

Sabemos que usted es una persona muy ocupada. Por eso, los consultorios médicos de Palmetto Health-USC Medical Group ahora le ofrecen la forma de administrar sus servicios médicos por Internet.

MyHealth es un portal conveniente y fácil de usar que le permite a los pacientes:

- Comunicarse con el consultorio de su médico
- Llenar sus recetas médicas
- Revisar sus resultados de laboratorio
- Ver su información de salud personal

Además, MyHealth está codificado y protegido con una contraseña para mantener la información médica segura y confidencial.

Regístrese ahora y así podrá administrar sus servicios médicos más fácilmente. Para comenzar, por favor llene la información a continuación.

---

Nombre del paciente (escriba con letra clara)

---

Fecha de nacimiento del paciente

---

Últimos 4 dígitos del número de seguro social del paciente

---

Dirección de correo electrónico

(Si la dirección de correo electrónico pertenece a alguien distinto del paciente, asegúrese de que esta persona esté incluida en el listado del Consentimiento para Divulgación de Información Médica)

Me gustaría recibir una invitación por correo electrónico al portal para los pacientes, MyHealth.  Sí  No

(Por favor tenga en cuenta que se necesitan invitaciones separadas para cada portal: MyHealth-Physician, MyHealth-Hospital, MyHealth-Palmetto Heart, y MyHealth-Orthopedics)

Rótulo del paciente

Nombre del paciente (apellido, primer nombre, segundo nombre) \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Raza y grupo étnico \_\_\_\_\_ Idioma principal \_\_\_\_\_

¿Tiene un poder de atención médica?  Sí  No

Are you an Organ Donor?  Sí  No

**Información del contacto en caso de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Información del garante (persona financieramente responsable)**

Marque si el paciente es el garante

Nombre \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

**Información del asegurado**

Aseguradora principal \_\_\_\_\_ Aseguradora secundaria \_\_\_\_\_

ID del seguro \_\_\_\_\_ ID del seguro \_\_\_\_\_

ID grupal \_\_\_\_\_ ID grupal \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

**Divulgación de información**

Autorizo la divulgación de cualquier información concerniente a mi salud, asesoría y tratamiento médico o de mi hijo, proporcionada con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios de seguros. Asimismo, por el presente autorizo que se le paguen directamente a mi médico los beneficios de seguros que de lo contrario me corresponderían a mi. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier monto no cubierto por mi seguro. Solicito el pago de los beneficios aprobados de Medicare a mis médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/tutor (escriba con letra clara)

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Representante de Palmetto Health-USC Medical Group

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de historia clínica (MRN)

Es política de Palmetto Health - USC Medical Group prestar los servicios médicos más eficientes y razonables. Por eso es necesario para nosotros tener una Política Financiera y de Divulgación que incluya nuestros requerimientos de pago para los servicios ofrecidos a nuestros pacientes.

Los pacientes son responsables del pago de todos los servicios prestados por Palmetto Health - USC Medical Group

### Información del contacto para casos de urgencia

- Si usted paga por cuenta propia, tendrá que pagar la consulta médica antes de que se presten los servicios.
- Además, todo saldo pendiente sobre su cuenta después de recibir el tratamiento se le cobrará al ser dado de alta.

### Política de seguro

- Si usted es un paciente con seguro médico, es nuestra política presentar la reclamación ante su aseguradora como una cortesía con usted, si tenemos los datos del seguro completos y exactos.
- Si se presta un servicio que no está cubierto por su aseguradora, usted será responsable del pago al momento de prestar el servicio.
- Si no hemos recibido el pago de su aseguradora dentro de los sesenta (60) días de haber presentado la reclamación, usted será responsable por el saldo pendiente.
- Los deducibles, copagos y coseguros se cobrarán antes de prestar los servicios.
- En casos especiales, necesitaremos de su ayuda para contactar a su aseguradora para el pago de sus servicios.
- Si usted no desea que PHUSCMG presente la reclamación ante su aseguradora, por favor infórmele al personal de registro a su ingreso. Los servicios cuyo pago no fue reclamado ante su aseguradora, se considerarán de autopago y deberán cancelarse al momento de prestar el servicio.

