



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

G 4 H W C B  
C W C  
F v F v

## FORMULARIO DE 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: \_\_\_\_\_  Habilitar mi 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

Orientación Sexual:  Heterosexual  Lesbiana  Bisexual or Pansexual

No Sabe  Otro  Opta no contestar

Raza:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro Afroamericano  Blanco  Más de una raza

Asiático: \_\_\_\_\_  Isleño del Pacífico: \_\_\_\_\_  Opta no contestar

Etnicidad:  Puertorriqueño  Cubano  Mexicano, Mexicano Americano/a, Chicano/a

Otro Hispano, latino/a, origen español  No otro Hispano, latino/a, origen español

No reportada/Opta no contestar

Language Preferido:  Inglés  Español Otro: \_\_\_\_\_ ¿Requiere Traductor?  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  Militar Activo

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Vivienda:  Propia ó Rentada  Pública  
 Vive en la calle  Otro: \_\_\_\_\_

Si es indigente:  Vive en Albergue  Comparte vivienda  Transitorio  
 Vive en la calle  Otro  No Sabe

Trabajador temporal:  Si  No

Trabajador Migrante:  Si  No

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

Clase de Recordatorios:  Citas  Medicación  Notificaciones Generales  Citas  
 Resultados de Laboratorio

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

Dejar Mensajes Médico:  Casa  Celular  Breve  Detallado

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

¿Nos da su autorización para 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 tutor: \_\_\_\_\_

*Si tiene seguro médico, por favor presente su tarjeta en la recepción para fines de cobro y laboratorio.*

Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_ Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

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

Relación con el paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de Poliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ubicación de nuestras Oficinas:  Conway  Johnsonville  Singleton Ridge  Marion  Brittons Neck

Cómo supo a cerca de nosotros?  Cartelera  Internet/Redes Sociales  Evento Comunitario  
 Televisión/Radio  Familia/Amigo: \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_