



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

HOJA DE INFORMACIÓN PEDIÁTRICA

Pediatric Information Sheet

FECHA (DATE) _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN) _____

NOMBRE (NAME) _____ COREO ELECTRONICO (EMAIL) _____

DIRECCION (ADDRESS) _____ CIUDAD :(CITY) _____

ESTADO (STATE) _____ CODIGO POSTAL (ZIP) _____ CONDADO (COUNTY) _____ SEXO: M/F DOB _____

ANOS (AGE) _____ TELEFONO DE CASA (HOME PHONE) _____ NUMERO DE CELLULAR (CELL PHONE) _____

CARRERA (RACE) _____ ETNICIDAD (ETHNICITY) HISPANO NON-HISPANO PREFERE NO PARA RESPONDER
(MARQUE UNO POR FAVOR)

IDIOMA PREFERIDO (PREFERRED LANGUAGE) _____

Información de las Madres (MOTHER INFORMATION)

NOMBRE (NAME) _____ DOB _____ # DE SEGURO SOCIAL (SSN) _____

EMPLEADOR (EMPLOYER) _____ OCUPACION (OCCUPATION) _____ NUMERO DE TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, CIUDAD, ZIP _____

INFORMACIÓN DEL PADRE (FATHER INFORMATION)

NOMBRE (NAME) _____ DOB _____ # DE SEGURO SOCIAL (SSN) _____

EMPLEADOR (EMPLOYER) _____ OCUPACION (OCCUPATION) _____ NUMERO DE TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR, CIUDAD, ZIP _____

Información de Seguro Médico :(Proporcionar una Copia de Cada Tarjeta) (MEDICAL INSURANCE INFORMATION)

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA PRIMARIA (Primary Policy Holder Name) _____

Seguro Primario (Primary Insurance) _____ Seguro Secundario (Secondary Insurance) _____

Persona Para Notificar en Caso de Emergencia (Person to Notify in Case of Emergency)

NOMBRE (NAME) _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE (RELATIONSHIP TO PT) _____ TELEFONO _____

DIRECCION (ADDRESS) _____ CIUDAD (CITY) _____ ESTADO (STATE) _____ CODIGO POSTAL (ZIP) _____

La información sobre este formulario es información de salud protegida (PHI) y debe ser tratada como confidencial bajo las reglas de HIPAA la privacidad y la seguridad de esta información es esencial, todos los servicios son cargados directamente al paciente, y el paciente o el paciente RESPRESENTATIVE sigue siendo personalmente responsable del pago, como cortesía, presentaremos los reclamos de seguros para nuestros pacientes; Sin embargo, la parte del paciente de la cuota y/o copago se vence en el momento del servicio. Reconocimiento; Consiento el uso de PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones y autorizar a la entidad a utilizar la PHI según sea necesario. Autorizo que el pago de beneficios, incluyendo los beneficios de Medicare, se hagan en mi nombre directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean pagados o no por el seguro. En un caso asignado por Medicare, el médico acuerda aceptar la determinación de los cargos del transportista de Medicare como la carga completa y el paciente es reparable para el deducible, Coaseguro y servicio no cubierto.

Firma del paciente

Firma representative

FECHA



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Este formulario de la historia del paciente y la información que usted proporcione es muy importante para su salud y su tratamiento. Por favor, tómese el tiempo para completar de forma completa y exacta de la historia del paciente de este cuestionario.

Gracias,
Dr. Brian Griner, M.D.

Esta información es verdadera y exacta al mejor de mi creencia.

Paciente/Padre/Madre/Tutor firma

Fecha



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (MEDICAL HISTORY FORM)

GENERAL ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes en los últimos seis meses o padece estos de forma crónica? (Coloque una marca de verificación a los que correspondan).

