Bienvenido a Primary Care of Southwest Georgia (PCSG), su hogar médico centrado en el paciente para sus necesidades de atención médica primaria y de salud conductual.

UBICACIONES DE PCSG

BAINBRIDGE
509 Wheat Avenue
Bainbridge, GA 39819
(229) 416-4421

BLAKELY – ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA
360 College Street
Blakely, GA 39823
(229) 723-2660
Farmacia (229) 359-4060

QUITMAN
907 North Court Street
Quitman, GA 31643
(229) 263-4531

THOMASVILLE – ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA
454 Smith Avenue
Thomasville, GA 31792
(229) 229-227-5510
Farmacia (229) 516-8877

PCSG – CENTRO DE SALUD ESCOLAR ECES
283 Martin Luther King Jr. Blvd
Blakely, GA 39823
(229) 261-9884

PCSG – CENTRO DE SALUD ESCOLAR TCMS
4681 US Hwy 84 Bypass
Thomasville, GA 31792
(229) 227-2936

QUÉ ESPERAR DE NUESTRA OFICINA

Acuérdese siempre de traer su(s) medicación(es) en cada cita.

El personal de recepción actualizará la información personal en cada cita.

Importante:

Si necesita reponer su medicación, por favor llame a su farmacia 2 semanas antes de que se le acabe y pida que envíen por fax una solicitud de reposición de medicación a nuestra oficina. Por favor, espere al menos 72 horas para recibir una respuesta.

PCSG también ofrece el Programa de Escala de Tarifas para ayudar a nuestros pacientes con necesidades financieras (la elegibilidad para el programa se basa en los ingresos del hogar). Las solicitudes, incluyendo las instrucciones, están disponibles en la recepción.

PCSG trabaja para proporcionar a nuestros pacientes servicios sanitarios puntuales, respetuosos y considerados. Le pedimos que tenga la misma cortesía con nuestro personal y proveedores. Si usted no puede asistir a su cita, por favor llame a nuestra oficina para cancelar o reprogramar su cita para un momento más conveniente para usted.

Los pacientes que no llaman para cancelar o reprogramar su cita se consideran como cita perdida sin previo aviso, lo que incluye llegar con más de 15 minutos de retraso respecto a la hora programada. Valoramos su tiempo y pedimos que usted valore el nuestro también. Tres citas consecutivas sin presentarse son justificación para el cese de nuestros servicios.

Si usted tiene dos citas perdidas sin aviso dentro de 6 meses, usted no podrá programar una cita nueva. Se le pedirá que entre y espere en el vestíbulo una cancelación o una cita perdida sin aviso para ser atendido. El tiempo de espera será largo y no garantizamos que sea atendido el mismo día.

Los servicios fuera de horario están disponibles llamando al número del consultorio de su clínica, el cual le pondrá en contacto con nuestro servicio de contestador automático. El servicio de contestador hará que el proveedor de guardia se ponga en contacto con usted.

Blakely (229) 723-2660
Thomasville (454 Smith Ave.) (229) 227-5510
Escuela Primaria del Condado de Early (PCSG-ECES) (229) 261-9884
Bainbridge (229) 416-4421
Quitman (229) 263-4531
Escuela Intermedia del Condado de Thomas (PCSG – TCMS) (229) 227-2936

Si le atienden en una sala de urgencias o en un centro de cuidados urgentes, infórmenos llamando a la oficina principal en un plazo de 48 horas para que podamos ayudarle con los cuidados de seguimiento necesarios.