### Saldos vencidos

- Todos los saldos vencidos de los pacientes se enviarán a cobranzas.
- A las cuentas enviadas a cobranzas se les cobrará un 20% por gastos de recaudación además del saldo de la cuenta.

### Para ayudarnos con esta política, le pedimos que nos haga el favor de:

- Entregar la información vigente y actualizada sobre usted y su aseguradora médica.
- Presentar el documento de identidad con fotografía y el carné del seguro actualizados cuando se hacen modificaciones.
- Hacer el pago correspondiente al momento del servicio, trátase de un deducible, copago, coseguro o del monto total si es un paciente que paga por cuenta propia.

Con el fin de prestar la mejor atención médica posible, le pedimos no hablar sobre el saldo de su cuenta o los aspectos financieros con los doctores o el equipo médico. Por favor trate cualquier información relacionada con su cuenta con el cajero o los recepcionistas.

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha/hora

Nombre del paciente/tutor (escriba con letra clara)

Parentesco con el paciente

Representante de Palmetto Health-USC Medical Group

Fecha/hora

Este Aviso describe la manera como se puede usar o divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a dicha información.

Por favor léalo con mucho cuidado.

Es importante para nosotros en Palmetto Health USC Medical Group (“Medical Group”) proteger la privacidad de nuestros pacientes. Entendemos que su información médica es confidencial. Creamos una historia clínica con su información médica y los cuidados que recibe en Medical Group, la cual nos sirve de base para ofrecerle atención médica de excelente calidad. La ley nos exige asegurarnos de que su información médica esté protegida. También estamos obligados por ley a entregarle una copia de este Aviso y cumplir con el Aviso actualizado.

El personal médico, los profesionales y no profesionales de Medical Group que prestan sus servicios en cualquiera de las instalaciones de Medical Group están amparados bajo el Aviso Conjunto de las Prácticas de Confidencialidad y pueden usar y/o compartir su información médica para tratamiento, para obtener el pago del tratamiento, para fines administrativos, para evaluar la calidad de la atención médica que usted recibe y para cualesquiera propósitos descritos en este aviso. Algunos proveedores de salud de Medical Group pueden ser empleados por la Facultad de Medicina de University of South Carolina y estar sujetos únicamente a las responsabilidades de la Ley de Reclamaciones por Daños de Carolina del Sur. Nos reservamos el derecho a modificar este Aviso. El Aviso incluirá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Una copia de la versión actualizada de nuestro Aviso de las Prácticas de Confidencialidad estará a su disposición por solicitud. También puede ver el Aviso actualizado en la página virtual de Medical Group en [www.PHUSCMG.org](http://www.PHUSCMG.org).

### Información del garante (persona financieramente responsable)

**Para tratamiento:** Podemos usar y divulgar su información médica confidencial para proporcionarle atención médica, tanto de rutina como de urgencia. Los médicos, enfermeros, tecnólogos, estudiantes de medicina y demás personal de salud pueden compartir su información médica para planear, coordinar y administrar su salud. Por ejemplo, el médico que lo está tratando por una fractura en el brazo debería saber que usted es diabético porque esto podría retardar su proceso de curación. También podemos divulgar su información médica a sus familiares o demás personas que participan en su tratamiento o el pago del mismo.

**Para pagos:** Podemos usar y divulgar su información médica confidencial para obtener el pago del tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, podemos compartir con su aseguradora la información sobre el tratamiento que recibió de Medical Group para que ésta nos pague directamente o para que le reembolse a usted el pago del tratamiento. También le podemos informar a su aseguradora sobre el tratamiento que usted va a recibir para obtener la aprobación del tratamiento o hacer acuerdos de pago. Podemos hacer divulgaciones a las entidades y los juzgados para el cobro de las facturas pendientes de pago.

**Para transacciones de salud:** Podemos usar y divulgar su información médica confidencial para nuestras actividades administrativas y operativas que son necesarias para el funcionamiento de Medical Group. Por ejemplo, podemos usar la información médica para analizar nuestro tratamiento y evaluar el desempeño de nuestro personal al atenderlo a usted. Podemos pedirle que firme la lista de llegada durante sus citas y llamarlo en voz alta por su nombre en la sala de espera. También podemos divulgar su información a los médicos, enfermeros, estudiantes de salud y demás personal para fines de aprendizaje. Podemos divulgar su información médica confidencial para cumplir con las leyes estatales y federales.

