

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.
INFORMACION DEL PACIENTE

Cuenta #: _____ Date: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____ Media Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Seguro Social: _____

Teléfono de Casa #: _____ Teléfono del Trabajo # _____

Teléfono celular #: _____ Esta bien dejar un mensaje? SI NO

Veterano: SI NO Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Raza: (favor circular uno) (Hispanos por favor elijan blanco o negro/AA como su raza)

Blanco Negro/AA Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska

Identidad de Género: (favor circular uno)

Hombre Mujer Otro Transgenero hombre/mujer-a -hombre Transgenero mujer /Hombre-a-Mujer

Decide no revelar

Orientación sexual: (favor circular uno)

Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual Otra cosa No Sabe Decide no revelar

Estado Civil: _____ **Etnicidad:** Hispano o Latino? SI NO

Farmacia: _____ **Ciudad:** _____

Información De Emergencia

Nombre de la persona en caso de emergencia: _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado/Código Postal:** _____

Relacion: _____ **teléfono:** _____ **SSN (Si corresponde):** _____

Fuente De Pagador

Medicaid Medicare Aseguranza Wellcare Peach State Si mismo Sliding Fee Scale

Información del empleador

Empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

No de Telefono: _____

INICIAL _____

Niveles de Ingreso:

Porque South Central Primary Care Center es un centro de salud calificado federalmente, estamos obligados a solicitar ciertos niveles de ingreso a nuestros pacientes. Esta información es para uso de South Central Primary Care Center, Inc. y no será distribuida o publicada de ninguna manera. Por favor complete la siguiente información.

Cuál es su ingreso anual?

- \$0 - \$12,880
- \$12,881 - \$16,100
- \$16,101 - \$19,320
- \$19,321 - \$25,760
- \$25,761 - \$32,200
- \$32,201 - \$38,640
- \$38,641 - \$45,080
- \$45,080 - \$51,520
- \$51,521 y arriba

Número de miembros de la familia en casa: _____

Características: (Por favor conteste lo siguiente. Favor circular uno.)

Desamparados: Y N
Transición: Y N
Calle: Y N

Autorización para divulgar
Información médica a Miembros de la familia /Médicos

Por la presente doy mi permiso para divulgar información médica acerca de mi condición de salud a los miembros de familia /médicos enumerados a continuación. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en Cualquier momento.

_____ Nombre	_____ Fecha de Nacimiento	_____ Teléfono
_____ Nombre	_____ Fecha de nacimiento	_____ Teléfono

AVISO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

El personal de esta oficina siempre hará todo lo posible para notificar a los pacientes de resultados de los exámenes de sangre. **SI SON ABNORMALES**; sin embargo, es nuestra experiencia que los pacientes no pueden ser accesibles y seguimiento puede perderse. Al firmar este formulario, usted entiende que usted es responsable de obtener los resultados de la prueba de nuestra oficina.

_____, entiendo que soy responsable de regresar para el seguimiento para revisar los resultados de la prueba de laboratorio o rayos x. Llamaré a la oficina para los resultados si no me dan una cita de regreso o si no puedo regresar para una cita. Yo relevo South Central Primary Care Center, Inc. de la responsabilidad de notificarme de los resultados de cualquier estudio ordenado. Asumo la responsabilidad de ponerse en contacto con la oficina para obtener los resultados de las pruebas que se ordenan.

INICIAL _____

Consentimiento para Obtener el Historial de Recetas Externas

Yo, autorizo a South Central Primary Care Center y sus Proveedores Afiliados a ver mi historial de prescripciones externas a través del RX Hub Service.

Entiendo que el historial de recetas de otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y gerentes de beneficios farmacéuticos puede ser visto por mis proveedores y personal aquí, y puede incluir recetas de años pasados.

MI FIRMA CERTIFICA QUE LEÍ Y ENTENDÍ Y QUE AUTORIZO EL ACCESO.

INICIAL _____

Consentimiento General para el Cuidado y Consentimiento de Tratamiento

AL paciente: Usted tiene el derecho, como un paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado a utilizar de modo que usted puede tomar la decisión sí o no para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros. En este punto en su atención, ningún plan de tratamiento específico se ha recomendado. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener el permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento apropiado o procedimiento de cualquier condición identificada.

Esta autorización nos da su permiso para realizar exámenes médicos razonables y necesarios, pruebas y tratamiento. Al firmar a continuación, se indica que (1) piensa que este consentimiento es continuar en la naturaleza incluso después de que se ha realizado un diagnóstico específico y tratamiento recomendado; y (2) usted da su consentimiento al tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente eficaz hasta que sea revocada por escrito. Usted tiene el derecho a suspender servicios en cualquier momento.