Actualizado en Julio 2025

PRIMARY CARE OF SOUTHWEST GEORGIA - INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

☐ **Marque aquí si necesita ayuda para rellenar esta solicitud.**

Apellido	**Primer Nombre**	**Inicial del segundo nombre**	**Nombre de soltera o anterior**

Dirección de correo	**Ciudad**	**Estado**	**Condado**	**Código postal**

Número de contacto
Casa:_____ Celular: _____ Trabajo: _____

Número preferido para que le llamemos:	**Horario preferido para llamar:**	**¿Dejar mensaje de voz?**
☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo	☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche	☐ Sí ☐ No

Portal Web del Paciente: Se trata de un portal en línea GRATUITO y seguro para consultar historiales médicos, solicitar reposiciones de medicamentos, etc.
Correo electrónico personal_____ Marque aquí si no tiene correo electrónico personal ☐

Número de Seguro Social	**Estado Civil**	**Sexo** ☐ F ☐ M	**Fecha de cumpleaños:** Día_____ Mes ____ Año _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____
Relación con el paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, CP: _____
Numero(s) de teléfono: _____
Contacto Alterno: _____

Situación Residencial

☐ Renta
☐ Propio
☐ Vivienda pública
☐ Acogimiento familiar (Peds)
☐ Sin casa
☐ Temporalmente con familiares u otros/por duplicado
☐ Ejército de Salvación
☐ Misión de Rescate
☐ Programa o vivienda de transición
☐ Calles

¿Ha sido militar alguna vez?	☐ Sí ☐ No	**Instrucciones previas**
¿Es veterano?	☐ Sí ☐ No	Tengo instrucciones previas ☐ Sí ☐ No
¿Eres migrante?	☐ Sí ☐ No	En caso negativo, ¿desea más información sobre las Directivas Anticipadas? ☐ Sí ☐ No
¿Trabajador agrícola estacional?	☐ Sí ☐ No	☐ Testamento vital ☐ Poder notarial duradero para la atención sanitaria

¿Trabaja actualmente?: ☐ Sí ☐ No	**Nombre y número de teléfono del empleador**

¿Quién es su cuidador principal?:
☐ Uno mismo ☐ Padres ☐ Abuelos ☐ Hermanos ☐ Cónyuge ☐ Pareja ☐ Cuidador ☐ Tutelado ☐ Desconocido
☐ Otro: _____

¿El paciente está cubierto por un seguro? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, marque todas las casillas que correspondan
***En caso afirmativo, entregue la(s) tarjeta(s) actual(es) a la recepcionista.**

☐ Medicare ☐ Solo Parte A ☐ Partes A & B	☐ Medicaid ☐ CareSource ☐ Peach State ☐ Amerigroup ☐ Planning 4hb	☐ Comercial ☐ Blue Cross ☐ CIGNA ☐ _____	☐ Comp. Del trabajador	☐ Programa de descuento de PCSG	☐ Otro _____

¿Ha solicitado el paciente la cobertura de Medicaid/Medicare? ☐ Sí ☐ No ¿Desea más información sobre la solicitud de cobertura y otros servicios? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene acceso a atención dental regular? ☐ Sí ☐ No	**Estadísticas financieras** Solo a efectos de notificación de datos **(no específicos del paciente)** Ingresos familiares: _____ Cuántas personas viven en el hogar**:** _____

Nombre de la otra persona responsable de la factura	**Relación con el paciente** ☐ Padres ☐ Tutor ☐ Otro _____ **Debe presentar una prueba de tutela/poder notarial si no es el padre legal.**
Dirección	**Número de contacto**

Proveedor de laboratorio preferido:
*Tenga en cuenta que es responsabilidad del paciente verificar el laboratorio que su compañía de seguros cubrirá. Sin esta información usted será responsable de cualquier honorario no pagado al laboratorio**.**
☐Quest Diagnostic ☐ Archbold ☐ Lab Corp. ☐ Solstas ☐ Desconocido ☐ Otro: _____

Farmacia preferida:
Nombre: _____ No. de teléfono: _____

Indique su proveedor preferido de PCSG:
_____

Por favor, indique si alguien le remitió al PCSG:
_____

DATOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Idioma preferido:
☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

¿Necesita un intérprete?
☐ Sí ☐ No

Barreras
¿Usted tiene ☐ impedimento para hablar y/o ☐ escuchar?