ENDOCRINO (Endocrine)

- Hinchazón debajo de los brazos o el cuello
- Debilidad y letargo
- Siempre hambriento
- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Tienden a estar demasiado calientes
- Tienden a ser demasiado fríos
- Fiebre y escalofríos
- Sudores nocturnos
- Problemas para dormir
- Problemas despertando después
- Quedarse dormido
- Ganancia de peso reciente
- Pérdida de peso reciente
- Diabetes

PSIQUIATRICO (Psychiatric)

- Depresión
- Ansiedad
- Lloro a menudo
- Sentirse triste
- Pérdida de interés propio
- Pérdida de interés en comer
- Escucha voces
- Ataque de nervios

INFECCIONES (Infections)

- Fiebre reumática
- Sarampión
- Paperas
- Varicela
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Polio
- SIDA (o prueba positiva)
- Sífilis (u otra persona sexualmente enfermedades transmitidas)

NEUROLOGIA (Neurology)

- Dolores de cabeza frecuentes
- Migrañas
- convulsiones
- trazo o análisis
- problemas de memoria
- meningitis
- daño a los nervios en los pies o manos
- temblores

PULMONAR(Pulmonary)

- ronquidos crónicos
- tos persistente
- tosiendo sangre
- Tosiendo secreciones cada mañana
- dejó de respirar mientras dormido
- EPOC, enfisema o bronquitis crónica
- asma

HEMATOLOGIA(Hematology)

- Anemia / bajo recuento sanguíneo
- Enfermedad de la sangre
- Enfermedad de célula falciforme
- Exposición a la radiación
- Sangrado / moretones con facilidad
- cánceres de piel
- otros cánceres (por favor indique al dorso de la forma)

GENITOURINARIO (Genitourinary)

- micción frecuente
- ardor al orinar
- dificultad para comenzar micción
- goteo de orina con tos
- cálculos renales
- enfermedad del riñón
- dificultad sexual

CARDIOVASCULAR

- Dolor de pecho
- Palpitaciones del corazón
- mareado al ponerse de pie
- hinchazón en pies / manos
- colesterol alto
- desmayos
- dificultad para respirar con ejercicio
- tener que sentarse intermitentemente de noche
- cirugía cardíaca previa

SOLO HOMBRES (Men Only)

- corriente de orina débil
- problemas de prostate
- bulto en testículo (s)
- problema con el sexo coito
- quema o descarga



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

_____ fecha del último
period _____ exceso de
menstruación sangria

SOLO MUJERES (Women only)

- _____ Cesarean
- _____ Histerectomía
- _____ toxemia durante el embarazo
- _____ diabetes durante el embarazo
- _____ bultos en el pecho
- _____ fecha / última prueba de Papanicolaou
- _____ embarazos
- _____ no. de abortos involuntarios

MUSCULOESQUELETICO
(Musculoskeletal)

- _____ Gota
- _____ Dolor en los dedos o las maos después de la exposición al frío
- _____ Dolor muscular o articular
- _____ Calambres en las piernas después de caminar
- _____ calambres en las piernas por la noche
- _____ artritis

ALERGIAS (Lista)(ALLERGIES)

CIRUGÍAS (Lista)(SURGERIES)

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA(Ear, Nose, & Throat)

- _____ se anteojos o lentes de contact
- _____ Dolor de cuello o bultos
- _____ Llagas en la boca
- _____ Descarga ocular
- _____ Visión borrosa
- _____ Cambios recientes en la vision
- _____ Disminución de la audición
- _____ Dolor de oído o drenaje
- _____ Zumbido en los oídos
- _____ Alergias
- _____ Problemas sinusales
- _____ Sangrado de nariz
- _____ Dolor de garganta
- _____ Llagas en la lengua
- _____ Problemas de bocio / tiroides
- _____ Dolor de cuello o bultos
- _____ Cualquier cambio en la voz
- _____ Problemas dentales
- _____ Llagas en la boca

MEDICAMENTOS (LISTA)(Medications)

HISTORIA FAMILIAR: (Family History)

GASTROINTESTINAL

- _____ acidez _____ parásitos o gusanos
- _____ eructos _____ pancreatitis
- _____ pérdida de apetito
- _____ náuseas o vómitos
- _____ enfermedad del hígado
- _____ ictericia o hepatitis
- _____ difficulty deglución
- _____ dolor de estómago
- _____ cambio reciente en el intestine
- _____ hábitos
- _____ Diarrea
- _____ estreñimiento



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

_____ heces con sangre
_____ dolor rectal
_____ hemorroides
_____ fisura rectal

Para todos los pacientes:

Asegúrese de que todas las partes, incluida su persona de contacto para situaciones de emergencia, figuren en el formulario de poder adjunto.