**Para recordatorios de citas:** Podemos usar y divulgar la información médica confidencial para comunicarnos con usted por correo o teléfono o dejar un mensaje para recordarle una cita. El número de teléfono que usted nos da podrá ser usado para dejar mensajes automáticos, a no ser que usted nos avise que usemos otros número.

**Para opciones de tratamiento o servicios:** Podemos usar y divulgar la información médica confidencial para informarle sobre opciones de tratamiento o servicios de salud que le pudieran interesar.

**Para las funciones de “socios comerciales”:** Podemos compartir su información médica confidencial con nuestros socios comerciales que realizan diversas funciones para Medical Group, como por ejemplo, el servicio de facturación y transcripción. Cada vez que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implique el uso o divulgación de su información médica confidencial, haremos un contrato por escrito que contenga las cláusulas destinadas a proteger la privacidad de su información.

**Para casos de abuso o abandono:** Si creemos que usted ha sido víctima de abuso, abandono o violencia intrafamiliar, podemos divulgar su información médica confidencial a una entidad autorizada para recibir dicha información.

**Para procesos legales:** Podemos divulgar la información médica confidencial en el curso de un proceso legal o administrativo en respuesta a una orden de un juzgado o tribunal administrativo (en la medida en que tal divulgación esté expresamente autorizada) o en ciertas condiciones en respuesta a un citatorio, solicitud de revelación de pruebas u otro proceso legal.

**Para otros usos requeridos o permitidos:** Podemos usar y divulgar su información médica confidencial según lo requiera la ley y para cumplir con los requerimientos de indemnización laboral, orden público, seguridad nacional, actividades militares, donación de órganos, entidades supervisoras de salud, médicos forenses, funerarias y autoridades de salud pública. Es nuestro deber proporcionar la información médica confidencial de los pacientes solicitada por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Podemos usar y divulgar su información médica confidencial cuando sea necesario para responder a un riesgo grave a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de otra persona. Con respecto a los integrantes de las fuerzas armadas y veteranos, podemos divulgar su información médica confidencial según lo requieran los comandos militares.

**Para reclusos:** Podemos usar y divulgar su información médica confidencial cuando sea necesario.

**Para recaudación de fondos:** Podemos usar su información para contactarlo con el fin de recaudar fondos en beneficio de Medical Group por Palmetto Health Foundation y USC Office of Development (Oficina de Desarrollo de University of South Carolina); no obstante, el paciente tiene el derecho a optar por no recibir este tipo de comunicaciones.

**Para investigación:** En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar su información médica confidencial para fines de investigación. Podemos divulgar su información médica confidencial a quienes se están preparando para conducir una investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar los pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica confidencial no salga de Medical Group. También podemos divulgar la información a los investigadores cuando una Junta de Revisión Institucional ha aprobado una propuesta de investigación y sus protocolos para garantizar la confidencialidad de su información médica.

#### **Usos y divulgaciones de su información médica confidencial que requieren de su autorización escrita**

Algunos usos y divulgaciones de su información médica confidencial se podrán hacer únicamente mediante su autorización previa por escrito. Por ejemplo, la divulgación con fines de mercadeo requiere de su autorización. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, y nosotros ya no usaremos ni divulgaremos su información médica por las razones expuestas en su autorización escrita. No podemos deshacer las divulgaciones que fueron efectuadas antes de haberse revocado la autorización.

#### **Sus derechos con respecto a su información médica confidencial**

Aunque su historia clínica físicamente le pertenece a Medical Group, usted tiene el derecho a ver y obtener una copia de la misma, excepto por las notas psicoterapéuticas y en determinadas circunstancias. Para poder inspeccionar y copiar su historia clínica, deberá presentar su solicitud por escrito a nuestro recepcionista quien a su vez la enviará a nuestra oficina de administración. En muy contados casos podríamos negar su solicitud. Si usted no tiene permitido ver su historia clínica o recibir una copia de la misma, casi siempre podrá solicitar por escrito que se revise esta decisión. Cuando usted recibe una copia de su historia clínica, Medical Group le podrá cobrar el costo relacionado con la misma.

