



**¿Como se entero de Carolina Health Centers?**

**(Porfavor escoja uno de los sigentes)**

- ☐ Miembro de familia, Amigo/a, o companero de trabajo
- ☐ Periodico
- ☐ Libro telefonico
- ☐ Feria de salud o otro evento de la comunidad
- ☐ Radio
- ☐ Otro:

---

---

---



## Registro de Paciente

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_

Direccion de Paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### Informacion de Paciente

Telefono Celular: \_\_\_\_\_

Telefono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Le gustaria enlistarse a MyChart para obtener acceso a su expediente medico y recibir informacion importante?**

Si \_\_ No \_\_

Correo Electronico \_\_ Mensaje de texto \_\_

### Contacto de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

**Esta persona sera contactada si no podemos comunicarnos directamente con usted para recordarle de citas, resultados de laboratorio o ordenes medicas.**

### Persona Responsable del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

### Información del Suscriptor

Fecha de expiracion: \_\_\_\_\_

Poseedor de Tarjeta es: \_\_ Masculino \_\_ Femenino

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

Copago: \_\_\_\_\_

### Informacion de Seguro Medico

- ☐ Medicare
- ☐ Medicaid
- ☐ United Healthcare
- ☐ Blue Cross Blue Shield
- ☐ Blue Choice
- ☐ Cigna
- ☐ Other

Id de Miembro: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha vigente de aseguranza: \_\_\_\_\_

Copago: \_\_\_\_\_

**Cobertura Secundaria: SI/ NO**

Id de Miembro: \_\_\_\_\_

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_

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



### Escala Variable/ Informacion de aseguranza

**Carolina Health Centers, Inc. se compromete a eliminar las barreras que podrían limitar el acceso a recibir atención de calidad en un hogar médico de atención primaria adecuado. Un obstáculo prevalente es la falta de cobertura adecuada y/o recursos financieros insuficientes para pagar; por lo tanto, es política de Carolina Health Centers, Inc. ofrecer atención con descuento en una escala variable de tarifas a los pacientes que son elegibles según los ingresos y el tamaño de la familia. Estamos obligados a cobrar por todos los servicios. Sin embargo, los cargos pueden ajustarse de acuerdo con sus ingresos y el número de miembros de la familia.**

\_\_\_ Si me gustaría obtener una aplicación \_\_\_ No en este momento

## Demografico de paciente

Por favor seleccione una opcion por seccion. La siguiente informacion es solamente para el proposito demografico y no le afecta en su cuidado medico.

### Situacion Laboral

Tiempo Completo ☐  
Medio Tiempo ☐  
Desempleado ☐  
Estudiante ☐

### Estado Civil

Soltero/a ☐  
Casado/a ☐  
Union Libre ☐  
Separado/a ☐  
Viudo/a ☐

### Orientacion Sexual

Heterosexual ☐  
Lesbiana/ Homosexual ☐  
Bisexual ☐  
Distinto/ Diferente ☐  
No se ☐  
Opto por no Revelar ☐

### Informacion adicional

Veterano ☐  
Indigente ☐  
Trabajador Migrante ☐  
Trabajador de Temporada ☐

### Idioma Preferido

Inglés ☐  
Espanol ☐  
Frances ☐  
Otro ☐  
Traductor ☐

### Origen Etnico

Hispano Latino/ Origen Espanol ☐  
No- Hispano/ Latino ☐  
Mexicano/a ☐  
Mexicano Americano ☐  
Chicano/a ☐  
Puetro Ricano ☐  
Cubano ☐  
Otra Hispanidad ☐  
Origen Espanol ☐

### Raza

Afroamericano ☐  
Asiatico ☐  
Nativo Americano/Alaska ☐  
Nativo de Hawai/Islands del ☐  
Pacifico ☐  
Blanco ☐  
Asiatico Indio ☐  
Chino ☐  
Filipino ☐  
Japones ☐  
Samoano ☐  
Chamorro ☐  
Koreano ☐  
Vietnamita ☐

### Identidad de Genero

Masculino ☐  
Femenino ☐  
Transgenero Femenino a ☐  
Masculino ☐  
Transgenero Masculino / ☐  
Femenino ☐  
Otro/ Opto por no revelar ☐

