no puedo ser rechazados por los servicios del Título X por no poder pagar.
- Entiendo que algunos servicios médicos profesionales como servicios de laboratorio y patología pueden ser contratistas independientes y me facturarán por separado por sus servicios.
- Reconozco que el tratamiento puede ser dictada en una emergencia sin consentimiento.
- Entiendo que MedLink Georgia, Inc. no será responsable si no sigo las instrucciones que me dan por el proveedor / médico (s).

Certifico que toda la información dada por mí es verdadero.

Firma _____
 Paciente de Padres Guardián

Fecha _____



RENUNCIA A LA ATENCION ILIMITADA O CONTINUE PARA PACIENTES DENTALES

En la actualidad, MedLink Georgia – Commerce Dental, desea brindarle a usted. La Mejor atención emergente para su problema odontológico, por lo que si es absolutamente necesario, se le puede programar una visita para determinar exactamente la magnitud del problema dental.

Si después de atender su emergencia, usted necesita continuar con un tratamiento dental global, estaría dispuesta a referirlo a otras oficinas dentales en el sector, que lo pueden ayudar integralmente a solucionar sus problemas.

En la actualidad, MedLink Georgia – Commerce Dental, solo puede proporcionar atención integral a los siguientes tipos de pacientes:

- Niños
- Mujeres Embarazadas
- Pacientes que sean atendidos por la parte médica de MedLink Georgia, y que sean referidos al departamento dental

Consiente de que existen en la comunidad, una imperiosa necesidad de atención odontológica crítica o de emergencia, hemos procedido a reestructurar nuestro programa, con el fin de satisfacer estas necesidades.

Queda perfectamente establecido que al recibir atención crítica o de emergencia, por parte de, MedLink Georgia, no será considerado como un paciente estable de esta oficina, por lo tanto, MedLink Georgia – Commerce Dental, no asume la responsabilidad de mi cuidado dental general.

Firma del paciente _____ Fecha _____



Asociación Patient-Provider expectativas y Acuerdo

La salud y el bienestar de nuestros pacientes es una de las principales preocupaciones en MedLink Georgia. Proporcionar la mejor atención posible a cada paciente es nuestro objetivo. La única manera en que podemos cumplir este objetivo es si su médico y usted, el paciente, trabajar juntos. Este concepto se llama un "hogar médico paciente centrado"

Como nuestro paciente, sus responsabilidades son:

- Haga preguntas, comparta sus sentimientos y ser parte de su cuidado
- Sea honesto acerca de su historia clínica, los síntomas y otra información importante sobre su salud
- Dígale a su equipo de atención médica sobre cualquier cambio en su salud y bienestar
- Tome todo su medicamento y siga los consejos de su médico
- Tomar decisiones sanas sobre sus hábitos diarios y estilo de vida
- Preparar y mantener visitas programadas o reprogramar las visitas con antelación de acuerdo a las expectativas debajo
- Llámenos primero con todos los problemas, a menos que sea una emergencia médica
- *Notificar a la oficina inmediatamente si usted ha sido internado en un hospital, se ha visto en un servicio de urgencias, o habían hecho trabajos de laboratorio o de imágenes*
- Final de cada visita con una comprensión clara de las expectativas de su **médico**, los objetivos del tratamiento, y los planes de futuro

Como proveedor de su oficina, nuestras responsabilidades son:

- Explicar las enfermedades, los tratamientos y los resultados en un formato fácil de comprender
- Tome tiempo para escuchar tus sentimientos y preguntas y ayudarle a tomar decisiones acerca de su cuidado
- Mantenga sus tratamientos, debates y segura de registros
- Ofrece 24 horas de acceso a la atención médica y las citas en el mismo día, siempre que sea posible
- Proporcionar instrucciones sobre cómo satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud cuando la oficina no está abierta
- El cuidado de usted a lo mejor de nuestras habilidades basadas en la comprensión que tenemos de sus actuales condiciones médicas
- Proporcionarle instrucciones claras acerca de los medicamentos y otros tratamientos
- Cuando sea necesario, dirigir y coordinar su atención médica a través de remisiones a especialistas y recursos de la comunidad
- Final de cada visita con instrucciones claras acerca de las expectativas, los objetivos del tratamiento, y los planes de futuro

Programación de pacientes Expectativas:

Como MedLink Georgia expande y crece, estamos trabajando diligentemente para proporcionarle atención médica de alta calidad en una forma eficiente. A fin de optimizar la programación personal del paciente y el flujo de trabajo, le pedimos que cumpla con las siguientes reglas:

- Todas las citas deben ser programadas, incluyendo citas en el mismo día. Haremos nuestro mejor esfuerzo para programar su cita para un mismo día según nuestra disponibilidad así lo permita. Por favor, comprenda que puede tener tiempos de espera más largos de lo esperado cuando se ve como una cita en el mismo día.
- Si llega 10 minutos o después de su cita, nos reservamos el derecho de reprogramar una cita más tarde u otro día como usted elija.
- Veinticuatro horas de cancelación de una cita es obligatorio. Si el mismo día una cita debe ser cancelada, por favor, avísele al personal tan pronto le sea posible. Las citas que no se cancelan al menos una (1) hora antes de la hora programada serán consideradas como un no-show.
- Citas no-show tendrán un cargo de \$25.00 agregadas a su cuenta. Los pacientes que son vistos dentro de cinco (5) días laborables tendrán este cargo retirado de su cuenta.
- Si un paciente tiene cinco (5) citas no-show durante un periodo de seis (6) meses, puede resultar en el despido como paciente todos los centros de MedLink Georgia.
- Los nuevos pacientes deben llegar al menos 30 minutos antes de una cita programada. Pacientes ya establecidos debe llegar 15 minutos antes de la cita programada.

Nombre y firma impresa del paciente

Fecha

Proveedor nombre impreso y firmarmaduros

Fecha



**Aviso de Prácticas de Privacidad
Acuse de Recibo**

Tengo entendido que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Reconozco que he recibido o tenido la oportunidad de recibir una copia de MedLink Georgia's Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que MedLink Georgia tiene derecho a cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad y que me puedo poner en contacto con cualquier oficina para obtener una copia de la notificación de prácticas de privacidad.

Además, acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se utilizará mi información

_____	_____
Nombre impreso del paciente	Fecha

Firma del paciente	O
_____	_____
Representante del Paciente (impresa)	La firma

Este documento será archivado en la historia clínica electrónica del paciente, como es requerido por las regulaciones HIPAA. El Aviso de prácticas de privacidad será proporcionado a pedido en formatos alternativos para personas con discapacidades o en un idioma distinto del inglés para personas con conocimientos limitados del inglés.

Sólo para uso interno:	
Hemos realizado el siguiente intento de obtener la firma del paciente/representante aceptando que tu recibió el aviso de prácticas de privacidad:	
<input type="checkbox"/> Paciente/representante se negó a firmar	
<input type="checkbox"/> Una situación de emergencia nos ha impedido la obtención de reconocimiento	
<input type="checkbox"/> Barreras de comunicación nos prohíbe la obtención de reconocimiento	
<input type="checkbox"/> Otros _____	

_____	_____
Nombre del miembro del personal (impresa)La firma	Fecha



PÓLIZA DE FINANCIACIÓN

Gracias por elegirnos como su prestador de asistencia sanitaria dental. Nos esforzamos por garantizar el éxito de su tratamiento y es importante que comprenda que el pago de las facturas se considera parte del tratamiento. Antes de empezar, deberá leer la Póliza de Financiación que figura a continuación y firmarla en conformidad. Todos los pacientes deben leer y firmar este documento antes de tener la visita con el médico.

No podemos ofrecerle nuestro servicio dental hasta que no se haya acordado la parte económica. Nuestro centro depende de que los pacientes abonen los gastos por la atención recibida y se debe determinar la capacidad económica de cada persona para afrontar los gastos antes de empezar el tratamiento.

ACEPTAMOS DINERO EN EFECTIVO, CHEQUES, VISA, MASTERCARD Y DISCOVER

PRESUPUESTOS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO

Realizamos presupuestos de los planes de tratamiento para que los pacientes puedan entender el precio aproximado antes de aceptarlo. El presupuesto es un intento de buena fe de calcular el costo del tratamiento teniendo en cuenta la información con la que contamos en ese momento. Es solo un cálculo aproximado y cualquier importe que no cubra el seguro correrá por cuenta del paciente. A lo largo del tratamiento, el odontólogo podría decidir (consultándolo con el paciente) que hace falta un tratamiento diferente o adicional, con lo que el importe a pagar podría cambiar. Se le informará de dichos cambios antes de brindarle el servicio.