Sin esta autorización, no **podemos** autorizar el tratamiento de hormigas para pacientes pediátricos para un niño presentado por otra persona que no sean sus padres o divulgar cualquier información médica, incluida la recolección de recetas y registros médicos, a personas que no sean las partes en este formulario.

Gracias por su cooperación.

Brian Griner, MD

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida y Poder para la Atención de la Salud

Según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA), su información de salud protegida es confidencial a menos que se otorgue una autorización por escrito.

Por lo tanto, yo _____ (imprimir el nombre) autoriza a Brian C. Griner, MD y su personal a dar **mi** o de **mi hijo** , _____ (imprima el nombre del niño) información de salud protegida y / o **actuar en mi nombre en mi ausencia a** las siguientes personas (**debe tener al menos 18 años de edad**):

NOTA: SI NO INDICA NINGUNA DE LAS SIGUIENTES NOMBRAMIENTOS, NO PODREMOS DISCUTIR SU CUIDADO NI EL DE SU HIJO CON NADIE. (En situaciones que implican un niño menor, SOLAMENTE BI O MOM lógico y DAD o representante designado de un niño con documentación apropiada) será capaz de recibir información sobre o actuar en nombre de los niños. LAS CITAS SERÁN RECHAZADAS SI UN NIÑO PRESENTA UNA VISITA SIN TUTOR / PODER DE ABOGADO.

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN CON EL PACIENTE</u>	<u>TELÉFONO</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

** PERSONAL DE LA OFICINA: UNA IMAGEN DEBE SER CAPTURADA DE CADA NOMBRE MENCIONADO ARRIBA Y CARGADO A LA CARTA DEL PACIENTE CON FINES DE VERIFICACIÓN EN EL MOMENTO DEL CHECK-IN. **

-O-

Solicito que **NO** revele mi información de salud protegida (o la de mi hijo) a ninguna persona que no sea yo. _____(Inicial)

Esta directiva permanecerá vigente a partir de la fecha de mi firma, hasta que envíe una notificación por escrito para suspenderla. También exime de responsabilidad a todas las personas o entidades que actúen de buena fe y de acuerdo con HIPAA para cumplir con los términos y disposiciones de este documento, y también libere la responsabilidad por cualquier daño o reclamo que surja debido a su acción o inacción basada en este documento. También entiendo que, en una situación médica urgente, Griner Medical Group puede necesitar contactarme por cualquier medio disponible. _____(Inicial)

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre / tutor legal (si el paciente es menor de edad)

Fecha



3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Firma del notario

Fecha

Firma del testigo (personal de la oficina solamente)

Fecha

El padre / tutor legal de menores de 18 años tiene acceso a registros médicos, con la excepción de cualquier ley estatal que proteja la privacidad de la información de menores.

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PACIENTE

Estamos encantados de que haya elegido nuestra práctica para sus necesidades de atención médica. Haremos todo lo posible para asegurarnos de que tenga una experiencia positiva desde el check-in hasta el check-out cada vez que visita la oficina. También buscaremos la excelencia en nuestro servicio al cliente para usted porque usted es la razón por la que estamos aquí; ¡para servirte!

Como nuevo paciente de la práctica, tómese un momento para familiarizarse con nuestras políticas y procedimientos. Hay varias políticas operativas que debemos compartir con usted para garantizar que la oficina sea eficiente y que todos los pacientes reciban la mejor atención posible.

Oficina principal (117 W. Northside Drive):

La oficina principal se encarga principalmente de las visitas del Dr. Griner a los pacientes pediátricos y adultos, las visitas programadas y los controles, y los procedimientos (inmunización, análisis de laboratorio, etc.).

Citas requeridas. **Horario de oficina M-Jue 8: 15a-12: 00p y 1: 15p-5: 00p, F 8: 15a-12p**

La clínica del Dr. Madon y la clínica pediátrica Winnersville Walk-in (101-F W. Northside Drive):

La clínica pediátrica es exclusiva de los pacientes del Dr. Griner y del Dr. Madon. La oficina del Dr. Madon está ubicada en el Edificio C junto con la clínica pediátrica sin cita de Winnersville que atiende a pacientes pediátricos. Citas requeridas para el Dr. Madon. Si su hijo está enfermo, puede llevarlo a la clínica. **Horario de oficina M-Th 8: 15a-11: 30p y 1: 15p-4: 30pm, F 8: 15a-11: 15pm.**