### Genero A Nacer

Masculino ☐  
Femenino ☐

**HISTORIAL DE SALUD**

# de Exediente: \_\_\_\_\_

NOMBRE y APELLIDO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_  
y Cirugías: \_\_\_\_\_Problemas Médicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Toma Medicamentos?: \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Asiático

Alergias que usted tiene a la medicina: \_\_\_\_\_

*Síntomas Médicos: Marque todos los síntomas de que padece*

- General ☐ Uso de: Tabaco (en el pasado o presente); alcohol, cafeína o drogas' escalofríos; mareo; desmayo; fiebre; sudores; historial de cáncer; un cambio de peso; Dolores de cabeza recurrentes; anemia; transfusión de sangre; expuesto al o riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su última vacuna contra tétano? \_\_\_\_\_ ¿contra poliomio? \_\_\_\_\_ ¿Hace usted ejercicios? Si/No
- Ojos Ojos cruzados; visión doble; dolor de ojo; visión borrosa; glaucoma; ojos enrojecidos
- Oídos Dolor de oído; descarga del oído; pérdida de oído; zumbido en los oídos
- Nariz/garganta Sangramiento de la nariz; problemas con la tiroides; sinusitis; fiebre de heno; ronquera; problemas con los dientes o las encías
- Cardiovascular Dolor en el pecho; alta presión de la sangre; ritmo cardíaco irregular; circulación inadecuada; murmullos del corazón; ataque al corazón; enfermedad cardíaca; falta de aire; colesterol alto
- Respiratorio Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores nocturnos
- Gastrointestinal Falta de apetito; cambios intestinales; estreñimiento; diarrea; náusea; úlceras; sangramiento del recto; enfermedades del hígado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícula biliar; hemorroides; sangre en el excremento; excremento muy oscuro o negro
- Genitourinario Sangre en la orina; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la próstata; cálculos renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales
- Musculoesqueleto Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas ☐ Guameno
- Neurológico Confusión; lesiones en la cabeza; entumecimiento; convulsiones; desmayo; derrame cerebral; mareo o vértigo
- Psiquiátrico Ansiedad; depresión; adicción a drogas; intento de suicidio; dificultad para dormir; problemas en el matrimonio
- Endocrina Diabetes; letargo o cansancio; intolerancia al calor o frío; enfermedad de la tiroides
- Dermatosis Piel seca; cáncer de piel; llagas que no se sanan; lunares que se cambian de aparición
- Ginecológico (sólo mujeres) Fecha de su último papanicolaó: \_\_\_\_\_ último mamograma: \_\_\_\_\_ # de embarazos: \_\_\_\_\_  
# de nacimientos: \_\_\_\_\_; reglas irregulares o dolorosas; sangramiento entre reglas o después de tener relaciones. Método anticonceptivo que usa: ninguno – la pastilla anticonceptiva – condones – diafragma – ritmo – dispositivo intrauterino – inyecciones – ligadura de las trompas – vasectomía – otro
- Historia Familiar Favor de marcar las enfermedades que sus familiares tienen o han tenido: diabetes; enfermedades cardíacas; hipertensión o alta presión de sangre; cáncer; abuso de alcohol; ; derrame cerebral; asma; depresión; tuberculosis; glaucoma

Otro síntomas y/o comentarios: \_\_\_\_\_

Firma de Abastecedor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**Uptown Family Practice**  
**313 Main Street Suite A – Greenwood, SC 29646**  
**Phone: (864) 229-4446 Fax: (864) 229-8037**

**CONSENTIMIENTO BIDIRECCIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN/REGISTROS MÉDICOS:**

*Soy autor de la comunicación continua y todos mis registros (incluyendo notas de la oficina, radiografías, e informes de patología, informes de laboratorio, informes del hospital y todos los demás registros) a be compartido entre Carolina Health Centers, Inc. y la siguiente instalación nombrada:*

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

*Además, autorizo a la instalación mencionada anteriormente a comunicarse y compartir registros con Carolina Health Centers, Inc.*

---

*Conozco y renuncio específicamente a cualquier privilegio con respecto a la siguiente información que puede o no estar contenida en estos registros:*