SEGURO DENTAL

MedLink Commerce no trabaja con ningún seguro médico privado; sin embargo, le ayudaremos a encontrar la mejor prestación disponible. La mayoría de los seguros médicos no cubren el 100 % del tratamiento, con lo cual el día que lo empiece deberá pagar el deducible, el coseguro PRESUPUESTADO y la diferencia entre lo que le facturen por el servicio recibido y el precio que el seguro médico defina como habitual y aceptado para ese servicio (si se conoce). Le ayudaremos de manera gratuita a presentar la solicitud de reembolso a su seguro médico. Hay muchas diferencias entre los seguros (por ejemplo, el deducible, los máximos anuales, las limitaciones de los precios aceptados, las intervenciones o pruebas que el seguro no cubre y otras limitaciones), por lo que no podemos garantizar que el presupuesto sea exacto. El seguro médico es un acuerdo entre usted y la aseguradora, por lo que en definitiva usted es el responsable de todos los gastos. Haremos todo lo posible para que se beneficie al máximo de las prestaciones de su aseguradora. Si por algún motivo esta no ha abonado la parte que le corresponde dentro de los 60 días desde el comienzo del tratamiento, a partir de ese momento usted será responsable del pago íntegro. El tratamiento podría ser modificado si fuera necesario y se le notificará cualquier cambio. *Podemos presentar la solicitud de reembolso para cualquier tratamiento, pero no somos parte en ningún programa ni contrato de seguro. Tanto si su aseguradora abona el tratamiento como si no, el importe total a pagar es SU responsabilidad, así como también lo es informarnos de cualquier cambio en la cobertura de su seguro.*

TARIFAS MÁXIMAS PERMITIDAS

El compromiso de nuestro centro es dar el mejor tratamiento para los pacientes y nuestras tarifas son las habituales en nuestra zona. Usted es responsable del pago, independientemente de las decisiones arbitrarias de la aseguradora de cuáles son las tarifas habituales.

MEDICAID Y CMO (ORGANISMOS PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA)

MedLink Commerce aceptará tanto los planes de Medicaid como los de los organismos para la gestión de la atención médica (CMO) de Medicaid.

TABLA DE TARIFAS AJUSTABLES

MedLink Commerce ofrece un descuento ajustable de la tarifa a los pacientes que cumplan los requisitos. Dicho descuento se calcula teniendo en cuenta el número de miembros y los ingresos del grupo familiar, y para solicitarlo es necesario llenar el Formulario de Tarifas Ajustables y presentar la documentación requerida. Si quiere pedirlo, consulte con la recepcionista. Tenga en cuenta que el pago se debe realizar antes de recibir los servicios.

POLÍTICA PARA CHEQUES SIN FONDOS

Los pagos realizados con cheques que no se puedan cobrar tendrán un recargo de 25 \$ en concepto de cargo por cheque devuelto, además de los recargos que cobre el banco. Cuando el banco devuelva el cheque, el pago se devolverá a la cuenta que corresponda, con lo cual se podrían sumar más recargos a dicha cuenta.

CESIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO

Entiendo que el pago de los servicios que me presta MedLink Commerce, sus odontólogos e higienistas dentales (referidos en su conjunto como el «Proveedor») es mi responsabilidad y que el Proveedor emitirá las facturas directamente a mi aseguradora de manera gratuita. Autorizo a mi aseguradora a pagar las prestaciones que me corresponden directamente al Proveedor y entiendo seré responsable del pago de todo saldo pendiente. LA PRESENTE DECLARACIÓN ES UNA CESIÓN DE LOS DERECHOS Y PRESTACIONES QUE SE DERIVAN DE ESTA PÓLIZA. Dicho pago no superará mi endeudamiento con el cesionario antes mencionado, y he acordado abonar en una de las formas de pago vigentes todo saldo pendiente de gastos por servicios médicos que no cubra el pago del seguro.

Autorizo al odontólogo a que comparta con la aseguradora o con los profesionales sanitarios los informes generados durante el periodo de la atención odontológica que incluyan el diagnóstico y los registros de mis tratamientos o análisis o los del menor a mi cargo.

Asimismo, entiendo que si mi aseguradora me realiza el pago a mí directamente, lo reenviaré a MedLink Commerce dentro de las 48 horas siguientes. Si no reenvío dicho pago y MedLink Commerce debe comenzar con el procedimiento de cobro de la deuda, cualquier costo incurrido por este procedimiento será mi responsabilidad. En caso de que el paciente reciba un cheque, un giro u otro pago sujeto al presente acuerdo, entregará inmediatamente dicho cheque, giro o pago a MedLink Commerce. En caso de incumplimiento de cualquier parte del presente acuerdo, el Proveedor podrá cancelar los privilegios de cargo del Paciente con MedLink Commerce y reclamar el pago inmediato de cualquier saldo pendiente que el Paciente tenga con MedLink Commerce.

Autorizo que ustedes o quien ustedes designen me llamen por teléfono a mi casa o a mi trabajo para comentar temas relacionados con el presente documento.

He leído las condiciones del tratamiento y del pago y estoy de acuerdo con las mismas.

