

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

Date: _____

REGISTRO MODERNIZAR

MRN # _____

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: _____

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

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.

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 **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.

Cambio de seguro: Esta en el programa de SF? Si No Que Nivel _____

Seguro Primario: _____

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: _____

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 | |