- 1. Comunicaciones entre paciente y psiquiatra y/o psicólogo.*
- 2. Información médica sobre la dependencia o el tratamiento del alcohol y las drogas.*
- 3. Información médica sobre el estado de infección por VIH o SIDA.*

*Autorizo la divulgación de cualquier información médica, incluida la información relacionada con la atención psiquiátrica, el abuso de drogas y alcohol o la dependencia o el tratamiento y la información confidencial sobre el VIH/SIDA que se necesite para cualquier revisión de utilización o actividades de garantía de calidad. La asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito dirigida a Carolina Health Centers, Inc. o por un año, lo que ocurra primero.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Representante Personal: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Esta información ha sido revelada a usted a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por la autorización por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Fecha de Devolucion: \_\_\_\_\_



Solicitud de Tarifa Variable

Nombre	Relacion con usted	Fecha de Nacimiento	Direccion

**Debe verificar sus ingresos anualmente. Aceptamos la declaracion anual de impuestos, W-2, talons de cheques, beneficios del Seguro Social, o otras formas de ingreso que reciba seran pruebas suficiente. El ingreso anual y tamano de familia se usara para calcular su descuento.**

**\*\*NO TOMAMOS DECLARACIONES BANCARIAS\*\***

Fuente	Propio	Otro
Salario total, salarios, propinas etc.		
Ingresos de negocios o trabajo por cuenta propia		
Compensacion por desempleo, compensación de trabajadores, SSI, pagos de veteranos, pensión o ingresos de jubilacion		
Otra forma (Especificar)		
Otra forma (Especificar)		

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

**Solo para uso de oficina:**

Nivel de tarifa: _____	Ingreso anual total: _____
Fecha de aprobacion: _____	Fecha de caducidad: _____
Firma de empleado: _____	
Notas: _____	
_____	



Declaracion de Ingresos (Solicitud de Tarifa Variable)

Actualmente no tengo ningun Ingreso. Yo me encuentro: (Por Favor marque la respuesta que corresponda a usted):

- ☐ Desempleado
- ☐ Ama/o De casa o Tutor
- ☐ Jubilado sin una Pension
- ☐ Estudiante
- ☐ Otro \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Fecha de Devolucion: \_\_\_\_\_

Solicitud de Tarifa Variable

Nombre	Relacion con usted	Fecha de Nacimiento	Direccion

**Debe verificar sus ingresos anualmente. Aceptamos la declaracion anual de impuestos, W-2, talons de cheques, beneficios del Seguro Social, o otras formas de ingreso que reciba seran pruebas suficiente. El ingreso anual y tamano de familia se usara para calcular su descuento. \*\*NO TOMAMOS DECLARACIONES BANCARIAS\*\***

Fuente	Propio	Otro
Salario total, salarios, propinas etc.		
Ingresos de negocios o trabajo por cuenta propia		
Compensacion por desempleo, compensación de trabajadores, SSI, pagos de veteranos, pensión o ingresos de jubilacion		
Otra forma (Especificar)		
Otra forma (Especificar)		

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

**Solo para uso de oficina:**

Nivel de tarifa: _____	Ingreso anual total: _____
Fecha de aprobacion: _____	Fecha de caducidad: _____
Firma de empleado: _____	
Notas: _____	
_____	





313 Main Street Suite A – Greenwood, SC 29646  
Phone: (864) 229-4446 Fax: (864) 229-8037

**CONSENTIMIENTO BIDIRECCIONAL PARA LA DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN/REGISTROS MÉDICOS:**

*Soy autor de la comunicación continua y todos mis registros (incluyendo notas de la oficina, radiografías, e informes de patología, informes de laboratorio, informes del hospital y todos los demás registros) a be compartido entre Carolina Health Centers, Inc. y la siguiente instalación nombrada:*

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

*Además, autorizo a la instalación mencionada anteriormente a comunicarse y compartir registros con Carolina Health Centers, Inc.*

---

*Conozco y renuncio específicamente a cualquier privilegio con respecto a la siguiente información que puede o no estar contenida en estos registros:*

- 1. Comunicaciones entre paciente y psiquiatra y/o psicólogo.*
- 2. Información médica sobre la dependencia o el tratamiento del alcohol y las drogas.*
- 3. Información médica sobre el estado de infección por VIH o SIDA.*