_____ Fecha: _____
Firma del paciente, progenitor o tutor

Relación con el paciente _____



Solicitud de limitaciones y restricciones de uso y divulgación de la información protegida de la salud

Nombre del paciente: _____ Paciente SSN: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

La Dirección del paciente: _____

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, podemos divulgar información médica acerca de usted a las personas que puedan estar involucradas en su asistencia médica como terapeutas, familiares, miembros del clero, u otras personas que son parte de su cuidado. Usted tiene el derecho, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 a solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o que divulgamos sobre usted para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, como un miembro de familia o amigo. *No estamos obligados a aceptar su solicitud.* Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. **Solicitar a las limitaciones y restricciones, usted debe completar este formulario y volver a nosotros.**

Sírvase describir lo más concretamente posible el *tipo de información* que desea para nosotros para restringir o limitar. _____

- Toda la información de la EHR
- Citas
- Resultados de la prueba de diagnóstico

Sírvase describir lo más concretamente posible **cómo** le gustaría que esta información sea limitada o restringida. _____

Sólo podrán compartir con _____

_____	_____	_____
Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
Nombre	Relación	Teléfono

Firma del paciente o Tutor Legal

Fecha

Para uso **del Centro** sólo:

Fecha de recepción _____ Solicitud ha sido: Aceptado _____ Denegado _____

Comentarios: _____

Practice Manager/coordinador de la Oficina de

Fecha entró en el EHR



Derechos y Responsabilidades del Paciente

MedLink Georgia se compromete a proporcionar una atención de alta calidad, que sea justa, flexible y responder a las necesidades de nuestros pacientes y sus familias. Estamos comprometidos a trabajar con nuestros pacientes y sus familias con nuestros objetivos no sólo para proporcionar servicios adecuados de atención de la salud y servicios conexos, sino también para abordar cualquier preocupación que puedan tener con respecto a esos servicios. Animamos a todos nuestros pacientes sean conscientes de sus derechos y responsabilidades, y a tomar un papel activo en la gestión y la mejora de su salud y el fortalecimiento de sus relaciones con nuestro equipo de atención de la salud.

Usted tiene derecho a:

- Recibir una atención de alta calidad, basados en los estándares de la práctica profesional, independientemente de su (o su familia) capacidad para pagar por esos servicios.
- Obtener servicios sin discriminación por motivos de raza, etnia, origen nacional, sexo, edad, religión, discapacidad física o mental, orientación o preferencia sexual, estado civil o condición socioeconómica.
- Ser tratado con cortesía, consideración y respeto por todos MedLink Georgia personal, en todo momento y en toda circunstancia, y de una manera que respete su dignidad y privacidad.
- Esperar que Georgia MedLink mantendrá la confidencialidad de la información en su expediente médico electrónico.
- Recibir información sobre la disponibilidad de servicios de apoyo, incluidos los de traducción, transporte, y servicios de educación.
- Recibir información suficiente para participar plenamente en las decisiones relacionadas con su atención médica. Si son incapaces de participar plenamente, usted tiene el derecho de ser representado por sus padres, tutores, familiares u otros sustitutos designados.
- Pedir y recibir información sobre su responsabilidad en la prestación de servicios financieros.
- Desarrollar directivas anticipadas y se aseguran de que todos los proveedores de atención de salud deberán cumplir con las directivas de conformidad con la ley.

Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar completa y exacta de la salud, médicos, e información del seguro incluyendo una directriz anticipada si procede.
- Sea atento y respetuoso de los otros pacientes y personal MedLink.
- Preguntar en caso de duda.
- Comunicar cambios en su estado de salud y/o a su equipo de atención médica.
- Siga las instrucciones de los proveedores o discutir con ellos cualquier obstáculo que pueda tener en el cumplimiento de su plan de tratamiento prescrito.
- Cumpla con todas las citas y llegar a tiempo.
- Participar activamente en la planificación de su atención.
- Asesorar MedLink Georgia de cualquier duda, problema o insatisfacción con los servicios prestados o la manera en que (o por quién) estaban amuebladas.
- Entender al mejor de su capacidad sus beneficios de salud y las exclusiones, deducibles, co-pagos, y los costos del tratamiento, mientras que haciendo un esfuerzo de buena fe para cumplir con sus obligaciones financieras, incluyendo puntualmente pagar por servicios prestados. Los copagos son conocidos espera ser pagada antes de servicios prestados. Si los saldos pendientes exceden los \$100.00, usted será referido a la práctica Manager o representante para tratar de hacer arreglos de pago. Los saldos pendientes de izquierda puede ser referido a una agencia externa de cobranza.
- Uso de los medios electrónicos (paciente portal) apropiada para acceder a la información de los pacientes.

Si tiene preguntas, preocupaciones o comentarios, solicite hablar con el responsable de prácticas. Si sientes que tu pregunta o problema ha sido resuelto, por favor póngase en contacto con la Oficina Administrativa de Georgia MedLink en o comments@medlinkga.org 706-788-3234.

Firma del paciente

Fecha