



¿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: _____

Cuidad, 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: _____

Fecha de expiracion: _____

Numero de Telefono: _____

Poseedor de Tarjeta es: Masculino Femenino

Direccion: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cuidad, Estado, Codigo Postal: _____

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

Informacion adicional

Veterano
Indigente
Trabajador Migrante
Trabajador de Temporada

Origen Etnico

Hispano Latino/ Origen Espanol
No- Hispano/ Latino
Mexicano/a
Mexicano Americano
Chicano/a

Estado Civil

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

Idioma Preferido

Ingles
Espanol
Frances
Otro
Traductor

Puerto Rican
Cubano
Otra Hispanidad
Origen Espanol

Orientacion Sexual

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

Raza

Afroamericano
Asicatico
Native Americano/Alaska
Native de Hawai/Islas 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 _____

Alergias que usted tiene a la medicina: _____ Asiatico

Síntomas Médicos: Marque todos los síntomas de que padece

General	Uso de: Tabaco (en el pasado o presente); alcohol, cafeína o drogas' escalofrios; mareo; desmayo; fiebre; sudores; histori de cancer; un cambio de peso; Dolores de cabeza recurrentes; anemia; transfusion de sangre; expuesto al o riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su ultima vacuna contra tétano? _____ ¿contra pulomia? _____ ¿Hace usted ejercicios? Si/No		
<input type="checkbox"/>			
Ojos	Ojos cruzados; vision doble; dolor de ojo; vision 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 cardiac irregular; circulación inadecuada; murmullos del corazón; ataque al corazón; enfermedad cardiac; falta de aire; colesterol alto		
Respiratorio	Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores nocturnos		
Gastrointestinal	Falta de apetito; cambios entestinales; estreñimiento; diarrhea; nausea; úlcera; sangramiento del recto; enfermedades del hígado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícula biliar; hemorroides; sangre en el excrement; excrement muy oscuro o negreto		
Genitourinario	Sangre en las orina; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la prostate; calculus renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales		
Musculoesqueleto	Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas	Guameno	<input type="checkbox"/>
Neurológico	Confusión; lesions en las cabeza; entumecimiento; convulsions; desmayo; derrame cerebral; mareo o vértigo		
Psiquiátrico	Ansiedad; depression; adicción a drogas; intent de suicidio; dificultad para dormir; problemas en el matrimonio		
Endocrina	Diabetes; letargo o cánsancio; intolerancia al calor o frio; enfermedad de la tiroides		
Dermatosis	Piel seca; cancer de piel; ilagasque no se sanan; lunares que se cambian de aparición		
Ginecológico (sólo mujeres)	Fecha de su ultimo papanicolao: _____ ultimo mamograma: _____ # de embarazos: _____ # de nacimientos: _____; reglas irregulares o dolorosas; sangramiento entre reglas o después de tener relaciones. Método anticonceptivo que usa: ninguno – la pastille anticonceptiva – condones – diafragma – ritmo – dispositivo intrauterine – inyecciones – ligadura de las trompas – vasectomía – otro		
Historia Familiar	Favor de marcar las enfermedades que sus familiares tienen o han tendido: diabetes; enfermedades cardíacas; hypertension o alta presión de sangre; cáncer; abuso de alcohol; ; derrame cerebral; asma; depression; 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 ser 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, pension 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, pension 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 ser 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' escalofrios; mareo; desmayo; fiebre; sudores; histori de cancer; un cambio de peso; Dolores de cabeza recurrentes; anemia; transfusion de sangre; expuesto al o riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su ultima vacuna contra tétano? _____ ¿contra pulomia? _____ ¿Hace usted ejercicios? Si/No
Ojos	Ojos cruzados; vision doble; dolor de ojo; vision 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 cardiac irregular; circulación inadecuada; murmullos del corazón; ataque al corazón; enfermedad cardiac; falta de aire; colesterol alto
Respiratorio	Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores nocturnos
Gastrointestinal	Falta de apetito; cambios entestinales; estreñimiento; diarrhea; nausea; úlceras; sangramiento del recto; enfermedades del hígado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícula biliar; hemorroides; sangre en el excrement; excrement muy oscuro o negreto
Genitourinario	Sangre en las orina; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la prostate; calculus renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales
Musculoesqueleto	Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas
Neurológico	Confusión; lesiones en la cabeza; entumecimiento; convulsions; desmayo; derrame cerebral; mareo o vértigo
Psiquiátrico	Ansiedad; depression; adicción a drogas; intent de suicidio; dificultad para dormir; problemas en el matrimonio
Endocrina	Diabetes; letargo o cásnacio; intolerancia al calor o frío; enfermedad de la tiroides
Dermatosis	Piel seca; cancer de piel; ilagasque no se sanan; lunares que se cambian de aparición
Ginecológico (sólo mujeres)	Fecha de su ultimo papanicolao: _____ ultimo mamograma: _____ # de embarazos: _____ # de nacimientos: _____; reglas irregulares o dolorosas; sangramiento entre reglas o después de tener relaciones. Método anticonceptivo que usa: ninguno – la pastille anticonceptiva – condones – diafragma – ritmo – dispositivo intrauterine – inyecciones – ligadura de las trompas – vasectomía – otro
Historia Familiar	Favor de marcar las enfermedades que sus familiares tienen o han tendido: diabetes; enfermedades cardíacas; hypertension o alta presión de sangre; cáncer; abuso de alcohol; ; derrame cerebral; asma; depression; 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 _____