*Autorizo la divulgación de cualquier información médica, incluida la información relacionada con la atención psiquiátrica, el abuso de drogas y alcohol o la dependencia o el tratamiento y la información confidencial sobre el VIH/SIDA que se necesite para cualquier revisión de utilización o actividades de garantía de calidad. La asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito dirigida a Carolina Health Centers, Inc. o por un año, lo que ocurra primero.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Representante Personal: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Esta información ha sido revelada a usted a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por la autorización por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

**HISTORIAL DE SALUD**

# de Exediente: \_\_\_\_\_

NOMBRE y APELLIDO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_  
y Cirugías: \_\_\_\_\_Problemas Médicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_¿Toma Medicamentos?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias que usted tiene a la medicina: \_\_\_\_\_

*Síntomas Médicos: Marque todos los síntomas de que padece*

- General**      Uso de: Tabaco (en el pasado o presente); alcohol, cafeína o drogas; escalofríos; mareo; desmayo; fiebre; sudores; historial de cáncer; un cambio de peso; Dolores de cabeza recurrentes; anemia; transfusión de sangre; expuesto al o riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su última vacuna contra tétano? \_\_\_\_\_ ¿contra poliomio? \_\_\_\_\_ ¿Hace usted ejercicios? Si/No
- Ojos**          Ojos cruzados; visión doble; dolor de ojo; visión borrosa; glaucoma; ojos enrojecidos
- Oídos**        Dolor de oído; descarga del oído; pérdida de oído; zumbido en los oídos
- Nariz/garganta**      Sangramiento de la nariz; problemas con la tiroides; sinusitis; fiebre de heno; rinitis; problemas con los dientes o las encías
- Cardiovascular**      Dolor en el pecho; alta presión de la sangre; ritmo cardíaco irregular; circulación inadecuada; murmullos del corazón; ataque al corazón; enfermedad cardíaca; falta de aire; colesterol alto
- Respiratorio**        Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores nocturnos
- Gastrointestinal**      Falta de apetito; cambios intestinales; estreñimiento; diarrea; náusea; úlceras; sangramiento del recto; enfermedades del hígado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícula biliar; hemorroides; sangre en el excremento; excremento muy oscuro o negro
- Genitourinario**      Sangre en la orina; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la próstata; cálculos renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales
- Musculoesqueleto**      Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas
- Neurológico**        Confusión; lesiones en la cabeza; entumecimiento; convulsiones; desmayo; derrame cerebral; mareo o vértigo
- Psiquiátrico**        Ansiedad; depresión; adicción a drogas; intento de suicidio; dificultad para dormir; problemas en el matrimonio
- Endocrina**         Diabetes; letargo o cansancio; intolerancia al calor o frío; enfermedad de la tiroides
- Dermatosis**         Piel seca; cáncer de piel; llagas que no se sanan; lunares que se cambian de aparición
- Ginecológico (sólo mujeres)**      Fecha de su último papanicolao: \_\_\_\_\_ último mamograma: \_\_\_\_\_ # de embarazos: \_\_\_\_\_  
# de nacimientos: \_\_\_\_\_; reglas irregulares o dolorosas; sangramiento entre reglas o después de tener relaciones. Método anticonceptivo que usa: ninguno – la pastilla anticonceptiva – condones – diafragma – ritmo – dispositivo intrauterino – inyecciones – ligadura de las trompas – vasectomía – otro
- Historia Familiar**      Favor de marcar las enfermedades que sus familiares tienen o han tenido: diabetes; enfermedades cardíacas; hipertensión o alta presión de sangre; cáncer; abuso de alcohol; ; derrame cerebral; asma; depresión; tuberculosis; glaucoma

Otro síntomas y/o comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de Abastecedor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Declaracion de Ingresos (Solicitud de Escala Variable)

Actualmente no tengo ningun Ingreso. Yo me encuentro: (Por Favor marque la respuesta que corresponda a usted):

- ☐ Desempleado
- ☐ Ama/o De casa o Tutor
- ☐ Jubilado sin una Pension
- ☐ Estudiante
- ☐ Otro \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_