



**Formulario de registro de pacientes**

**MGC Magnolia Plastic Surgery**

Por favor, imprimir o escribir de manera legible

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Estado civil: S C V S D V

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Seguridad Social#: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio (si es diferente a la dirección postal) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Lengua materna \_\_\_\_\_

**Raza:** [ ] Blanco/caucásico [ ] Negro/Afroamericano [ ] Nativo hawaiano [ ] Indio americano/Nativo de Alaska [ ] Asiático/Indio del este [ ] No disponible/Desconocido [ ] Negó proporcionar

Puede elegir razas múltiples

**Etnia:** [ ] Hispano/Latino [ ] No Hispano/Latino [ ] Rehúsa declarar

Número de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador/escuela: \_\_\_\_\_ estudiante: FT \_\_\_\_\_ PT \_\_\_\_\_ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Es esta visita para: Cosmético Reconstructiva Lesión Otro—especifique por favor: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Le gustaría recibir ofertas especiales por correo electrónico de Magnolia Plastic Surgery?: SI NO

Lesión laboral: Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_ Tipo de la lesión \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL GARANTE (persona que tiene la responsabilidad financiera cualquier saldo del paciente)**

[ ] Marque aquí si el garante y el paciente son la misma persona

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Seguridad Social#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de preferencia: casa celular trabajo

Empleador/escuela: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

LA PERSONA O PERSONAS ABAJO SERÁN CONTACTADAS EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia 1 \_\_\_\_\_

Nombre Apellido Teléfono

Contacto de emergencia 2 \_\_\_\_\_

Nombre Apellido Teléfono

**Gracias por elegir a Spartanburg Regional Healthcare System para satisfacer sus necesidades del cuidado de la salud**

**INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO** (sírvese a proporcionar copias de todas las tarjetas de seguros médicas)

Nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_ Número de certificado \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Monto de Copago \_\_\_\_\_ Efectivo Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (persona que lleva el seguro)** [ ] *Marque aquí si es el mismo paciente*

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

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Seguridad Social#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador/escuela: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO** (sírvese a proporcionar copias de todas las tarjetas de seguros médicas)

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ Número de certificado \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Monto de Copago \_\_\_\_\_ Efectivo Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (persona que lleva el seguro)** [ ] *Marque aquí si es el mismo paciente*

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

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador/escuela: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA FINANCIERA**

Esta información es para aclarar a los pacientes de Medical Group of the Carolinas con respecto a asuntos de seguros, copagos, deducibles y montos de coseguros, debido al tiempo de servicio. Physician Group Practices tienen una obligación con varios planes de cuidados médicos para aplicar los deducibles o cobrar los copagos antes de proporcionar los servicios.

**Copagos:** Al llegar a su cita, se le solicitará que pague su copago

**Deducible y coseguro:** A su ingreso o egreso, se le solicitará que pague el deducible o coseguro que pueda aplicar a su visita a la clínica

**Saldos anteriores:** Usted deberá pagar los saldos anteriores o saldos enviados a cobranza antes de su visita a la clínica. Si usted no puede pagar el saldo completo, es posible que le soliciten establecer un plan de pagos. Puede configurar este plan con nuestra oficina o comunicarse con Physicians Billing Service al 1-877-596-2455. Physicians Billing Service es el servicio de facturación de Medical Group of the Carolinas y gustosamente atenderá sus preguntas sobre cualquier duda de facturación

**FAVOR DE FIRMAR LA CONFIRMACIÓN DE LECTURA A CONTINUACIÓN**

Acepto que la información demográfica y del seguro correspondiente al paciente que aparece en este formulario de inscripción es verdadera y exacta. También reconozco que al firmar este formulario, autorizo el pago de prestaciones médicas para el médico que firma abajo o el proveedor de servicios descritos. También he leído la política financiera anterior de Medical Group of the Carolinas y estoy de acuerdo con los términos de la política.

Paciente Firma \_\_\_\_\_ Padre o tutor Firma: \_\_\_\_\_

**Gracias por elegir a Spartanburg Regional Healthcare System para satisfacer sus necesidades del cuidado de la salud**

Paciente Nombre \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE INDICAR SU MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE HIPAA**

¿De qué manera preferiría que se comuniquen con usted respecto a citas, tratamiento u otra información relacionada con su atención médica, o pago de la misma, proporcionada en nuestra en la red de Medical Group of the Carolinas?

Pueden contactarme por Cualquier método. Si no "Cualquier Método" por favor elegir Preferencias de contacto Restringidas.

**Preferencias de contacto Restringidas**  Teléfono en Casa  Celular  Trabajo  Correo  Correo electrónico

¿Podemos dejarle un mensaje en su contestadora?  Sí  No

¿De la preferencia o preferencias seleccionadas arriba, cuál es su método preferido de contacto, o cómo le gustaría ser contactado por primera vez?

Casa  Celular  Trabajo  Correo  Correo electrónico  Mensajería Segura

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE HIPAA (POR FAVOR ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES)**

**DELEGADOS DE HIPAA**

**OPCIÓN 1: ESTAS ELECCIONES ESTARÁN EN VIGOR PARA TODAS LAS UBICACIONES DE MGC**

Autorizo a las siguientes personas a continuación para que reciban toda la información de salud sobre citas, tratamiento u otra información relacionada con mi atención médica o pago de mi atención médica proporcionada en la red de Medical Group of the Carolinas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DELEGADOS DE HIPAA**

**OPCIÓN 2: ESTAS ELECCIONES ESTARÁN EN VIGOR PARA TODAS LAS UBICACIONES DE MGC**

No autorizo la divulgación de ninguna información a ninguna de las partes excepto a mí en mi papel de paciente o tutor legal, excepto en el caso de una emergencia. En caso de emergencia puede comunicarse con las personas mencionadas abajo

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Salida del paciente menor de edad**

**OPCIÓN 3: SALIDA DEL PACIENTE MENOR DE EDAD: ESTAS ELECCIONES ESTARÁN EN VIGOR PARA TODAS LAS UBICACIONES DE MGC**

Yo autorizo a la(s) persona(s) siguiente(s) para autorizar tratamientos médicos en mi ausencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**FIRME Y COLOQUE LA FECHA A CONTINUACIÓN**

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_