Usted tiene el derecho a solicitar por escrito una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información médica confidencial. Nosotros no estamos obligados a aceptar la restricción solicitada. Usted nos puede solicitar por escrito que lo contactemos por otros medios o en otros lugares y nosotros trataremos de complacer su solicitud. También puede solicitar por escrito un informe de ciertas divulgaciones de su información médica confidencial. Las divulgaciones para tratamiento, pago y transacciones de salud, así como aquellas con su autorización firmada, no están incluidas en dichos informes. Usted nos puede pedir que restrinjamos la divulgación de cierta información médica confidencial a los planes de salud cuando usted paga por cuenta propia, la suma total, por la atención médica y solicita este tipo de restricción. Casi todos los usos y divulgaciones de notas psicoterapéuticas, los usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de mercadeo, y las divulgaciones que constituyen una venta de información médica confidencial requieren de autorización.

Si usted considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, tiene el derecho a solicitar que su información médica confidencial sea enmendada. Esta solicitud se debe hacer por escrito y debe indicar la razón por la cual usted solicita la enmienda. En ciertos casos, podríamos negar su solicitud. De hacerlo, usted tendría el derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nuestra oficina, y nosotros podríamos preparar una refutación a su declaración y le daríamos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho a recibir notificaciones cada vez que ocurra una violación de su información médica confidencial (PHI) no protegida.

### **Procesamiento de quejas**

Si usted considera que incurrimos en la violación de sus derechos a la confidencialidad, podrá enviar su queja por escrito o telefónicamente al Director Administrativo del Departamento, teléfono 803-545-5690; o al Encargado de Confidencialidad de Medical Group, teléfono 803-545-5692; o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en Washington, DC. No se le impondrá una sanción por presentar una queja. En Medical Group consideramos que la privacidad de su información médica confidencial es parte importante de su salud.

### **Reconocimiento del Aviso de las Prácticas de Confidencialidad**

Con mi firma reconozco haber recibido el Aviso de las Prácticas de Confidencialidad de Palmetto Health-USC Medical Group.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/tutor (escriba con letra clara)

Información adicional sobre cada uno de estos temas disponible por solicitud.

1. Doy mi consentimiento para que esta entidad realice según corresponda: muestras de sangre, medicamentos, eliminación y donación de tejidos, exámenes, tratamientos, pruebas de laboratorio, terapia, transporte, servicios de evaluación y tratamiento, procedimientos y anestesia según sea necesario de conformidad con el juicio de los médicos y/o especialistas autorizados, incluyendo estudiantes, residentes y proveedores de atención médica a distancia debidamente supervisados. Los tratamientos pueden ser proporcionados por personal autorizado de Palmetto Health, University of South Carolina o Palmetto Health /USC Medical Group. Acepto que no se garantizarán los resultados de los tratamientos.
2. Confirmando haber recibido el Aviso de las Prácticas de Confidencialidad que aparece en la página web [www.PHUSCMG.org](http://www.PHUSCMG.org).
3. Me gustaría recibir invitaciones electrónicas al portal virtual de pacientes MyHealth.
4. Reconozco que se podrá tomar mi fotografía con fines de identificación, que se podrán utilizar cámaras fotográficas y videocámaras para observación y documentación médica, y que las imágenes le pertenecen a esta entidad a no ser que retire mi consentimiento por escrito.
5. Autorizo la divulgación de mi historia clínica electrónica entre mis proveedores médicos y la obtención del historial farmacológico a través de un proveedor de Intercambio de Información Médica (HIE, en inglés), el cual se registrará por las leyes estatales y federales relativas al acceso por proveedores médicos de cualquier información confidencial. Puedo optar por no participar en el HIE y seguir recibiendo asistencia médica.
6. Doy mi consentimiento al uso del sistema electrónico de recetas médicas que permite compartir electrónicamente el historial farmacológico y otra información relacionada entre mis proveedores y farmacias.
7. Para protegerme y proteger a los demás, autorizo que se me tomen muestras de sangre y se examinen para detectar enfermedades contagiosas incluyendo, entre otras, VIH (virus del SIDA) y hepatitis.
8. Entiendo que ciertas circunstancias implican la divulgación obligatoria a organismos como el Departamento de Salud Estatal y el Departamento de Salud y Control Ambiental y que esta entidad participa en el registro estatal de vacunación del Departamento de Salud de Carolina del Sur, el cual cumple con las leyes federales de confidencialidad de la información médica.
9. Autorizo el envío por correo o fax de los registros de vacunación infantil a las escuelas o a mi empleador, por solicitud.
10. Confirmando haber recibido el formulario de cesión de beneficios. En el evento de que incumpliera con un pago o acuerdo de pago, se podrán iniciar acciones de cobro y obtener mi historia crediticia. \_\_\_\_\_
11. Doy permiso para que dejen mensajes en mi contestador automático y correos de voz. Teléfono: \_\_\_\_\_  
Doy permiso para que los recordatorios de citas se me envíen por mensaje de correo electrónico y/o texto. Teléfono: \_\_\_\_\_  
Doy permiso para que dejen mensajes en mi correo de voz en mi lugar de trabajo. Teléfono: \_\_\_\_\_
12. Tengo un documento de Instrucciones médicas anticipadas (Testamento vital o Poder de atención médica) \_\_\_\_\_  
Se me ofreció información o asistencia respecto al documento de Instrucciones médicas anticipadas. \_\_\_\_\_
13. Entiendo que esta entidad no es responsable por el daño o pérdida de objetos de valor. Todo objeto de valor no reclamado dentro de los 30 días siguientes al alta pasará a ser propiedad de esta entidad, incluyendo aparatos electrónicos.