Clínica ambulatoria para adultos de Griner Medical Group (101-G W. Northside Drive):

Exclusivamente para el Dr. Griner, los pacientes adultos que solo se encuentran en el Edificio B, pueden verlos sin cita o programarse con Olivia Wright, NP-C. Bajo la supervisión del Dr. Griner, la clínica Walk está atendida por enfermeras practicantes. Si estás enfermo, puedes venir a la clínica. **Horario de oficina M-Th 8: 15a-11: 30p y 1: 15p-4: 30pm, F 8: 15a-11: 15pm.**

Políticas generales de operación

Citas: haremos nuestro mejor esfuerzo para proporcionarle una cita que se adapte a su horario, sin embargo, tenga en cuenta que nuestro horario sigue lleno y habrá momentos en que no podamos acomodar un intervalo de tiempo en particular.

Antes de sus próximas citas, utilizamos un sistema de recordatorio de llamada para proporcionarle una llamada de cortesía cuatro (4) días antes de su próxima cita. Asegúrese de haber proporcionado a nuestra oficina un número de teléfono que funcione para comunicarle esta y otra información médica importante. Informe a nuestra oficina lo antes posible si tiene un conflicto al hacer / mantener su cita, de modo que podamos agregar cualquier reprogramación de última hora en su ranura.

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Información de contacto: Confiamos en nuestros pacientes para mantenernos actualizados cada vez que cambia su información de contacto, como una dirección, número de teléfono o contacto de emergencia. Notifiquenos en su próxima visita o antes si experimenta un cambio en su información de contacto.

Financiero: hemos desarrollado una política detallada (formulario separado) con respecto a sus obligaciones financieras relacionadas con los servicios prestados en nuestra práctica. Familiarícese con estas obligaciones y agradecemos sus preguntas si no comprende o desea una aclaración sobre una política en particular.

Citas perdidas: Como se mencionó anteriormente, nuestro horario sigue lleno, a veces reservado hasta seis (6) meses por adelantado. Es responsabilidad del paciente comunicarse con nuestra oficina para reprogramar / cancelar una cita. Si no notifica a nuestra oficina que cancela / reprograma su cita con **al menos 24 horas de anticipación**, se le cobrará a su cuenta una tarifa de **\$ 25.00 por "no presentarse"**. Tenga en cuenta que la tarifa no se le cobrará a su compañía de seguros. Además, su cuadro será marcado y recibirá un aviso de que se ha perdido una cita. Las cuentas que acumulen tres (3) o más honorarios por citas perdidas pueden ser descartadas de la práctica.

Solicitud de registros médicos / papeleo: Nuestra política es no divulgar ningún registro médico, incluidos los registros de vacunación, sin antes pedir al paciente que complete una Autorización para divulgar registros médicos. Cualquiera de nuestros miembros del personal de Check In / Out puede ayudarlo con esta solicitud. Tenga en cuenta que puede tomar de 24 a 48 horas (10-21 días para la documentación de ausencia / FMLA) completar su solicitud. Además, es nuestra política cobrar una pequeña tarifa administrativa por dicha documentación en el momento de la solicitud. Tenga en cuenta lo siguiente:

tipo de solicitud	Tarifa cargada	Cuotas adicionales
Registros de pacientes (que excede 5 páginas)	\$ 15.00	
Licencias de Ausencia (FMLA) Formularios de reclamaciones a corto / largo plazo, DME / médico Formas de necesidad, etc.	\$25 FMLA \$ 10.00	\$ 15- registra menos de 20 páginas \$ 25 - registra 21-50 páginas \$ 35- registra 51-100 páginas \$ 50- registra más de 100 páginas
Solicitud entre oficinas de referencia / solicitud médicos	Sin cargo	Sin cargo

Derechos y responsabilidades del paciente: En su primera visita, se le proporcionará la Política HIPAA de nuestra práctica en lo que respecta al manejo, la distribución y el almacenamiento de su Información de salud protegida, más comúnmente conocida como "PHI". También se le proporcionará un documento para completar que le dice a nuestro personal que puede recibir su "PHI" y cómo le gustaría que nuestra oficina le comunique información médica importante y recordatorios de citas a usted y a sus partes designadas o "Poder notarial". Usted tiene la capacidad de cambiar / revocar su autorización en cualquier momento completando otro formulario de autorización.



