



¿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:



Formulario Registro del Paciente

Expediente # _____

Nombre en El Seguro Medico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de preferencia: _____ Sufijo: _____ Numero Social: _____

Dirreccion de Paciente: _____

Cuidad, Estado, y Codigo Postal del Paciente: _____

Telefono del Paciente de casa/celular: _____ Telefono del Paciente de Trabajo/Otro: _____

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ # Telefono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Relación al paciente: _____

Por favor, tenga en cuenta que esta persona se puede contactar si no podemos comunicarnos directamente con usted para recordarle de sus citas, resultados de laboratorio o de ordenes medicas.

Doctor de Cabezera

Doctor: _____

Farmacia de Preferencia

Nombre: _____

Farmacia de Pedidos por Correo

Nombre: _____

Demografico

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

Situación Laboral

- Tiempo completc
- Medio Tiempo
- Desempleado
- Estudiante

Información adicional

- Veterano
- Indigente
- Trabajador Migrante
- Trabajador de temporada

Origen Etnico

- Hispano Latino/Origen Espanol
- No-Hispano/Latino

Estado Civil

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

Raza

- Afroamericano
- Asiático
- Nativo Americano / Alaska
- Nativo de Hawaii/Islas del Pacifi
- Blanco

Orientacion Sexual

- Lesbiana/Homosexual
- Heterosexual
- Bisexual
- Distinto/Diferente
- No Se
- Opto por Revelar

Genero al Nacer

- Masculino
- Femenino

Identidad de Genero

- Masculino
- Femenino
- Transgenero de Masculio a Femenino
- Transgenero de Femenino a Masculino
- Otro
- Opto por no Revelar

Firma: _____

Fecha: _____



Informacion Financiera del Paciente

Expediente # _____

Informacion de la Escala Variable

Estamos obligados a cobrar por todos los servicios. No obstante, los cargos pueden ser ajustados de acuerdo a sus ingresos y el número de miembros de la familia.

Si me gustaria obtener una aplicac NO En este mome

Informacion Financiera

Ingreso Annual: _____

Cuantas Personas(incluyendo usted) dependen del ingreso anual: _____

Información del Seguro Medico

- Medicare
- Medicaid
- United Healthcare
- Blue Cross Blue Shield
- Blue Choice
- Cigna
- Other: _____

Poliza 1: _____

Fecha de expiracion: _____

Sexo del Poseedor de Tarjeta: ___ Masculino ___ Feme

Fecha de Nacimiento del Poseedor de Tarjeta: _____

Copago/ Monto \$ _____

Persona Responsable del Paciente

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Poliza 2: _____

Fecha de expiracion: _____

Sexo de Poseedor de Tarjeta: ___ Masculino ___ Femenino

Fecha de Nacimiento del poseedor de Tarjeta: _____

Copago / Monto \$ _____

Nuestra Compania Carolina Health Center se compromete a proporcionar asistencia medica a todos sus pacientes, Independientemente de su capacidad de pago. Aceptamos la mayoría planes de seguro medico, Medicaid y Medicare. Ofrecemos la aplicacion Escala Variable para pacientes sin aseguranza medica esta aplicacion se basa en el ingreso anual y el tamaño de familia. Para los pacientes que no califican para la Escala Varibale y no tienen seguro medico, Ofrecemos un descuento de la tarifa total el dia que recibe servicio medico .

Carolina Health Center manda la factura a su aseguranza principal y secundaria por los cargos medicos. Todos los co-pagos de su aseguranza son debidos en la fecha que recibe servicio medico. Si el paciente no paga el co-pago el dia que optiene servicio medico, pago sera exigido antes de programar una cita. En caso que el paciente no pueda realizar pago completo Podemos referir lo para nuestra oficina de Finanzas para establecer un plan de pago.

Aunque nosotros mandamos cobrar su seguro medico es Resposabilidad del paciente dar pago por sus servicios medicos, y se le mandara factura por la totalidad que no sea pagado por su aseguranza.