Raza
☐ Asiático
☐ Indio-asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro asiático
☐ Nativo de Hawaiano / Otras islas del Pacífico
☐ Nativo hawaiano ☐ Otra isla del Pacífico ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Samoano
☐ Negro/ Afro-Americano
☐ Indio-Americano / Nativo de Alaska
☐ Blanco
☐ Más de una raza
☐ Se niega a responder, por favor explique la razón: _____

Origen étnico hispano:
☐ Hispano, Latino/a, de origen español
☐ Mexicano, Estadounidense, Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cuban ☐ Otro hispano, latino/a, de origen español
☐ Hispano, latino/a, de origen español combinado
☐ No Hispano/Latino/Origen español
☐ Prefiere no revelar su origen étnico

Sexo al nacer - Sexo que se le asignó al nacer en su acta de nacimiento original
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Decide no revelar

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender, y solicito a PCSG que me proporcione a mí y/o a mi familia atención médica. Reconozco mi responsabilidad de pagar por los servicios de acuerdo con las políticas establecidas por PCSG. Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia y he leído el Aviso de Política de Privacidad HIPAA de PCSG junto con los Derechos y Responsabilidades del Paciente de PCSG.

Firma del paciente o tutor X_____ Fecha _____

Parentesco si no es el paciente: _____

Nombre del paciente: _____

Autorización de los padres para que otra persona lleve a su(s) hijo(s) a la guardería

Nosotros (Yo) _____ y _____

y Padre(s) y tutor(es) legal(es) de los siguientes niños nombrados:

_____Edad _____

_____Edad _____

_____Edad _____

_____Edad _____

Por la presente autorizamos a cualquiera de las siguientes personas:

_____ relación _____

_____ relación _____

_____ relación _____

Consentir en todos y cada uno de los cuidados y atenciones médicas para estos niños que sean considerados necesarios y apropiados por un médico licenciado en el Estado de Georgia. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, intervenciones médicas y quirúrgicas y cuidados electivos, así como de emergencia. También incluye las vacunas, si son necesarias.

Nosotros (yo) aceptamos además reembolsar al proveedor de asistencia sanitaria el coste de la prestación de estos servicios. Los niños están cubiertos por el siguiente plan de salud:

Seguro primario_____ # de póliza _____

Seguro secundario_____ # de póliza _____

FIRMA DEL PADRE O DEL GUARDIÁN LEGAL:

Impreso _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

PERMISO PARA TRATAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SANITARIA
INFANTE MENOR DE EDAD

Se da permiso para que Primary Care of Southwest Georgia, Inc. y el médico de atención primaria traten a mi hijo y den información sobre la salud de mi hijo menor de edad,
_____ a la persona indicada a continuación:
(Nombre del infante menor de edad)

Solo uno inicial

_____Solo para mí mismo

_____ Otro individual

Nombre de la persona _____

Relación _____

Estoy plenamente informado del contenido de este formulario y comprendo la importancia de esta subvención.

Firmado: _____ Fecha: _____
(Padre)

Firmado: _____ Fecha: _____
(Testigo)

Políticas/procesos de pacientes

Tenga en cuenta que la política de Primary Care of Southwest Georgia Inc. es responsabilizar a la persona que recibe los servicios por los cargos incurridos en el momento del servicio. Si el paciente es menor de edad, entonces los padres o el tutor legal asumen la responsabilidad. Los cargos rutinarios de la oficina son pagados en el momento en que se presentan los servicios, a menos que los arreglos sean hechos por adelantado. El seguro médico es archivado como una conveniencia a nuestros pacientes. **NUESTRA CUENTA ESTÁ CON NUESTROS PACIENTES, NO CON SUS COMPAÑÍAS DE SEGUROS**. Si surge un problema, es la responsabilidad de los pacientes comunicarse con la compañía de seguros para resolver el problema. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en preguntar a nuestro personal. Estaremos encantados de ayudarle en todo lo posible.
GRACIAS.

He leído y entiendo completamente que soy responsable por el pago de los servicios prestados al paciente. Prometo pagar a **Primary Care of Southwest Georgia** cualquier saldo adeudado en mi cuenta, incluyendo cargos razonables por cobranza**.**

_____ **_____**
Fecha Firma del Fiador

AUTORIZACION Y CESIÓN DE SEGURO

Por la presente autorizo a Primary Care of Southwest Georgia a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y por la presente cedo al (a los) médico(s) todos los ingresos del seguro por servicios médicos prestados a mí o a mi(s) dependiente(s). Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por el seguro.

