



# Cross Island Medical Center

Phone: 843-681-8260

Fax: 843-342-6210

157 William Hilton Parkway  
Hilton Head Island, SC 29926

## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE	_____	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	_____
	PRIMER NOMBRE                      APELLIDO		
DIRECCION	_____		
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	_____		
NUMERO DE TELEFONO: CASA	_____	CELULAR	_____
SEXO	DM OF	FECHA DE NACIMIENTO	_____
			MES / DIA / AÑO
			____ SOLTERO(A) ____ CASADO(A) ____ DIVORCIADO(A)
			____ SEPARADO(A) ____ VIUDO(A) ____ MENOR DE EDAD
EMPLEADOR DEL PACIENTE	_____		
DIRECCION DEL EMPLEADOR	_____		
OCUPACION	_____	TELEFONO DEL TRABAJO	_____
NOMBRE DEL ESPOSO(A)	_____	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	_____
EMPLEADOR DEL ESPOSO(A)	_____	TELEFONO DEL TRABAJO	_____
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	_____	TELEFONO DE EMERGENCIA	_____

## INFORMACION DE FACTURAR Y SEGURO MEDICO

PERSONA RESPONSABLE	_____	RELACION DE PACIENTE	_____
	PRIMER NOMBRE                      APELLIDO		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	_____	FECHA DE NACIMIENTO	_____
			MES / DIA / AÑO
NOMBRE DE SEGURO MEDICO PRIMARIO	_____		
NOMBRE DEL SUSCRIBIDO	_____	CONTRATO#	_____
			GRUPO # _____
NOMBRE DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO	_____		
NOMBRE DEL SUSCRIBIDO	_____	CONTRATO#	_____
			GRUPO # _____

## INFORMACION PARA CUANDO LA VISITA SE TERMINA

Visite por favor al recepcionista antes de salir la oficina. El pago para servicios de la oficina es debido en el día del servicio. Como parte de nuestro servicio nosotros nos someteremos sus reclamos del seguro.

## LIBERACION DE INFORMACION Y DECLARACION DE BENEFICIOS

Autorizo la liberación de información médica necesaria para procesar mi seguro para los servicios rendidos. Asigno todos los beneficios médicos directamente a Cross Island Medical Center. Autorizo el uso de mi firma en todas sumisiones del seguro. Entiendo y concuerdo a todo dijo los terminos y las condiciones.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FECHA



**Cross Island Medical Center**

**Phone: 843-681-8260**

**Fax: 843-342-6210**

**157 William Hilton Parkway  
Hilton Head Island, SC 29926**

### **Formulario de Consentimiento del Paciente**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una regla de privacidad para ayudar a asegurar que los pueblos de informacion de salud este protegida por la privacidad. La Regla de Privacidad tambien se creo con el fin de proporcionar un estandar para ciertos proveedores de atencion medica para obtener el consentimiento del paciente para usos y divulgaciones de su informacion de salud del paciente para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atencion medica.

Como nuestro paciente queremos que sepan que respetamos la privacidad de sus registros medicos personales y haremos todo el fin de asegurar y proteger la privacidad. Nos esforzamos siempre tomar las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario. Proporcionamos la informacion minima necesaria para solo aquellos que sentimos estan en necesidad de su informacion medica y la informacion acerca de su tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, a fin de proporcionar atencion medica que esta en su mejor interes.

Tambien queremos que sepan que nosotros apoyamos su pleno acceso a sus expedientes medicos personales. Podemos tener relaciones indirectas con el tratamiento que como los laboratories que solo interactuan con los medicos y no pacientes, y puede que tengamos que revelar informacion personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atencion medica. Estas entidades son mas a menudo no estan obligados a obtener el consentimiento del paciente.

Es posible que se niega a dar su consentimiento para el uso o divulgacion de su informacion de salud personal, pero esto debe hacerse por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho de negarse a tratarlo si decide negar a revelar su informacion de salud personal. Si decide dar el consentimiento en este documento en algun momento en el futuro, puede solicitar una rechazado toda o parte de su PHR. Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se baso en esto o un signo de consentimiento previo.

Si usted tiene alguna objecion a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA.

Usted tiene el derecho de revisar nuestra politica de privacidad, a las restricciones de demanda y revocar su consentimiento por escrito, despues de haber revisado nuestra politica de privacidad.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### **Garantia de Cumplimiento para la Notificaci3n Nuestros Pacientes**

Nuestros Pacientes:

El mal uso de informacion personal de salud se ha identificado como un problema nacional causando pacientes inconvenientes, molestias y dinero. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, gerentes y medicos estudian continuamente la formacion para que puedan comprender y cumplir con las reglas y regulaciones del gobierno con respecto al acto de la portabilidad de seguro medico y rendicion de cuentas, con especial enfasis en la regla de privacidad. Nos esforzamos para alcanzar un nivel muy alto de la etica y la integridad en el desempeno de los servicios para los pacientes.

Es nuestra politica para determinar adecuadamente el uso apropiado de PHI y conformidad con las reglas del gobierno, leyes y reglamentos. Queremos asegurarnos de que nuestra practica no contribuye en modo alguno a la creciente problema de la divulgacion indebida de PHI. Como parte de este plan, se ha implementado un programa de cumplimiento que creemos ayudara a evitar cualquier uso inadecuado de PHI.

Tambien sabemos que no somos perfectos! Debido a este hecho, nuestra politica es escuchar a nuestros empleados y nuestros pacientes sin pensar en espera de las visitas penalizaci3n si sienten que un evento de ninguna manera pone en peligro la politica de integridad. Mas aun, damos la bienvenida a su su informacion respecto a cualquier problema de servicio para que podamos resolver esta situacion con prontitud.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes valorados.