



Información del Paciente

(Por favor use letra de imprenta)

Nombre Completo Legal: Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre Nombre Preferido: Sexo Masculino Femenino Origen étnico: Hispano/Latino No Hispano/No Latino Me rehúso/Me niego

Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año Completo # de SS:

Médico de Atención Primaria: Nombre de su Farmacia Preferida: Número de Teléfono: Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente Legalmente Separado Raza: Caucásico (blanco) Indio Americano Afro- Americano (negro) Hispano Biracial Asiático Oriental Otro Desconocido Domicilio: Ciudad: Estado: CP: Dirección Postal: Ciudad: Estado: CP: Condado: Tel. de Casa: Tel. Celular: Idioma Preferido: Correo electrónico: Veterano: Sí No Desconocido Religión:

Información del Fiador (Si el fiador es Usted Mismo, pase a la sección de Contacto de Emergencia) El padre/tutor que se presente para el tratamiento de un menor será considerado como el fiador. Nombre: Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre Relación del paciente con el fiador: Fecha de Nacimiento: # de SS: Tel. de Casa: Tel. Celular: Domicilio: Ciudad: Estado: CP: País: Dirección Postal (si es diferente): Ciudad: Estado: CP: País: Contacto de Emergencia (Los pacientes pediátricos favor de nombrar a alguien que no sean los padres/tutor)

Contacto Primario Nombre: Tel de Casa: Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia Nombre del Contacto Secundario: Tel. Celular: Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia Tel. Celular:

Empleo Empleador del Paciente: Tel. del Trabajo: Ext: Dirección: Ciudad: Estado: CP:

Situación Laboral: Tiempo Completo Medio Tiempo Negocio propio Militar Activo Estudiante tiempo completo Estudiante medio tiempo Fecha de Retiro Discapacitado No Empleado Desconocido

(Solo Pacientes Pediátricos) Información de Padres/Tutor y Familia Inmediata Madre (Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same") Nombre Completo: Apodo: Fecha de Nacimiento: Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

de SS: Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año Completo Domicilio: Ciudad: Estado: CP: (si es diferente que la del paciente) Tel. de Casa: Tel. Celular: Empleador: Tel. del Trabajo: Ext:

Padre Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same") Nombre Completo: Apodo: Fecha de Nacimiento: Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

de SS: Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año Completo Domicilio: Ciudad: Estado: CP: (si es diferente que la del paciente) Tel. de Casa: Tel. Celular: Empleador: Tel. del Trabajo: Ext:



Información del Paciente

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

(Solo para Pacientes Pediátricos) Hermanos, Hermanas y Otros Miembros de la Familia

Table with 5 columns: Nombre Completo, M o F, Fecha de Nacimiento, Relación, and Vive con el Niño (Sí/No). It contains four empty rows for data entry.

Marque aquí si no tiene seguro. Y pase a la sección de Autorización (abajo).

Información del Accidente

¿Es la visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.) [] Sí [] No
Tipo de Accidente: _____ Fecha del Accidente: _____ Condado del Accidente: _____

Información del Seguro Primario

Suscriptor: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor: _____ Sexo: [] Masculino [] Femenino
Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: _____ # de SS#: _____
Ciudad, Estado, CP: _____ Tel. de Casa: _____
Empleador: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext. _____
Nombre de la Co. De Seguros: _____ Teléfono: _____
de Poliza/Certificado: _____ No. de Grupo: _____ Fecha de Vigencia: _____

Estado del Suscriptor: [] Tiempo Completo [] Medio Tiempo [] Negocio propio [] Militar Activo [] Estudiante tiempo completo
[] Estudiante medio tiempo [] Fecha de Retiro _____ [] Discapacitado [] No Empleado

Información del Seguro Secundario

SUSCRIPTOR: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta _____ Fecha de Nacimiento _____
Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor: _____ Sexo: [] Masculino [] Femenino
Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: _____ # de SS#: _____
Ciudad, Estado, CP: _____ Tel. de Casa: _____
Empleador: _____ Tel. del Trabajo: _____ Ext. _____
Nombre de la Co. De Seguros: _____ Teléfono: _____
de Poliza/Certificado: _____ No. de Grupo: _____ Fecha de Vigencia: _____

Estado del Suscriptor: [] Tiempo Completo [] Medio Tiempo [] Negocio propio [] Militar Activo [] Estudiante tiempo completo
[] Estudiante medio tiempo [] Fecha de Retiro _____ [] Discapacitado [] No Empleado

Autorización

Yo autorizo que se lleve a cabo una evaluación y tratamiento médico, y a la liberación de información para fines médicos/del seguro con respecto a mi enfermedad y tratamiento. Por medio de la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros al Greenville Health System por los servicios prestados. Yo seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.