_____ **_____**
Fecha Firma del Asegurado

RECIBO DEL FORMULARIO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

He recibido una copia del Formulario de Derechos y Responsabilidades del Paciente de Primary Care of Southwest Georgia

_____ **_____**
Fecha Firma del Paciente o Padres/Tutor

Compruebe los formularios necesarios:

_____ Si el paciente es menor de edad, ¿le acompañará a sus citas otra persona que no sea el tutor? En caso afirmativo, solicite un ***Formulario de Consentimiento para Menores***.

_____ Si usted es un paciente nuevo o ha visto a otro proveedor, ¿tenemos una copia de esos registros? (por favor complete un ***Formulario de Autorización para Divulgar Registros Médicos***).

_____ ¿Desea solicitar nuestro programa de descuentos? (por favor complete la ***Solicitud de Descuento***).

Derechos y responsabilidades del paciente

Política:

Primary Care of Southwest Georgia, Inc. (PCSG) no discrimina por motivos de raza, color, sexo, edad, origen nacional, discapacidad, orientación sexual, afiliaciones políticas, preferencia religiosa o incapacidad de pago en ninguna consideración a los pacientes.

Como paciente de (PCSG) o de cualquier otro centro sanitario, usted tiene ciertos derechos, incluyendo el derecho a la intimidad, al respeto, a la profesionalidad y a una atención médica competente. También tiene ciertas responsabilidades para ayudar a optimizar la atención que recibe.

El objetivo del PCSG es proporcionar a todos los pacientes una atención sanitaria de alta calidad de forma que se reconozcan claramente las necesidades y los derechos de las personas. También reconocemos que, para lograr eficazmente este objetivo, el paciente y el proveedor de atención sanitaria deben trabajar juntos para desarrollar y mantener una salud óptima. Como resultado, se redactaron los siguientes derechos y responsabilidades del paciente.

Derechos del paciente

- **Los pacientes** tienen derecho a ser tratados con respeto, consideración y dignidad.
- **Los pacientes** tienen derecho a que se les proporcione la intimidad adecuada.
- **Los pacientes** tienen derecho, en la medida en que se conozca, a disponer de información completa sobre su diagnóstico, evaluación, tratamiento y pronóstico.
- **Los pacientes** tienen derecho a participar en las decisiones relativas a su atención sanitaria, excepto cuando dicha participación esté contraindicada por razones médicas.
- **Los pacientes** tienen derecho a negarse a participar en investigaciones experimentales.
- **Los pacientes** tienen derecho a cambiar de proveedor sanitario si hay otros proveedores cualificados disponibles.
- **Los pacientes** tienen derecho a hacer sugerencias y expresar quejas; a recibir una respuesta personal a las mismas, si así lo solicitan; y a tener acceso continuado a la atención sanitaria sin intimidaciones, amenazas, discriminación u otras represalias. Los pacientes pueden ponerse en contacto con Meredith Kahl, Defensora del Paciente, en el teléfono (229) 227-5510.
- **Los pacientes** tienen derecho, según las normas de privacidad de la HIPAA, a lo siguiente: a que se respeten las limitaciones de su información médica, a comunicaciones confidenciales, a inspeccionar y solicitar una copia de su información médica, a solicitar la modificación de su información médica, a solicitar la contabilidad de las divulgaciones y a una copia del Aviso de prácticas de privacidad. No se pedirá a ningún paciente que renuncie a sus derechos, incluyendo el derecho a presentar una queja relativa a la privacidad ante Anna Moore en el teléfono (229) 723-2660.
- **Los pacientes** tienen derecho a recibir información sobre lo siguiente: servicios disponibles en PCSG, disposiciones para la atención fuera de horario y de urgencia, tarifas de servicios, políticas de pago, acreditación de los proveedores e información precisa sobre la competencia y las capacidades de la organización.
- **Los pacientes** tienen derecho a elegir libremente entre las farmacias disponibles y a cambiar de farmacia en función de sus necesidades.