Usted tiene el derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, riesgos y beneficios de cualquier prueba que se ordenó para usted. Si usted tiene alguna preocupación con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su médico, le animamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente un médico o proveedor de nivel medio (enfermera, asistente médico) y otros proveedores de atención médica o los designados como considere necesarios realizar examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para la condición que me ha traído a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si adicional se recomiendan procedimientos de prueba, invasivos o intervencionistas, le pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicional antes de la prueba o procedimiento.

____(Si) ____ (No) Doy mi consentimiento a la participación voluntaria y confidencial en planificación familiar

____(Si) ____ (No) Doy mi consentimiento para que South Central Primary Care Center, INC comparta información con Common Well y Calidad de Atención para la continuidad de mis necesidades de atención médica.

Certifico que he leído y entiendo las declaraciones anteriores totalmente y consiento completamente a su contenido.

INICIAL _____

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.

Fecha de vigencia: 23 de marzo de 2013
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PODER OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.**

Cómo podemos usar y revelar información médica acerca de usted. Las siguientes categorías describen diferentes maneras que usamos y revelamos información médica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, se profundiza en el significado y dar ejemplos más específicos, si usted solicita. No cada uso o revelación en una categoría se listarán. Sin embargo, todas las formas que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías. Debemos obtener su autorización antes del uso y divulgación de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI para propósitos de mercadeo y divulgación que constituyen una venta de PHI. Usos y divulgaciones no descritos en este aviso de prácticas de privacidad se hará sólo con autorización de la persona.

De pago. Podemos usar y revelar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que reciba en el centro pueden ser facturados a y se puede recoger el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo: podemos divulgar su expediente a una compañía de seguros, por lo que podemos conseguir pagamos tratando la.

Para el tratamiento. Podemos utilizar información médica sobre usted para proveerle tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que están involucrados en el cuidado de usted en el centro o el hospital. Por ejemplo, podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera del centro que pueden estar implicadas en su cuidado médico, tales como miembros de la familia, clérigos y otras personas que forman parte de su atención.

Para operaciones de cuidado de la salud. Podemos usar y revelar información médica sobre usted para operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el centro y asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del centro para la revisión y propósitos de aprendizaje. Por ejemplo, podemos escuchar la grabación para ayudar a nuestros esfuerzos de mejora de la calidad. QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO. Este aviso describe las políticas de nuestro centro y procedimientos y de cualquier profesional médico autorizado para entrar información en su expediente médico, cualquier miembro de un grupo de voluntarios que nos permiten atenderle, así como todos los empleados, personal y demás personal del centro.

Política de protección de datos personales. Creamos un registro del cuidado y servicios que reciba en el centro. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por el centro, ya sea hecha por personal del centro o por su médico personal. La ley nos exige: asegurarse que la información médica que lo identifica se mantiene privada; darle esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica acerca de usted; y cumplir con los términos de la notificación que está actualmente en efecto. Otras maneras que podemos utilizar o divulgar su información protegida de salud incluyen: recordatorios de la cita; como sea necesario por ley, beneficios relacionados con la salud y servicios; a los individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención; investigación; para evitar una amenaza seria a la de salud o seguridad; y alternativas de tratamiento. Otros usos y divulgaciones de su información personal podrían incluir divulgación a o para: médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; actividades de supervisión de salud; aplicación de la ley; demandas y disputas; militares y veteranos; seguridad nacional y actividades de inteligencia; donación de órganos y tejidos; y otros; riesgos para la salud pública; y compensación de trabajadores.

AVISO DE LOS DERECHOS INDIVIDUALES

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

Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho a una copia de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas.

Derecho a enmendar. Si usted se siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda mientras la información se mantiene por, o para el centro. Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y presentada al Coordinador de mejora de la calidad y usted debe proporcionar una razón que apoye su petición. Podemos negar su petición para una enmienda.

Derecho a pedir restricciones. Tienes derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Usted también tiene derecho a solicitar un límite sobre la información médica que divulguemos a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. *No estamos obligados a aceptar su petición.* Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su petición por escrito al Coordinador de mejora de la calidad.