3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Si considera que su "PHI" de información médica protegida ha sido utilizada, accedida o liberada de manera inapropiada, puede presentar una queja ante la Oficial de Privacidad, Cathy Harrison. Comuníquese con nuestra oficina al (229) 242-6061 y solicite hablar con ella. Nos tomamos las preocupaciones en serio y nuestro personal comprende sus obligaciones de proteger la confidencialidad de su "PHI".

Reconocimiento:

Al firmar a continuación, certifico que he leído, entiendo y acepto cumplir con las políticas establecidas en este documento. También acepto que he tenido todas las preguntas respondidas a mi satisfacción.

Nombre del paciente

Firma del paciente responsable

Fecha

Política de no presentación del paciente

Brian C. Griner, MD, LLC programa a muchos pacientes todos los días. Es importante respetar las citas programadas o cancelarlas con suficiente aviso para que se pueda programar otro paciente en la hora de la cita. A partir **del 8 de abril de 2013** , nuestra práctica ha implementado una nueva política de no presentación para ayudar en la programación de los pacientes y administrar las citas perdidas mediante el cobro de una tarifa de no presentación.

Las citas no se cancelan o reprograman **dentro de las 24 horas** de la hora de la cita programada se cobrará una tarifa de \$ 25.00 por no presentarse. La tarifa de no presentación se aplica por igual a todos los tipos de citas y no está cubierta por el seguro; por lo tanto, la tarifa es responsabilidad del paciente y debe pagarse antes de su próxima visita al consultorio.

Los recordatorios automatizados de llamadas se brindan como cortesía, **cuatro (4) días antes** de una cita programada. Los pacientes son responsables de notificar a la oficina con anticipación, si no pueden asistir a la cita.

Pacientes que **faltan tres (3)** o más o más citas programadas o que crónicamente reprograman citas en un **período de doce (12) meses** el período puede ser descartado de la práctica.

Reconocimiento de la política de no presentación

Al firmar a continuación, acuso recibo de este aviso y acepto cumplir con los términos de la política.

Nombre del paciente

Fecha



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Firma del paciente / responsable
paciente

Relación de parte responsable con el

Política financiera del paciente

Gracias por elegir a Brian C. Griner MD, LLC como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a la cantidad de cuentas pendientes, creemos que es necesario informarle sobre nuestra política financiera. Léelo, háganos las preguntas que pueda tener y regístrese en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a pedido y también se mantendrá en nuestros archivos en nuestra práctica.

- 1. Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicare. Si no somos un proveedor participante en su plan, se espera el pago completo en cada visita. Si somos un proveedor participante en su plan, pero no tenemos una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago total de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer sus beneficios de seguro es su responsabilidad . Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.**
- 2. Copagos y deducibles Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros . El fracaso de nuestra parte para recolectar copagos y deducibles de pacientes puede considerarse fraude.**
Ayúdenos a respetar la ley pagando su copago en cada visita.
- 3. Servicios no cubiertos . Tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, los servicios que recibe (incluido el trabajo de laboratorio) pueden no estar cubiertos o no ser considerados**



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.

4. Prueba de seguro . Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su tarjeta de seguro válida actual para proporcionar un comprobante de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, es posible que sea responsable de todos los cargos incurridos y se designe temporalmente como paciente con pago propio hasta que se reciba la verificación de la cobertura.

5. Auto pago. Si no está cubierto por un plan de seguro, se lo considerará pago por cuenta propia. Para ser atendidos, los pacientes de Self-Pay deben pagar una parte de la visita (generalmente \$ 50.00) al momento del servicio. Este pago se aplicará a su factura final de la visita. Los cargos se determinan según las prácticas estándar de codificación médica y facturación y dependen de una variedad de factores; que incluyen el tipo y la naturaleza de la visita, y otros servicios o 2 procedimientos realizados durante la visita. Por lo tanto, puede seguir una factura adicional dependiendo de los servicios prestados. Además, los pacientes que requieren trabajo de laboratorio y equipo médico duradero pueden recibir cargos adicionales.

6. La presentación de reclamos. Presentaremos sus reclamos y lo asistiremos de la manera que podamos para ayudarlo a pagar sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

7. Cambios de cobertura. Si su seguro cambia, avísenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo en 45 días, el saldo se le cobrará automáticamente a usted.