Responsabilidades del paciente

- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa en la medida de sus posibilidades sobre sus enfermedades actuales y pasadas, cualquier medicación que tomen, incluidos los productos sin receta y los suplementos dietéticos, y cualquier alergia o sensibilidad.
- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento recomendado por su proveedor de atención sanitaria o de expresar sus preocupaciones sobre su capacidad para cumplirlo.
- **Los pacientes** son responsables de sus actos si rechazan el tratamiento o no siguen las instrucciones del profesional sanitario.
- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de llegar a las citas según lo programado y de cancelar con antelación a las que no puedan acudir.
- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de informarse sobre el alcance de los servicios básicos ofrecidos, los costes y de buscar activamente aclaraciones sobre cualquier aspecto de la participación en los servicios y programas de PCSG (incluyendo el costo) que no entiendan.
- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de aceptar la responsabilidad financiera de todos los servicios prestados en el PCSG.
- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de participar activamente en su atención como parte del programa de Hogar Médico Centrado en el Paciente de la organización.
- **Los pacientes** tienen la responsabilidad de comportarse de forma respetuosa con todos los profesionales sanitarios y el personal, así como con otros pacientes y visitantes.

Revisado: julio de 2016, junio de 2019, julio de 2022, agosto de 2022

PRIMARY CARE OF SOUTHWEST GEORGIA (PCSG) CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA DE TELESALUD

Primary Care of Southwest Georgia (PCSG) se dedica a proporcionar atención primaria y servicios de salud conductual a los residentes del suroeste de Georgia. Debido a que los problemas físicos y emocionales a menudo van de la mano, creemos que la mejor atención se da cuando los proveedores de atención médica trabajan en conjunto. Los pacientes de PCSG pueden ser referidos a proveedores de otras especialidades de atención médica dentro del equipo de tratamiento de PCSG; los miembros del equipo de tratamiento compartirán información clínica entre sí según sea clínicamente necesario. Se han hecho esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley Federal y Estatal de Georgia se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telesalud.

En las consultas se utilizarán equipos de telemedicina y los detalles de su historial médico, su estado actual, los exámenes, el plan de cuidados y las pruebas se discutirán mediante el uso de vídeo interactivo, audio y tecnología de telecomunicación. El proveedor de la consulta de telesalud se basará en la información obtenida de usted durante la sesión de consulta: es importante que proporcione la información más precisa posible para ayudar a desarrollar su plan de atención. La evaluación y el tratamiento de niños y adolescentes requerirá la participación de los padres y/o tutores legales.

Todas las leyes vigentes relativas a su acceso a la información médica y a las copias de sus historiales médicos se aplican a esta consulta de telesalud. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no se graban en vídeo, ni se guardan de ninguna manera.

Esta consulta de telesalud es un servicio facturable y puede estar sujeto a un copago o deducible de visita al consultorio estándar. Si el paciente tiene seguro, PCSG presentará una reclamación a la compañía de seguros del paciente. Cualquier obligación financiera restante del paciente será determinada por la compañía de seguros del paciente y estará sujeta a ajustes basados en la escala móvil de honorarios de PCSG (si aplica).

Entiendo que puedo en cualquier momento retirar mi consentimiento y/o rechazar mi tratamiento, y lo haré verbalmente y/o por escrito a un proveedor o personal de PCSG. Dicha retirada o rechazo puede tener como consecuencia que mi estado de salud empeore, permanezca igual o mejore. Dicha retirada no afectará a mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

