



Formulario de registro de pacientes

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 a 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:

[Si es un menor de edad] Nombre del padre del niño(a) Nombre de la madre del niño(a)

[Si el paciente es un menor de edad] y los padres están legalmente separados o divorciados por favor completar lo siguiente:

¿Cuál padre tiene custodia legal del menor?

¿Cuál padre tiene la responsabilidad financiera de los gastos médicos del menor después del seguro?

Por favor, proporcione una copia de la documentación legal dónde se establece que el padre responsable de los gastos médicos debe ser incluidos en el expediente médico del paciente.

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

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: _____ Teléfono de preferencia: 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 red regional de médicos?

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 Mensajería Segura

¿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. En caso de emergencia puede comunicarse con mis contactos de emergencia nombrados abajo.

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. Tomar en cuenta los siguientes contactos solo para emergencias

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 _____