8. Falta de pago. Nuestra compañía de facturación le proporciona una declaración cada mes sobre cualquier saldo pendiente. Es su responsabilidad pagar cualquier saldo pendiente de presentación que vence en la fecha de vencimiento que figura en la factura. Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, se le pedirá que envíe un pago mínimo de \$ 50.00 en su próxima visita al consultorio además de su copago / coseguro normal antes de que se presten los servicios / tratamiento. Tenga en cuenta que si un saldo permanece sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros. Si su cuenta se entrega a una agencia de cobro, usted será responsable de los honorarios calculados para cobrar su (s) monto (s) vencido (s) además del saldo pendiente.



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

9. formas de pago. Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago:

- Efectivo
- Verificar
- Tarjetas de crédito / débito - Visa, MasterCard, Amex y Discover

Nuestra práctica se compromete a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y habituales para nuestra área.

Gracias por entender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir sus directrices:

Nombre del paciente

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Brian C. Griner, MD , LLC programa a muchos pacientes todos los días. Hacemos todo lo posible para acomodar a los pacientes, proporcionándoles citas oportunas para sus requisitos de vacuna.

Nuestra oficina sigue el cronograma de vacunas para niños establecido por el CDC, AMERICAN PEDIATRIC ASSOC , y EL DEPARTAMENTO DE GEORGIA. DE SALUD. He ajustado las vacunas necesarias de su horario a una de las mías, lo que significa que su hijo no debe recibir más de 3 inyecciones en cada visita.

Sin embargo, esto funciona bien con la mayoría: estamos recibiendo un número cada vez mayor de padres que desean "DIVIDIR" las dosis en 2-3 visitas.

De hecho, esta es una elección de los padres, pero el departamento de VFC del Estado de Georgia ha aumentado sus auditorías para el cuidado de los niños y las instalaciones escolares, para garantizar que los niños reciban las vacunas que necesitan de manera oportuna; por lo tanto, muchos padres tienen problemas para mantener sus registros de vacunación válidos. Esto no sólo es una carga para los padres por tener que llevar al niño fuera de las instalaciones, sino también una fresa d es de mi equipo tratando de acomodar el flujo de pacientes.



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

No tenemos control sobre la guardería y hemos considerado necesario notificar a cada padre que si dividen las vacunas , reprograman o no muestran una cita , corren el riesgo de que el registro de su hijo pierda validez en algún momento entre el nacimiento y los 2 años. de edad.

Reconocimiento de la vacuna

Al firmar abajo, reconozco la importancia de asegurarme de que mi hijo cumpla con las citas programadas para sus vacunas.

Nombre del paciente Fecha de nacimiento

Fecha

Firma de la parte responsable

Responsable R elación al paciente

HIPAA Y NUESTROS PACIENTES

- La regla de privacidad de HIPAA (Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros médicos) se convirtió en ley en abril de 2001. Esta regla controla esencialmente el uso y la divulgación de lo que se conoce como Información de salud protegida. La implementación y el cumplimiento de esta regla no son opcionales para nuestra práctica. Estamos obligados a darle la información adjunta.



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

- Por favor, lea y familiarícese con el material adjunto. Es su copia, así que siéntase libre de llevarlo con usted.
- Firme esta página y entrégueselo al asistente médico que lo atiende. Será una parte permanente de su registro médico.

DE: _____
NOMBRE DEL PACIENTE

PARA: BRIAN C. GRINER, MD, LLC

RE: AVISO HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Como paciente del médico mencionado anteriormente,
Acuso recibo de la Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA.

FIRMA DEL
PACIENTE

FECHA

Q

REPRESENTANTE DEL
PACIENTE
(TUTOR)

FECHA

AVISO HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO), y para otros



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

finés que la ley exige. También describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información. La "Información de salud protegida" (PHI) es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de información de salud protegida

Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas externas a nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la práctica del médico y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo. Personal diferente en nuestra oficina puede compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan en nuestra oficina para coordinar su atención, como llamar recetas a su farmacia, programar labores de laboratorio y solicitar pruebas de diagnóstico. Los familiares y otros proveedores de atención médica pueden ser parte de su atención médica fuera de esta oficina y pueden requerir información sobre usted que tenemos.