Opciones de Pago:

Se Acepta Efectivo, Cheques, Tarjeta de credito/Debito y Giro Postal.

Cuenta Vencidas

Una mensualidad es necesario en todas las cuentas pendientes. Si usted no a dado pago en su Balance en los ultimos 30 Dias se le puede exigir pago antes de programar una cita. Nuestro Departamento de Finanzas lo puede aconsejar en estos casos. Cuentas con balances por mas de 120 Dias Seran enviadas a una Agencia de Cobro y pago sera requerido antes de progamar una cita y un plan de pago debe ser establecido y seguido.

Al Firmar abajo acepta ser Responsable del Balance que no se pague por el seguro medico. Autoriso Carolina Health Center Inc. para que mande mi informacion medica para poder procesar mis Reclamosa la aseguranza medica y Autorizo la Asignacion de Beneficios/o Pagos directamente a Carolina Health Centers, Inc.

Firma: _____

Fecha: _____

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; histor 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; coleserol alto
- Respiratorio** Tos crónica; asma; enfisema; expectoración de sangre; pulmonía; respiración sibilante; sudores noctumos
- Gastrointestinal** Falta de apetito; cambios entestinales; estreñimiento; diarrea; nausea; úlceras; sangramiento del recto; enfermedades del higado; ictericia; hepatitis; enfermedad de la vesícala biliar; hemorroides; sangre en el excrement; excrement muy oscuro o negro
- Genitourinario** Sangre en las orina; dolor y/o ardor al orinar; dificultad para orinar; problemas con la prostate; calculus renales; enfermedad venérea; dificultades sexuales
- Musculo esqueleto** Artritis; gota; fracturas; dolor de espalda crónico; heridas
- 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 – vasectromía – otro
- Historia Familiar** Favor de marcar las enfermedades que sus familiars tienen o han tendio: diabetes; enfermedades cardíacas; hipertension 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 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.

CAROLINA HEALTH CENTERS, INC.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE LA ESCALA VARIABLE

Nombre/Apellido Paterno	Parentezco a Usted	Fecha de Nacimiento	Dirección	Ingreso	¿Verificado?

¿RECIBE USTED O ALGUIÉN EN SU HOGAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

FAVOR DE CONTESTER CADA UNO:

	Sí	No	Cantidad
Ayuda financier del Departamento de Servicios Sociales			
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)			
Ingreso de Seguro Social			
Beneficios de la Administración de Veteranos (VA)			
Otros ingresos de pensión o jubilación			
Seguro de indemnización, desempleo, indemnización por huelga			
Remuneración per entrenamiento (alojamiento y comida)			
Mantenimiento de hijos y/o pensión alimenticia			
Dinero de familiars o amigos			
Interes, dividendos, o ingresos de un fideicomiso			
Otras Fuentes de ayuda (favor de especificar)			
Pagos de alguna compañía de seguros			
Pagos recibidos de arrendatarios			

Número de familiars que viven con usted _____ Ingreso estimado del aplicante _____

Cantidad de ingreso verificada _____ Descuento concedido _____

Intervalo de actualización _____

Notas: _____

Por el presente le autorizo a Carolina Health Centers, Inc. que verifique toda la información dad arriba.
Entiendo que si hay cualquier información incorrect o engañosa, se me terminará el programa de descuento y tendré que pagar todos los honorarios.

Concedo proveer documentación como prueba de mi elegibilidad dentro de una semana. Por no cumplir con eso, tendré la responsibilidad de pagar todos los honorarios.

Firma del paciente

Firma del entrevistador

Fecha de hoy



Declaracion de Ingresos (Solicitud de Escala Variable)

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

- Desempleado
- Ama/o De casa o Tutor
- Jubilado sin una Pension
- Estudiante
- Otro _____

Firma _____ Fecha _____