Entiendo que, si soy menor de 18 años, puedo dar mi consentimiento para ciertos tipos de servicios de telesalud; si tengo 18 años o más, puedo dar mi consentimiento para todos los demás servicios de telesalud, incluyendo los servicios de salud mental; de lo contrario, mis padres o mi tutor legal deberán dar su consentimiento para los servicios. Al "Aceptar" este consentimiento, ("Aceptación" de los padres o tutor legal, si es necesario) acepto que he leído o me han leído y/o explicado este formulario, que lo entiendo y que se ha respondido a cualquier pregunta que haya formulado en relación con este formulario o con la consulta de telesalud. Entiendo que me comprometo a ser veraz al proporcionar información. Por lo tanto, por la presente "Acepto", y doy mi consentimiento a esta consulta de telesalud y al tratamiento para mí o para mi(s) hijo(s) según lo establecido anteriormente, incluyendo cualquier procedimiento o prueba que los proveedores de PCSG decidan que son necesarios o apropiados. Si "Acepto" como padre o tutor, por la presente declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y autorizado para tomar tales decisiones.

Las profesiones sanitarias no son ciencias exactas y no se ofrecen garantías sobre el curso o el efecto del tratamiento propuesto por el proveedor de telesalud. Cualquier pregunta sobre los beneficios, riesgos, opciones disponibles, o los límites de la confidencialidad debe ser dirigida a los proveedores de PCSG.

Al firmar abajo, acepto participar en una consulta de telesalud con Primary Care of Southwest Georgia.

_____

Nombre del paciente (Por favor imprima)

_____ _____

Firma del paciente **Fecha**

Actualizado en julio de 2025

Primary Care of Southwest Georgia Inc.

Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad

Nuestro deber legal: tenemos el deber de proteger la confidencialidad de su información médica. Disponemos de un Aviso de prácticas de privacidad en el que se explican las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica. El Aviso también describe sus derechos y obligaciones legales en relación con el uso y la divulgación de su información médica. La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le avisaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo. No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Partes que siguen los avisos: el Aviso será seguido por Primary Care of Southwest Georgia Inc. y sus afiliados, junto con sus profesionales de la salud, personal y voluntarios, y los que participan en redes de atención administrada con Primary Care of Southwest Georgia Inc. y otras entidades legales que prestan servicios a Primary Care of Southwest Georgia (PCSG).

Cómo podemos usar y divulgar su información médica: Podemos usar o divulgar su información médica identificable por muchas razones, incluyendo:

- Tratamiento
- Facturación de sus servicios
- Operaciones de asistencia sanitaria
- Actividades de supervisión sanitaria
- Propósitos de salud pública
- Auditoría
- Seguridad nacional y servicios de protección
- Investigación para mejorar la atención al paciente
- Indemnización laboral; propósitos policiales
- Demandas y litigios
- Directorios de hospitales
- Actividades de recaudación de fondos (con el consentimiento por escrito del paciente)
- Actividades de las redes de asistencia gestionada en las que participamos
- Actividades de nuestros afiliados
- Recordatorios de citas
- Cumplir la ley
- Para evitar una amenaza grave para la salud/seguridad
- A comisarios, médicos forenses y directores
- A las autoridades de mando militar
- Según lo exija la ley
- A las personas implicadas en su atención o pago

Sus derechos de privacidad:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información sanitaria:

- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales y medios alternativos de comunicación con usted.
- El derecho a solicitar restricciones sobre cierto uso de su información médica.
- El derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica que conservamos sobre usted ya sea en papel o en un registro médico
- electrónico.
- El derecho a solicitar una enmienda de su información médica.
- El derecho a una contabilidad de ciertas divulgaciones de su información médica.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Información adicional: Si lo solicita, puede consultar nuestro detallado Aviso de prácticas de privacidad para obtener más información sobre el ejercicio de sus derechos o si se opone o solicita una limitación de los usos de divulgación mencionados.

Cambios en los Avisos: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted.

Reconocimiento del Paciente: Reconozco que he tenido conocimiento del Aviso de prácticas de privacidad de Primary Care of Southwest Georgia. También reconozco que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso y su contenido.

