



**¿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 completo
- Medio Tiempo
- Desempleado
- Estudiante

### Estado Civil

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

### Orientacion Sexual

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

### Información adicional

- Veterano
- Indigente
- Trabajador Migrante
- Trabajador de temporada

### Genero al Nacer

- Masculino
- Femenino

### Origen Etnico

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

### Raza

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

### Identidad de Genero

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

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

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

<p style="text-align: center;"><b><u>Informacion de la Escala Variable</u></b></p> <p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Si me gustaria obtener una aplicacion <input type="checkbox"/> NO En este momento</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Informacion Financiera</u></b></p> <p>Ingreso Annual: _____</p> <p>Cuantas Personas(incluyendo usted) dependen del ingreso anual: _____</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>Información del Seguro Medico</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> United Healthcare</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Choice</p> <p><input type="checkbox"/> Cigna</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Persona Responsable del Paciente</u></b></p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de teléfono: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal: _____</p>
<p>Poliza 1: _____</p> <p>Fecha de expiracion: _____</p> <p>Sexo del Poseedor de Tarjeta: ___ Masculino ___ Femenino</p> <p>Fecha de Nacimiento del Poseedor de Tarjeta: _____</p> <p>Copago/ Monto \$ _____</p>	<p>Poliza 2: _____</p> <p>Fecha de expiracion: _____</p> <p>Sexo de Poseedor de Tarjeta: ___ Masculino ___ Femenino</p> <p>Fecha de Nacimiento del poseedor de Tarjeta: _____</p> <p>Copago / Monto \$ _____</p>
<p style="text-align: center;">Nuestra Compania Carolina Health Center se compromete a proporcionar asistencia medica a todos sus pacientes, Independientemente de su capacidad de pago. Aceptamos la mayoria 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 día que recibe servicio medico .</p> <p>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 día 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.</p> <p style="text-align: center;">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.</p>	
<p><b>Opciones de Pago:</b></p> <p>Se Acepta Efectivo, Cheques, Tarjeta de credito/Debito y Giro Postal.</p> <p><b>Cuenta Vencidas</b></p> <p>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.</p>	
<p style="text-align: center;">Al Firmar abajo acepta ser Responsable del Balance que no se page 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.</p>	
<p>Firma: _____ Fecha: _____</p>	

# 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 riesgo del SIDA; ¿Cuándo fue su última vacuna contra tétano? \_\_\_\_\_ ¿contra poliomia? \_\_\_\_\_ ¿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 las orinas; 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**        Fecha de su último papanicolaó: \_\_\_\_\_ último mamograma: \_\_\_\_\_ # de embarazos: \_\_\_\_\_  
(sólo mujeres)      # 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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



313 Main Street Suite B – Greenwood, SC 29646  
Phone: (864) 388-0301 Fax: (864) 388-0648

**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	Parentesco 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 familiares 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 familiares 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 responsabilidad 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 \_\_\_\_\_