Derecho a solicitar la eliminación de las comunicaciones de recaudación de fondos de. Usted tiene el derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos del centro. Derecho de restringir accesos a Plan de salud. Usted tiene el derecho a restringir divulgaciones de PHI para un plan de salud si la divulgación es para el pago de operaciones de atención médica y se refiere a un elemento de salud o servicio para que el individuo haya pagado de su bolsillo en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Usted debe hacer su petición por escrito y debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a una contabilidad de accesos. Tienes derecho a solicitar una "contabilidad de accesos." Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted. Para solicitar esta lista o contabilidad de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Coordinador de mejora de la calidad.

Cambios a esta notificación. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Publicaremos una copia del aviso actual en sala de espera del centro.

Reclamamos. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el centro o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para presentar una queja con el centro, en contacto con el Coordinador de Mejoría de Calidad en P.O. Box 749, Ocilla, GA 31774. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

Otros usos de información médica. Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos en este aviso o las leyes que se aplican para utilizar se hará sólo con su autorización por escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica acerca de usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea recibir una explicación más detallada, por favor contacte con nuestro Coordinador de Mejoría de Calidad en (229) 468-9166.

Al firmar a continuación reconozco que he recibido un **aviso de privacidad y aviso de los derechos individuales.**

Firma del Paciente o Representante

Fecha



South Central

Primary Care Center, Inc.

"Building a Healthy Community"

El portal para pacientes es un portal web seguro que le permite a usted, como paciente, acceder a registros médicos que incluyen medicamentos, resultados de laboratorio e historial médico a través de Internet. También le permite solicitar rellenos de medicamento en línea. Un enlace a nuestro portal está disponible en nuestro sitio web.

Esto no es obligatorio para nuestros pacientes, pero es un servicio opcional que ofrecemos. Si está interesado en participar en el Portal, lea atentamente lo siguiente y firme al pie de la página:

- Estamos ofreciendo el portal para pacientes como una conveniencia para usted sin costo. No vendemos ni regalamos información privada, incluidas direcciones de correo electrónico, sin su consentimiento por escrito. Nos reservamos el derecho de suspender o finalizar el portal del paciente en cualquier momento y por cualquier motivo.
- Tenga en cuenta que el portal no se revisa ni se actualiza los fines de semana.
- No rellenamos medicamento controlado en el portal.
- Si descubre que no recibe nuestros correos electrónicos, consulte su carpeta de correo no deseado antes de contactarnos.
- Al usar este portal para pacientes, usted acepta proteger su contraseña de cualquier persona no autorizada. Es su responsabilidad notificarnos en caso de robo de su contraseña. Usted acepta no responsabilizar a South Central Primary Care Center, Inc. por infracciones de la red fuera de nuestro control.

Su firma a continuación confirma que ha leído y comprende completamente nuestras políticas para Comunicación en línea y desea participar en nuestro portal para pacientes.

Nombre _____

Correo Electrónico _____

Firma _____ Fecha _____

South Central Primary Care Center, Inc
P.O.Box 749
Ocilla, GA 31774
(229)4689166

South Central Primary Care Center, Inc.

Derechos y responsabilidades del paciente

Nuestra práctica está comprometida a brindar atención médica de calidad. Es nuestro compromiso brindar este cuidado con respeto y dignidad. De acuerdo con este compromiso, presentamos los siguientes Derechos y responsabilidades del paciente:

Usted tiene Derecho a:

Atención médica competente, considerada y respetuosa, independientemente de la raza, credo, edad, sexo orientación sexual.

Tratamiento humano de la manera menos restrictiva apropiada para las necesidades de tratamiento.

Recibir atención médica libre de abuso mental, físico y sexual.

La expectativa de que tomaremos medidas razonables para superar las barreras culturales o de comunicación que puedan existir entre usted y el personal. Esto incluye recibir servicios de interpretación cuando sea necesario.

Recibir tratamiento de personal médico autorizado.

Un plan de tratamiento individualizado específico para sus necesidades médicas.

Una explicación completa y fácilmente comprensible de su condición, tratamiento y posibilidades de recuperación; así como la libertad de preguntar sobre diagnósticos y pronóstico general. Esto incluye la información necesaria para tomar una decisión informada sobre cualquier tratamiento o procedimiento, excepto como limitado en una situación de emergencia.

Participar en las decisiones relativas a su atención médica.

Información sobre las consecuencias médicas de ejercer su derecho a rechazar el tratamiento.

La revisión personal de sus propios registros médicos con cita previa y de acuerdo con las pautas estatales y federales aplicables.

Gestión confidencial de la comunicación y registros relacionados con su atención médica.

Una explicación de su factura médica, independientemente de su seguro y la oportunidad de examinar personalmente su factura.