_____	_____	_____
Nombre del paciente (Escrito)	Firma del paciente	Fecha

SOLO PARA PERSONAL DE PCSG: (Completar si no se obtiene el reconocimiento del paciente)
Se informó al paciente sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad y se intentó de buena fe obtener la firma del paciente reconociendo su conocimiento del aviso, no se obtuvo un reconocimiento porque

_____.

_____	_____
Representante del PCSG	Fecha

Número de formulario: 101.32E
Revisión: julio de 2025

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Le rogamos que lo revise detenidamente.**

Sus derechos: **Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a:

- Obtener una copia de los historiales médicos y de siniestros: **puede solicitar ver u obtener una copia de sus historiales médicos y de reclamaciones, así como de otra información sanitaria que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.** Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos.

- Pídanos que corrijamos los historiales médicos y de reclamaciones: puede pedirnos que corrijamos sus historiales médicos y de siniestros si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le daremos una explicación por escrito en un plazo de 60 días.

- Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma específica (por ejemplo, al teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos decir "sí# si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

- Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos: Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información sanitaria para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición y podemos negarnos si ello pudiera afectar a su atención médica.

- Obtener una lista de las personas **con las que** hemos compartido información: **puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información sanitaria durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas a tratamientos, pagos y operaciones de asistencia sanitaria, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos).** Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable en función de los costes si solicita otro en un plazo de 12 meses.

- Obtener una copia de este aviso de privacidad: Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

- Elegir a alguien para que actúe en su nombre: Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información sanitaria. Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos: **puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros.** Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones: Para determinada información sanitaria, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros.

- En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que: 1) Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago de sus cuidados; 2) Compartamos información en una situación de ayuda en caso de catástrofe

- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

- En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito: 1) Fines de *marketing*; 2) Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones:
¿Cómo solemos utilizar o compartir su información sanitaria? Normalmente utilizamos o compartimos su información sanitaria de las siguientes maneras.

- Para ayudar a gestionar el tratamiento sanitario que recibe. Podemos utilizar su información sanitaria y compartirla con los profesionales que le están tratando. Por ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

- Para dirigir nuestra organización. Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. No se nos permite utilizar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de la misma. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo. Por ejemplo: Utilizamos su información sanitaria para desarrollar mejores servicios para usted.

- Para pagar sus servicios sanitarios. Podemos utilizar y divulgar su información sanitaria para pagar sus servicios sanitarios. Por ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

¿De qué otras formas podemos utilizar o compartir su información sanitaria? Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones establecidas en la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- Para ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad. Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como prevenir enfermedades, ayudar en la retirada de productos, informar sobre reacciones adversas a medicamentos, informar sobre sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica, o prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

- Para realizar investigaciones. Podemos compartir su información para realizar investigaciones sanitarias.

- Para cumplir la ley. Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

- Para responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o director de funeraria. Podemos compartir información sanitaria sobre usted con organizaciones de obtención de órganos. Si una persona fallece, podemos compartir información sanitaria con un médico forense, examinador médico o director de funeraria.

- Para atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales. Podemos utilizar o compartir información sobre su salud para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores, para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley y para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

- Para responder a demandas y acciones legales. Podemos compartir información sanitaria sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades: La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información sanitaria protegida. Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo. No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Puede cambiar de opinión en cualquier momento comunicándonoslo por escrito. Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra página web, y le enviaremos una copia por correo.

Primary Care of Southwest Georgia Contacto Oficial de Privacidad:
Anna Moore, COO
de Contacto: 229-723-2660
Correo electrónico: amoore@pcswga.org

POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Estamos comprometidos a proporcionarle la mejor atención posible y nos complace discutir nuestros honorarios profesionales con usted en cualquier momento. Su clara comprensión de nuestra Política Financiera es importante para nuestra relación profesional. **El paciente o la parte responsable** es responsable de que se pague la totalidad de la factura.

Le pediremos ver su tarjeta del seguro en su primera visita y haremos una copia de su tarjeta para nuestro registro. Le pediremos esta información con regularidad, al menos una vez al año, para asegurarnos de que no se ha producido ningún cambio en las prestaciones o en la compañía aseguradora. Por favor, notifíquenos si su compañía de seguros o póliza ha cambiado. **La facturación del seguro es una cortesía que ofrecemos a los pacientes.**

Copagos:
Su seguro **REQUIERE** que cobremos su copago designado en el momento del servicio. Por favor, esté preparado para pagar el copago en cada visita.

