

# HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

843-248-4700 Fax:877-322-0181

Registro de Paciente Expediente # \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

APELLIDO

NOMBRE

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Número del seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono de la casa: Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

*Habilitar mi Portal del paciente*

### Farmacia Preferida

Farmacia de HCPSC Conway

Farmacia de HCPSC Marion

Farmacia de HCPSC Johnsonville

Otra: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Responsable:  Yo mismo  Si es menor de 18 años, por favor informe el nombre de uno de sus padres o guardián \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia 1: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Tenemos permiso de compartir información médica o psiquiátrica con el contacto de emergencia?  Si  No

Contacto de Emergencia 2: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Tenemos permiso de compartir información médica o psiquiátrica con el contacto de emergencia?  Si  No

Medio de Comunicación:  Llamar a la casa  Llamar al celular  Llamar al Trabajo  Mensaje de texto  Portal del paciente

Clase de Recordatorios:  Citas  Resultado de laboratorio  Medicación  Notificaciones Generales

Hora preferida para llamadas /Textos:  En la Mañana  En la Tarde  En la Noche

Podemos dejar información de salud personal detallada en su mensaje de voz?  Si  No  Casa  Celular

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

Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de la Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Relación con el titular del seguro médico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

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

Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Numero de la Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Relación con el titular del seguro médico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Vivienda:  Propia o Rentada  Publica  Persona sin hogar  Otra: \_\_\_\_\_

Si es persona sin Hogar:  Albergue  Vive en casa de Familiares/amigos  Transitorio  Calle  Otro

En los últimos dos años, ha trabajado usted o algún miembro de su familia en la agricultura por temporadas?  Si  No

Ha establecido usted o su familia un hogar temporal para trabajar en la agricultura?  Si  No

Ha servido usted en el ejército de los Estados Unidos?  Si  No

Estado Civil:  Soltero  Casado  Unión Libre  Legalmente Separado  Divorciado  Viudo

Lenguaje Preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Requiere Traductor?  Si  No

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

Indio Asiático  Chino  Filipino  Japones  Coreano  Vietnamita  Otro Asiático  Nativo Hawaiano

Otro Isleño del Pacífico  Guamanés o Chamorro  Samoano

Etnia:  No Hispano, Latino, No de Origen español  Mexicano, Mexicano Americano, Chicano

Hispano, Latino, o de Origen español  Puertorriqueño  Cubano  Opta por no contestar

Estatus Laboral:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Independiente  Retirado  Militar en servicio Activo  Desempleado

Estatus de Estudiante:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  No soy Estudiante

**TENGA EN CUENTA:** El pago de todos los copagos, deducibles y coaseguros, según lo dictado por su compañía de seguros o de acuerdo con la tarifa del programa de descuento (Sliding Fee), se requiere en el momento del servicio. Si es necesario, por favor haga arreglos de pago antes de su visita.

Entiendo que mi información médica es confidencial, pero autorizo su divulgación a mis compañías de seguros, o según lo requerido por la ley.

Firma del Paciente o Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Como supo acerca de nosotros?  Cartelera  Divulgación en la comunidad  Familia/Amigo  Radio/televisión

Internet / Redes Sociales  Otro: \_\_\_\_\_

Tamaño de la Familia (número de personas que viven en su hogar): \_\_\_\_\_ Actualmente con Descuento:  Si  No

Cantidad de Ingreso recibido: Semanalmente: \_\_\_\_\_ Mensualmente: \_\_\_\_\_ Anualmente: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA**

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Revisado 02/13/2025

Letra Imprenta