La oportunidad de presentar una queja en caso de que surja una disputa con respecto a la atención, el tratamiento o el servicio o para seleccionar un médico diferente.

Para solicitar tratamiento de un proveedor diferente cuando haya otros proveedores calificados disponibles

Para obtener información sobre las Directivas Anticipadas.

South Central Primary Care Center, Inc.

Usted es responsable de:

Ser respetuoso con todos los proveedores del Centro de Atención Primaria de South Central y los miembros del personal, así como con otros pacientes en la clínica.

Seguir las reglas de la oficina sobre la conducta del paciente; por ejemplo, no se puede fumar en nuestra oficina.

Respetar los derechos y la propiedad de nuestro personal y otras personas en la oficina.

Conocer el nombre y el título de su médico.

Darle a su médico información correcta y completa sobre el historial de salud, por ejemplo. Alergias y/o sensibilidades, enfermedades pasadas y presentes, medicamentos y hospitalizaciones.

Proporcionar al personal el nombre, la dirección, el teléfono y la información de contactos de emergencia correctos y completos cada vez que consulte a su médico clínico para que podamos contactarlo en caso de un cambio de horario o de dar instrucciones médicas.

Proporcionar al personal información actual y completa sobre el seguro, incluido cualquier seguro secundario, cada vez que consulte a su médico clínico.

Firmar un formulario de "Divulgación de información" cuando se le solicite para que su médico pueda obtener registros médicos de otros médicos involucrados en su atención.

Informar a su médico acerca de todos los medicamentos recetados, la alternativa, es decir, las terapias a base de hierbas u otras, o los medicamentos de venta libre que toma. Debe llevar todos los frascos de recetas a cada cita para ser revisado con su proveedor.

Informar a su médico acerca de cualquier cambio en su condición o reacciones a medicamentos o tratamiento.

Hacer preguntas a su médico cuando no comprende su enfermedad, plan de tratamiento o instrucciones de medicamentos.

Siguiendo los consejos de su médico. Si rechaza el tratamiento o se niega a seguir las instrucciones de su médico, es responsable de cualquier consecuencia médica.

Cumplir con sus citas. Si debe cancelar su cita, llame al centro de salud con al menos 24 horas de anticipación.

Pagar copagos o tarifas nominales en el momento de la visita u otras facturas a su recepción, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Proporcionar asistencia domiciliaria para su cuidado, si es necesario, y transporte hacia y desde los servicios médicos.

South Central Primary Care Center, Inc.
Derechos y Responsabilidades del Paciente

He recibido una copia de los derechos y responsabilidades de los pacientes del South Central Primary Care Center. He revisado estos derechos y responsabilidades, y entiendo mi papel en mi atención médica y en la toma de decisiones

Firma del paciente

Fecha

South Central Primary Care Center, Inc.
Política de pago

Entiendo que es la política de South Central Primary Care Center que el pago se realice en el momento del servicio, a menos que se realicen otros arreglos financieros por adelantado. Todos los copagos, montos de seguro o deducibles se deben pagar al comienzo de cada visita, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Firma del paciente

Fecha

FIRMA EN ARCHIVO

Entiendo que los asistentes médicos (PA) prestan servicios en esta instalación. Entiendo que tengo derecho a ver al médico antes de recibir cualquier medicamento o dispositivo del asistente médico.

Nombre impreso

Firma

Fecha

South Central Primary Care Center, Inc.
Consentimiento de Seguro y Archivo

Paciente: _____ **Tutor:** _____

Información: Tiene seguro médico? Si No

Tiene Medicaid? Si No

Aseguradora principal: _____

Titular de la póliza: Yo otro (responda abajo)

Asegurador secundario: _____

Titular de la póliza: Yo otro (responda abajo)

Información del titular de la póliza (si no es el paciente):

Nombre: _____ Jr. Sr.

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: M F No Seguro Social # _____

Relación con el paciente: _____ Empleador: _____

Liberación de Información Médica

Yo autorizó al médico involucrado con mi cuidado (paciente nombrado) a divulgar información de mi (su) historial médico según sea necesario para cualquier persona, corporación o agencia que sea legalmente responsable o tenga una buena causa para creer que es legalmente responsable por el procesamiento y / o pagando todos o parte de los honorarios y / o honorarios profesionales del médico; a cualquier entidad designada por mí para fines de descarga y planificación.