Pago: se usará su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información de salud protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la admisión al hospital. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información de salud para administrar la oficina y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal que lo atiende. También podemos usar información de salud sobre todos o algunos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. Podemos divulgar su información de salud a estudiantes de medicina que puedan estar entrenando en nuestra (s) oficina (s). Podemos comunicarnos con usted para recordarle que usted o su (s) hijo (s) tienen una cita para tratamiento o atención médica en la oficina.

Situaciones especiales

Podemos usar o divulgar su información de salud sin su permiso para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables.

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

Para evitar una amenaza grave a la salud **o la seguridad:** podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona.

Requerido por ley: Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

Esfuerzos de ayuda en caso de desastres: podemos divulgar su información médica a una entidad que colabora en un esfuerzo de socorro en casos de desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

Investigación: Podemos usar y divulgar su información de salud para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso especial de aprobación.

Donación de órganos y tejidos: si es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia: Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia o seguridad nacional, el comando militar u otras autoridades gubernamentales nos pueden exigir que divulguemos información sobre usted.

Compensación del trabajador: Podemos divulgar su información de salud para Compensación del trabajador o programas similares. Los programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Divulgaciones de salud pública: podemos divulgar su información de salud para fines de salud pública. Estos propósitos generalmente incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- informar eventos vitales como nacimientos y muertes;
- reportar abuso o negligencia infantil;
- informar eventos adversos o vigilancia relacionada con alimentos, medicamentos o defectos o problemas con los productos;
 - notificar a las personas sobre retiros, reparaciones o reemplazos de productos que pueden estar usando;
- notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- informar a los hallazgos del empleador sobre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o la vigilancia médica relacionada con el lugar de trabajo;
- notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica y hacer esta divulgación según lo autorice o requiera la ley.

Actividades de supervisión de salud: podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o propósitos de licencia. Estas divulgaciones pueden ser



3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

necesarias para que determinadas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes.

Demandas y disputas: si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación.

Aplicación de la ley: si se lo solicita la aplicación de la ley, y según lo autorice o exija la ley, podemos divulgar información médica.

- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre una presunta víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- sobre una muerte sospechosa de ser el resultado de una conducta delictiva;
- sobre conducta criminal en Brian C. Griner, MD, LLC; y
- en caso de una emergencia médica, para reportar un crimen; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podemos divulgar información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte.

Familiares y amigos: Podemos divulgar su información de salud a los miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y no plantea una objeción. También podemos divulgar información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, de acuerdo con nuestro juicio profesional, que no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que acepta que divulguemos su información personal de salud a su cónyuge cuando traiga a su cónyuge a la sala de exámenes durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

Otros usos y divulgaciones de la información de salud No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sean los identificados en las secciones anteriores sin una autorización escrita específica. Debemos obtener su autorización por separado de cualquier otro reconocimiento que podamos haber obtenido de usted. Si nos otorga una Autorización para usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información por las razones cubiertas por su Autorización por escrito, pero no podemos cancelar ningún uso o divulgación que ya haya hecho con su permiso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

Derechos para inspeccionar y copiar: tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud, como los registros médicos y de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe enviar una solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad designado para inspeccionar y / o copiar su



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.

Valdosta, GA 31602

Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo y otros suministros asociados.

Derecho a modificar: si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Si denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le brindaremos una copia de dicha refutación.

Derecho a un informe de divulgaciones: tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro oficial de privacidad designado. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003.

Derecho a solicitar restricciones: tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. No estamos obligados a aceptar una restricción. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindar el tratamiento médico adecuado.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir una copia en papel de este Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual en nuestra oficina con su fecha de vigencia. Tiene derecho a una copia del Aviso actualmente en vigencia.

QUEJAS Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con nuestro funcionario de privacidad al (229) 242-6061. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Si cree que su reclamo en nuestra oficina no fue manejado adecuadamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos a:



GRINER MEDICAL GROUP
Quality Healthcare For All Ages

3301 N. Oak Street Ext.
Valdosta, GA 31602
Phone- 229-242-6061 fax -229-242-6151

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201
Llamada gratuita: 1-877-696-6775

ESTE AVISO FUE PUBLICADO ORIGINALMENTE Y LLEGÓ A SER EFECTIVO EL 14 DE ABRIL DE 2003, Y FUE REVISADO EN VIGENCIA EL 19 DE FEBRERO DE 2013.