

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