Consentimiento de Medicare (si corresponde)

Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el título XVIII (Medicare) de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores la información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por servicios médicos al médico u organización que proporciona los servicios. El intermediario de Medicare informa que el tipo de servicios puede que ya no califiquen como cubiertos por Medicare

Asignación de beneficios / Financiera

Yo, asigno el pago directamente a South Central Primary Care Center, Inc., todos los pagos de beneficios de seguro (incluidos los principales pagos médicos) que recibo como resultado del tratamiento o servicio ambulatorio del paciente nombrado y de conformidad con cualquier contrato de seguro que tenga que brinde para tal tratamiento. Acepto ser responsable de los cargos incurridos que no sean pagados por el seguro u otros terceros pagadores.

****Estoy de acuerdo en que los montos del coaseguro o el deducible son mi responsabilidad. También reconozco que la presentación de reclamos de seguro NO es una garantía de pago, y que soy financieramente responsable del pago si dichos reclamos no se han pagado. Entiendo que hay una tarifa de \$ 25.00 por los cheques devueltos y todas las tarifas de cobro o honorarios de abogados como resultado del pago atrasado serán responsabilidad mía. ****

Entiendo que los honorarios de laboratorio y / o patología están asociados con algunos procedimientos y acepto pagarlos a las instalaciones apropiadas, incluidas las instalaciones de patología.

Al firmar este documento, reconozco que he leído y entiendo este consentimiento. Además, doy mi consentimiento y autorizo a este centro a utilizar o divulgar mi Información de salud protegida junto con el Tratamiento, el Pago o las Operaciones de atención médica de acuerdo con los términos de este consentimiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Circule: Paciente

Tutor

POA

Porfavor presente su tarjeta de a seguridad (s) y una identificación con foto valida a la recepcionista La recepcionista va hacer una copia y te los entregara pronto. El copago se debe efectuar al principio de tu visita. Gracias.



South Central

Primary Care Center, Inc.

"Building a Healthy Community"

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

I hereby request and authorize:

South Central Primary Care Center

Location: _____

Fax: (229) 468-9169

To obtain from:

(Name of Agency holding the Protected Health Information)

(Address of Agency holding the Protected Health Information)

The following information is to be disclosed:

- | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Complete Medical Record | <input type="checkbox"/> Recent Lab/x-ray Reports | <input type="checkbox"/> Health Check |
| <input type="checkbox"/> Immunization Record | <input type="checkbox"/> Recent Hospital Reports | <input type="checkbox"/> Last 3 Visits |
| <input type="checkbox"/> PPD or Lead Screen | <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

For the purpose of: Continuation of Medical Care

I understand that the health information disclosed as a result of this authorization may no longer be protected by the federal privacy standards and my health information might be re-disclosed without obtaining my authorization.

I understand that I have the right to:

- Receive a copy of this authorization
- Refuse to sign this authorization and that my treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for healthcare benefits may not be contingent on signing this authorization
- Revoke this authorization in writing, at any time, but if I do, it will have no effect on any actions taken before the organization received the revocation.

(Name of Patient) (Date of Birth) (Social Security Number)

(Signature of Patient or Patient Representative) (Date)

(Printed Name or Patient's Representative) (Date)

(Witness Signature) (Title or Relationship) (Date)

South Central Primary Care Center, Inc.

406 W 5TH ST.
OCILLA, GA 31774
PH (229) 468-9166

South Central Primary Care Center, Inc.

Release of Information

Mailing Address: P O Box 749, Ocilla, GA 31774

Fax: 229-468-9169

Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information
(Required by the Health Insurance Portability and Accountability Act – 45 CFR Parts 160 and 164)

1. I hereby authorize _____ to use and/or disclose the protected health information described below to/from _____

2. Authorization for Release of Information. Covering the period of health care from

_____ to _____ **OR** all past, present and future periods:

A. I hereby **authorize the release of my complete health record** (including records relating to mental health care, communicable diseases, HIV or AIDS, and treatment of alcohol/drug abuse).

OR

B. I hereby **authorize the release of my complete health record with the exception of the following information:**

- Mental health records
- Communicable diseases (including HIV and AIDS)
- Alcohol/drug abuse treatment
- Other (please specify): _____

3. This medical information may be used by the person I authorize to receive this information for medical treatment or consultation, billing or claims payment, or other purposes as I may direct.

4. This authorization shall be in force and effective **one year**, at which time this authorization expires.

5. I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time.

I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.

6. I understand that my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits will not be conditioned on whether I sign this authorization.

7. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.

Signature of Patient or Personal Representative

Date of Birth

Date

Print Name of Patient or Personal Representative

Relationship to Patient