Firma del Paciente/Tutor/Fiador: _____ Fecha: _____



Patient Medical/Surgical History Questionnaire

Name _____ Date of Birth: _____ Today's Date _____

Referred By _____

Reason for Visit _____

Allergies (None) _____

Pharmacy: _____ Phone: _____

OB-Gyn History

Date of last menstrual period _____

Age at first period _____

How often do you have a period? _____

Days of flow _____

Number of pads/tampons used on heaviest day _____

Pain or cramps Y N

Do you ever miss school/work because of your period Y N

Sexually active Y N

Method of birth control _____

Abnormal Paps Y N

New or changing lump in the breast Y N

Deliveries

Number of times pregnant _____

Number of miscarriages/abortions _____

DATE	WEEKS	WT OF BABY	TYPE DELIVERY	COMPLICATIONS

Surgeries (List every surgery and date)

Medicamentos, Alergias e Inmunizaciones

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac: _____

Por favor Traiga Todos sus Medicamentos a su Visita

Medicamentos Recetados – Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente

Nombre y Dosis	Recetado por:	Con qué frecuencia lo toma	Fecha de Inicio
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____
11	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____

Medicamentos No-Recetados – Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente

Nombre y Dosis	Recetado por:	Con qué frecuencia lo toma	Fecha de Inicio
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____
11	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____

Farmacia Actual

Nombre y Lugar _____ Número Telefónico _____

Preferida _____

Otra _____



Fecha de Hoy _____ Nombre del Paciente _____ Fecha de Nac. _____

Alergias – Enumere todas las alergias o reacciones inusuales que tenga a medicamentos, alimentos, medios de contraste, productos de látex y otros agentes.

Alergia	Reacción
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____

Enumere cualquier reacción a picaduras o mordeduras de insectos _____

Inmunizaciones de Adultos – Marque la casilla que está al lado, o enumere todas las inmunizaciones que ha recibido incluyendo la fecha más reciente en que las recibió.

	Fecha Recibida	Otras	Fecha Recibida
<input type="radio"/> Tétanos	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Gripe	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Neumonía	_____	_____	_____
<input type="radio"/> VPH	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Hepatitis B	_____	_____	_____

Evaluaciones – Enumere la fecha más reciente y el doctor que realizó las siguientes evaluaciones:

	Fecha	Nombre de Doctor/Consultorio/Instalaciones
Examen Físico Completo	_____	_____
Panel Completo de Laboratorio	_____	_____
Evaluación de Colesterol (Lípidos)	_____	_____
Rayos-X de Tórax	_____	_____
Prueba de Esfuerzo en una Caminadora	_____	_____
Otras Pruebas del Corazón	_____	_____
Colonoscopia	_____	_____
Mamografía	_____	_____
Densidad Ósea	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____



Fecha de Hoy _____ Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Historial Quirúrgico y de Hospitalizaciones – Enumere todos las hospitalizaciones y operaciones que haya tenido.

Razón de la Hospitalización/Cirugía – Todos	Año
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
6 _____	_____
7 _____	_____
8 _____	_____
9 _____	_____
10 _____	_____

Sí No ¿Tuvo algún problema con la anestesia? Si es así, por favor descríballo.

Historial Social

- Sí No ¿Usted fuma o usa productos de tabaco actualmente? Si es así, ¿Cuántos al día? _____
- Sí No ¿Ha fumado o usado productos de tabaco en el pasado? Si es así, ¿Cuántos al día? _____
- ¿Hace cuántos años que fumó por última vez? _____
- Sí No ¿Toma bebidas con cafeína? Si es así, ¿qué tipo, qué tan a menudo, cuánto? _____
- Sí No ¿Toma alcohol? Si es así, ¿qué tipo, qué tan a menudo, cuánto? _____
- Sí No ¿Hace usted ejercicio regularmente? Si es así, ¿qué tipo? _____
- qué tan a menudo, y por cuánto tiempo? _____

Historial Médico Familiar – A continuación, marque la casilla junto a cualquier padecimiento que haya afectado a cualquier miembro de su familia cercana (padres, hermanos, hermanas), escriba su relación y la edad que tenían cuando inició el padecimiento.

	Relación	Edad de inicio
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	_____	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	_____	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	_____	_____
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	_____	_____
<input type="checkbox"/> Migrañas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sangrado/Coágulos sanguíneos	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alergias	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asma	_____	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	_____	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico/mental	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer - tipo:	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro:	_____	_____



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SERÁ UTILIZADA POR TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD DEL GREENVILLE HEALTH SYSTEM, A MENOS QUE SEA REVOCADA O MODIFICADA POR ESCRITO POR EL PACIENTE.

Nombre del Paciente (LETRA DE IMPRENTA) _____

Fecha De Nacimiento _____

(Sólo para uso de la oficina)
Expediente # _____

Autorización para la Divulgación de Información Médica: La privacidad de su información médica es importante. Nosotros discutiremos su condición médica con la persona(s) que usted designe.

¿QUIERE DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON EL CUAL EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES ASÍ, ¿A QUIÉN? (Marque y complete una)

Los siguientes familiares u otros individuos pueden recibir información acerca de mi condición médica:
Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido(s) _____

O

Cualquier miembro de la familia u otro individuo que pregunte sobre mi condición médica puede recibir información de mi proveedor, EXCEPTO los siguientes individuos: *Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido(s)* _____

Usted puede revocar/cancelar o modificar/cambiar la designación de arriba, pero la revocación o modificación debe hacerse por escrito.

