

HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway Street
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573 Fax: 843-386-2617

1608 N. Main Street
Conway, SC 29526
843-248-4700 Fax: 843-248-3145

145 Palmetto Pointe Dr.
Marion, SC 29571
843-423-2400 Fax: 843-423-2070

REGISTRO

Nombre de Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Nombre Anterior (casada, soltera u otro): _____

Dirección (para envío de correo) _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Dirección (si es diferente a la anterior): _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Ext: _____

Recordatorio: Correo de voz- casa Correo de voz- celular Mensaje de Texto - celular Portal del Paciente (necesita correo electrónico)

Clase de recordatorio Voz: Citas medicas Resultado de Laboratorio Medicina Preventiva Notificaciones en General (ejemplo las oficinas estaran cerradas..)

Clase de recordatorio Texto: Citas medicas Resultado de Laboratorio Medicina Preventiva Notificaciones en General (ejemplo las oficinas estaran cerradas..)

Hora preferida para el recordatorio: En la Mañana En la Tarde En la Noche

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Transgénero

Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a Soltero/a Union Libre Legalmente Separado

Nombre del Empleador _____

Dirección de su Empleo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Contacto de Emergencia _____ Número de Teléfono _____

Estado Laboral: Tiempo completo Medio tiempo No trabaja Independiente Retirado Militar Activo Militar en Reserva Otro.

Estado Estudiantil: Estudiante de tiempo completo Estudiante medio tiempo No estudia.

Quién es responsable por este paciente? La misma persona Otra Persona

QUIERE USTED DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROFESIONAL DE LA SALUD, PUDIERA DISCUTIR SU CONDICION MEDICA, EN CASO AFIRMATIVO A QUIEN ? Porfavor diligencie la siguiente información especialmente la casilla HIPAA, usted podrá revocar o modificar la autorización de cualquier persona anteriormente relacionada, pero deberá hacerlo por escrito.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Número del Seguro Social #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Area Postal: _____

Relación con el paciente _____ Correo Electrónico _____ Contacto de Emergencia HIPAA

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Area Postal: _____ Telefono: casa/ celular _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo Electrónico _____ Relación con el paciente _____
 Contacto de Emergencia HIPAA

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Area Postal: _____ Teléfono: casa/ celular _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo Electrónico _____ Relación con el paciente _____
 Contacto de Emergencia HIPAA

Nombre: _____ Direccion: _____

Ciudad, Estado, Area Postal: _____ Teléfono: casa/ celular _____

Teléfono del Trabajo: _____ Correo Electrónico _____ Relación con el paciente _____

Contacto de Emergencia HIPAA

NOTA: Se espera que pague su consulta el día de la cita Hacer un plan de pago previo a la visita

SI USTED TIENE CUALQUIER SEGURO MEDICO, FAVOR PRESENTE SU TARJETA EN LA RECEPCION PARA COBROS Y LABORATORIOS

Seguro Primario: _____ Esta en el programa de SF? Si No Que Nivel _____

Poliza #: _____ Grupo # _____ Fecha de nacimiento del dueño de la poliza: _____

Empleador del dueño de la poliza: _____ Número del Seguro Social: _____

Seguro Accesorio: _____ Polliza #: _____ Fecha de Nacimiento del dueño de la poliza: _____

Empleador del dueño de la poliza: _____ Número del Seguro Social: _____

Información Adicional: Correo electrónico _____ No tiene, No lo aporta Otro.

Mensaje Médico: Teléfono de la casa: Breve Extenso Celular: Breve Extenso.

Raza: Nativa US Americana o Nativa de Alaska Asiatica Nativa de Hawai Negra o afroamericana Blanca
 Multiple Otra Otra nativa del Pacifico Se rehusa a decir.

Etnia: No Latino - Hispano Latino- Hispano Se rehusa a decir.

Ubicación de las oficinas medicas: Conway Johnsonville Marion

Language Preferido: Ingles Español Otro

Requiere Traductor: Español Lenguaje de señas (incapacidad auditiva). Usar la Dirección de correo para la prescripción

Veterano de Guerra: Si No

Sin hogar: Si No En caso afirmativo: Albergue Sin domicilio fijo Temporal Habitante de la calle Otra Ignoto

Vivienda Pública: Si No

Trabajador Temporal: Si No Trabajador Migrante: Si No Estado dependiente: Dependiente de un Trabajador Migrante Dependiente de un Trabajador Temporal

Identidad de Género: Masculino Femenino Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) Otro Opta por no contestar.

Orientación Sexual Homosexual /Lesbiana Heterosexual Bisexual Algo más No sabe Opta por no contestar.

Como supo acerca de nosotros: Cartelera Familia- amigo Hospital Revista Periódico Radio Otro médico
 Directorio telefónico Televisión Internet Divulgación en la comunidad Medios de Comunicación Otro

Por la presente certifico que el ingreso señalado en las columnas posteriores, es exacto, esta actualizado y es parte de mi información y de la información del paciente (del cual soy el padre o tutor legal). Además, entiendo que mi información médica es confidencial, pero autorizo sea compartida con mi compañía de seguros, o según lo exija la ley.

Firma: _____

Fecha: _____

El gobierno necesita datos de los ingresos familiares, de esa manera podremos acceder a fondos federales. Esta información, No será compartida con nadie más. Gracias por su ayuda.

Número de miembros de la familia

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 0,000 - \$12,060 | <input type="checkbox"/> \$32,960 - \$37,139 | <input type="checkbox"/> \$43,837 - \$48,062 | <input type="checkbox"/> \$69,004- \$74,279 |
| <input type="checkbox"/> \$12,060 - \$16,039 | <input type="checkbox"/> \$37,140 - \$41,319 | <input type="checkbox"/> \$48,063 - \$54,955 | <input type="checkbox"/> \$74,280- \$82,639 |
| <input type="checkbox"/> \$16,040 - \$20,140 | <input type="checkbox"/> \$28,780 - \$32,959 | <input type="checkbox"/> \$54,956- \$57,559 | <input type="checkbox"/> \$82,640- Above |
| <input type="checkbox"/> \$20,140 - \$24,119 | <input type="checkbox"/> \$32,960 - \$34,100 | <input type="checkbox"/> \$57,560 - \$62,023 | |
| <input type="checkbox"/> \$24,120 - \$27,158 | <input type="checkbox"/> \$34,101 - \$38,276 | <input type="checkbox"/> \$62,024 - \$65,919 | |
| <input type="checkbox"/> \$27,159 - \$32,959 | <input type="checkbox"/> \$38,277 - \$43,836 | <input type="checkbox"/> \$65,920 - \$69,003 | |