Deducibles y coseguros:
PCSG facturará a su Compañía de Seguros como cortesía hacia usted. Si se aplica un coaseguro y/o deducible, usted es financieramente responsable de esta cantidad.

Autopago/sin seguro:
Existirán autocuentas si un paciente no tiene cobertura de seguro o no dispone de pruebas de cobertura de seguro. Para los pacientes nuevos, se requiere un pago el día de su cita **antes** de ser atendido por el proveedor de atención médica. PCSG también ofrece el Programa de escala de honorarios para ayudar a nuestros pacientes con necesidades financieras (la elegibilidad para el programa se basa en los ingresos del hogar). Hay una solicitud disponible en la recepción para aquellos que deseen solicitarla.

Indemnización laboral y accidentes automovilísticos
En el caso de una lesión por compensación laboral o accidente automovilístico, debe obtener el número de reclamación, el número de teléfono, la persona de contacto y el nombre y la dirección de la compañía de seguros antes de su visita. Si no se le facilita esta información, se le pedirá que reprograme su cita o que pague su visita en el momento del servicio.

Acuerdos de pago ampliados
En ciertas circunstancias, se pueden hacer arreglos de pago extendido con PCSG. El saldo debe pagarse CADA mes hasta que haya un saldo de $0.

Casos de Divorcio
En casos de divorcio, el padre o tutor legal que traiga a (un) niño para su cuidado es responsable del pago en el momento del servicio.

Portal del Paciente
PCSG le ofrece acceso electrónico a su información médica a través de nuestro Portal del Paciente seguro. Este sistema le permite revisar su historial médico en línea y también le da la oportunidad de comunicarse con nuestra oficina de manera electrónica para programar una cita, recuperar resultados de pruebas o solicitar reposiciones de medicamentos. Este servicio se ofrece como un beneficio para nuestros pacientes. Si está interesado en este programa, comuníqueselo ahora a nuestro empleado de registro.

Hogar médico centrado en el paciente
Practicamos según el modelo de atención del Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH por sus siglas en inglés). Este programa es una forma de decir que usted, el paciente, es la persona más importante del sistema sanitario. Un hogar médico es un proceso específico sobre cómo se presta una atención sanitaria integral a las personas. El equipo de PCSG gestiona sus cuidados y servicios por usted actuando como el "centro" de su hogar médico. El PCMH le sitúa a usted, el paciente, en el centro del sistema de atención sanitaria y le proporciona una atención primaria que es Accesible, Continua, Integral, Orientada a la Comunidad, Coordinada y Compasiva.

Organización de Atención Responsable (ACO)
PCSG es miembro de la Organización de Atención Responsable de Georgia. Las ACOs son grupos de médicos, hospitales y otros proveedores de atención sanitaria que se unen voluntariamente para ofrecer una atención coordinada de alta calidad a sus pacientes de Medicare. Los pacientes de Medicare pueden optar por participar o no en una ACO. La ACO utilizará los datos de las solicitudes de reembolso para mejorar la disponibilidad de los servicios necesarios para que los pacientes mejoren su estado de salud y se reduzcan las visitas a urgencias y las hospitalizaciones. El objetivo de la atención coordinada es garantizar que los pacientes, especialmente los enfermos crónicos, reciban la atención adecuada en el momento oportuno, evitando al mismo tiempo la duplicación innecesaria de servicios y previniendo los errores médicos.

Programas de asistencia para la medicación
PCSG ofrece programas de asistencia con los medicamentos (para los participantes que cumplan los requisitos) que ayudan con el coste de los medicamentos.

Revisado: julio de 2025

¿Cuál de las categorías describe mejor sus ingresos anuales actuales?

- ☐ Menos de $14,000
- ☐ $14,000 - $19,000
- ☐ $19,000 - $30,000
- ☐ Más de $30,000

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¡Gracias por su información!

PCSG
Primary Care of Southwest Georgia

Revisado: julio de 2025