**Entiendo y acepto completamente las condiciones contenidas en este formulario.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/tutor (escriba con letra clara)

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Representante de Palmetto Health-USC Medical Group

\_\_\_\_\_  
Fecha/hora

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de historia clínica (MRN)

¿Desea designar a un familiar u otra persona con quien el proveedor podría tratar su estado de salud?  Sí  No

Si usted está presente y no se opone, los proveedores de Palmetto Health-USC Medical Group pueden discutir o compartir su información médica con familiares, amigos o demás personas que participan en su atención médica o el pago de la misma. Nosotros podemos 1) pedir su permiso, 2) podemos informarle que tenemos la intención de discutir la información y darle la oportunidad de oponerse, o 3) podemos decidir, recurriendo a nuestro criterio profesional, que usted no se opone. Podemos discutir únicamente la información que la persona implicada necesita conocer acerca de su atención médica o el pago de la misma.

Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y que Palmetto Health-USC Medical Group no condicionará mi tratamiento a mi decisión de autorizar o no el uso o divulgación solicitado. Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte de quien la recibe y podría ya no estar protegida por la ley. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización enviando una carta de notificación a Palmetto Health-USC Medical Group. Entiendo también que dicha revocación no aplica a las acciones emprendidas antes de la revocación.

Si usted está ausente o no está en condiciones de dar su permiso, nosotros podemos compartir o discutir su información médica con sus familiares, amigos o demás personas que participan en su atención médica o el pago de la misma, si consideramos a nuestro criterio profesional que sería para su bien. Cuando alguien distinto de un amigo o familiar pregunta por usted, debemos estar seguros de que usted le haya pedido a esa persona participar en su atención médica o el pago de la misma. Solamente divulgaremos la información que su familiar, amigo u otra persona necesita conocer sobre su atención médica o el pago de la misma. En Palmetto Health-USC Medical Group confirmaremos la identidad de cualquier persona que no conozcamos antes de divulgar la información médica.

Si usted quisiera nombrar específicamente a los familiares, amigos u otras personas que participan en su atención médica o el pago de la misma con quienes le gustaría que compartiéramos su información médica, por favor anote sus nombres en los espacios de abajo. Si usted está ausente o no está en condiciones de dar su permiso, nosotros nos podemos basar en esta información hasta que usted nos informe lo contrario; sin embargo, podríamos recurrir a nuestro criterio profesional para determinar si la divulgación de su información médica a éstas u otras personas sería para su bien.

| Nombre del familiar, amigo u otra persona que participa en la atención médica del paciente o el pago de la misma | Parentesco con el paciente/Participación en la atención médica del paciente o el pago de la misma |
|--|---|
|  |   |
|  |   |
|  |   |

Firma del paciente o representante legal autorizado

Fecha

Nombre del paciente/tutor (escriba con letra clara)

Parentesco con el paciente

Representante de Palmetto Health-USC Medical Group

Fecha