NOTA: Esta designación no le da a los individuos arriba mencionados el derecho de tomar decisiones por usted sobre su cuidado de salud. Si en algún momento usted no puede dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento, seguiremos el procedimiento establecido en la Ley de Consentimiento para Cuidados de Salud para Adultos de Carolina del Sur.

Comunicación Confidencial: Por favor proporcione el número(s) de teléfono donde lo podamos localizar:

Hogar: _____ Trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Otro: _____

Mensajes: Podemos dejar un mensaje para pedirle que nos regrese la llamada en la siguiente contestadora o correo de voz: *(Marque todas las que correspondan)*

Hogar Trabajo Teléfono Celular No autorizo

Yo autorizo a que dejen mi información médica en la siguiente contestadora o correo de voz: *(Marque todas las que correspondan)*

Hogar Trabajo Teléfono Celular No autorizo

Si no podemos comunicarnos con usted o dejar un mensaje en el número(s) telefónico(s) arriba mencionado(s), por favor indique con quién le podemos dejar un mensaje para pedirle que usted nos llame.

Nombre _____ Número Telefónico _____

Nombre _____ Número Telefónico _____

Nota: Un sistema automatizado para recordar citas podría llamar al número que aparece en nuestra base de datos.

Firma: Por la presente autorizo la divulgación de mi condición e información médica como se describe anteriormente.

Firma del Paciente/ Representante del Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en Letra de IMPRENTA (si usted es el Representante del Paciente): _____

Relación con el Paciente (si usted es el Representante del Paciente): _____

GHS Representative: _____ Date: _____ Time: _____
Form Create Date: December 30, 2013

FINANCIAL POLICY (POLÍTICA FINANCIERA)

Favor de leer esta política financiera cuidadosamente. Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta política, cualquier miembro de nuestro personal con gusto le atenderá.

Las siguientes son las condiciones para los servicios prestados al paciente por el Greenville Health System, GHS Partners in Health, y las diferentes entidades y proveedores afiliados a ellos, refiriéndonos a cada uno, individual y colectivamente como Greenville Health System o GHS.

Pago por el Servicio: Cada oficina le informará de las cantidades de co-pagos y deducibles al momento de su llegada o su salida. Esta cantidad debe ser pagada al momento del servicio. Como una cortesía para usted, nosotros enviaremos la información a su seguro médico si usted nos proporciona una copia actualizada de su tarjeta del seguro. Nosotros requerimos que Ud. pague su deducible, co-pago, y/o cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro.

Método de Pago: Usted puede pagar su cuenta con dinero en efectivo, cheque personal, ciertas tarjetas de crédito, o tarjeta de débito.

Cheques Devueltos: Una cuota de \$25.00 por servicio será agregada a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes.

Expedir Recetas sin Cita: Puede agregársele una cuota de \$15.00 cada vez que usted solicite que se le vuelva a surtir una receta sin cita.

Receta Médica sin Cita: Una cuota de \$25.00 podría cobrársele por recetas nuevas que sean enviadas por vía telefónica.

Completar Formularios Médicos: Podría cobrársele una cuota por completar formularios tales como de discapacidad, exámenes físicos para campamentos, etc.

Copias de Expedientes Médicos: Podría cobrársele una cuota por completar este proceso; SC Sec. 44-7-325 para Centros de Atención Médica

- \$.65 por página por las primeras 30 páginas
- \$.50 por página por todas las demás páginas
- El cargo administrativo no excederá de \$25.00
- Más los gastos de envío

No Asistir a sus Citas: Una cuota de \$25.00 por visita de seguimiento y \$50.00 por una visita de nuevo paciente o procedimiento de endoscopia se le podrá cobrar por todas las citas a las que no asista y que no sean canceladas por lo menos 24 horas antes de la hora de su cita. Usted es responsable del pago de esta cuota ya que los planes de seguro no cubren estos cargos. Usted puede notificar a nuestra oficina de cualquier cancelación llamando durante horas hábiles.

Pago por Servicios Proporcionados por Ciertos Proveedores: Si usted obtiene servicios de laboratorio y/o diagnóstico por parte de proveedores no pertenecientes a esta oficina, o que pertenezcan a otros consultorios que operan como GHS University Medical Group, ese proveedor de servicios, podría facturarle un cobro separadamente. Esto incluye servicios proporcionados por el Greenville Health System.

Política de Cobro: Las cuentas atrasadas serán enviadas a una agencia de cobros. Nosotros le informaremos sobre su estado de cuenta en su factura. Si usted no puede pagar su saldo puntualmente, favor de llamarnos al 864-454-2000 o 1-888-284-6024 para hacer arreglos de pago. Nosotros trataremos de comunicarnos con usted por carta antes que su cuenta sea enviada a una agencia de cobros.

Preguntas: Estamos aquí para ayudar si usted tiene cualquier pregunta con respecto a su cuenta o su seguro.