



HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573
Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Rd.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1608 N. Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Rd.
Marion, SC 29571
843-423-2400
Fax: 877-322-0181

REGISTRO

Expediente #: _____

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre

Número del Seguro Social #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección (para envío de correo): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Regístrese en el portal del Paciente

Sexo al Nacer: Hombre Mujer

Identidad de Género: Hombre Mujer Otro Opta no contestar
 Hombre Trans / Mujer a hombre Mujer Trans / Hombre a mujer)

Orientation Sexual: Heterosexual Lesbiana Bisexual or Pansexual
 No Sabe Otro Opta no contestar

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Negro Afroamericano Blanco Asiático
 Nativo de Hawai Multiple Otra Raza Otro: Isleño del Pacifico Opta no contestar

Etnicidad: No-Hispano Hispano Opta no contestar

Language Preferido: Inglés Español Otro: _____ Requiere Traductor? Si No

Vivienda: Propia-Rentada Pública
 Habitante de la calle Otro: _____

Sin Hogar: Albergue Comparte vivienda Transitorio
 Habitante de la calle Otro No Sabe

Trabajador temporal: Si No

Trabajador Migrante: Si No

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

Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No Soy Estudiante

Veterano Si No

Estado Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo No Trabaja Independiente
 Retirado Desconocido Militar Activo

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Recordatorios Preferidos: Llamar a la Casa Llamar al Trabajo Llamar al Celular Mensaje de Texto
 Portal del paciente Opta por no recibir todas las comunicaciones

Clase de Recordatorios: Citas Resultados de Laboratorio Salud Preventiva Notificaciones Generales

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

Mensajes del Medico: Casa Celular Breve Detallado

Quiere usted designar a un familiar u otra persona con quien el profesional de la salud, pudiera discutir su condición 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: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Correo electrónico: _____ HIPAA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Correo electrónico: _____ HIPAA

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____

tenemos permiso de compartir información con el contacto de emergencia? Si No

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Si es menor de 18 años por favor informe el nombre de los padres o del guardian: _____

Si tiene seguro medico, porfavor presente su tarjeta en la recepcion para fines de cobro y laboratorio.

Seguro Medico Primario: _____ Dueño de la Poliza: _____

Tiene actualmente descuento? Si No Número de la Poliza #: _____ Grupo #: _____

Relación con el paciente : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ Número de seguro Social: _____

Seguro Accesorio: _____ Titular de la Poliza: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Poliza: _____ Group #: _____

Número de Grupo: _____ Empleador#: _____

Ubicación de nuestras Oficinas: Conway Johnsonville Singleton Ridge Marion

Como supo acerca de nosotros? Cartelera Familia/Amigo Hospital Medios Sociales

Radio Internet Divulgación en la comunidad TV Otro - Medico

Tamaño de la Familia (número de personas que viven en su hogar): _____

Cantidad de Ingreso Recibido: Semanal: _____ Mensual: _____ Anual: _____

TENGA EN CUENTA: Todo pago se requiere al momento de recibir cualquier atención médica; copagos, deducibles y coseguros según lo determine su compañía de seguro médico o de acuerdo a la tarifa de su programa de descuento (sliding fee). Si es necesario, haga los acuerdos de pago antes de su visita.

Yo entiendo mi información médica es confidencial, pero autorizo sea divulgada a mi compañía de seguros, o según lo exija la ley.

Firma: _____ Fecha: _____