

CARESOUTH CAROLINA INC.

FORMA DE INSCRIPCION DE SERVICIOS DE SALUD

Información de Paciente

PRIMER NOMBRE		APELLIDO		2do NOMBRE	
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
SEXO	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL #	PREFERENCIA DE PRONOMBRE <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella	LA ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	RAZA (MARCA TODOS LOS QUE SE APLICAN) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/afro americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido: _____	
FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION DE CORREO				
PADRE/GUARDIÁN INFORMACIÓN (si paciente tiene menos de 18 años):			PERSONA RESPONSABLE POR LA CUENTA		
NOMBRE		RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	
TIPO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	#1 NUMERO DE TELEFONO	TIPO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	#2 NUMERO DE TELEFONO	METODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono de Trabajo	
VIVIENDA ¿Tiene un lugar regular para quedarse por la noche? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Vive en una vivienda publica (Sección 8)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		TRABAJADOR MIGRANTE O TEMPORERO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Otro _____
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA			RELACIÓN		TELEFONO
ESTADO MILITAR <input type="checkbox"/> Militar activo actual <input type="checkbox"/> Ningún servicio militar previo		¿Alguna vez ha servido en el ejército? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Inscripción de electores: ¿le gustaría registrarse para votar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya registrado/a	
Orientación Sexual : <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> Elija no responder					
Preferencia de Género : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> genderqueer <input type="checkbox"/> Adicional vender <input type="checkbox"/> Elija no responder					
En los últimos dos años ha trabajado usted o un miembro de la familia en agricultura (trabajo agrícola)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Ha dejado de migrar usted o un miembro de la familia para trabajo de agricultura (trabajo agrícola) debido a una incapacidad o vejez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
En los últimos dos años ha establecido usted o un miembro de la familia una casa temporal para trabajar en la agricultura (trabajo agrícola)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿En los últimos dos años ha trabajado usted o un miembro de la familia en la agricultura (trabajo agrícola) de manera estacional sin necesidad de establecer un hogar temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

Seguro de Salud

PRIMER SEGURO DE SALUD	# de ID de SEGURO de SALUD	# de TELEFONO DE SEGURO
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR
SEGUNDO SEGURO DE SALUD	# de ID de SEGURO de SALUD	# de TELEFONO DE SEGURO
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR

NO tengo seguro de salud \*\*\*\*Si usted está cubierto por algún seguro, usted está obligado a proveer información \*\*\*\*

Ingreso de familia mensual \$ \_\_\_\_\_ # de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Esto puede ayudar a determinar la elegibilidad para servicios con descuento a través de nuestro escalo de pago.

autorización

Al firmar al final de este documento en el fondo de la página 2:

- Por la presente autorizo al personal de CareSouth Carolina Inc. (y a quienquiera que designen) a proporcionar atención médica, de telesalud, de emergencia y atención hospitalaria de tal tratamiento que puede incluir/pero no se limita a: la evaluación de la salud, el diagnóstico, el tratamiento médico social servicios, y/o salud mental y detección de drogas y alcohol, evaluación, diagnóstico y tratamiento como se encuentra necesario. También autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones y promover la continuidad de la atención con otros servicios de salud y habilitación. Autorizo el pago que se le hace a CareSouth Carolina, Inc.

autorización

Al firmar al final de este documento en el fondo de la página 2: (Continuación de la página anterior)

- Entiendo que mi firma es también un reconocimiento que he recibido y revisado las pautas de CareSouth Carolina con respecto al programa de E-prescribir. Al firmar, usted está de acuerdo en inscribirse y permitir que CareSouth Carolina solicite y use su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o pagadores de terceros de beneficios de farmacia. Sin embargo, yo puedo optar de no estar inscrito en el programa de prescripción electrónica al marcar la casilla de abajo.

Yo elijo de no estar inscrito en el programa de prescripción electronica de CareSouth Carolina

Estoy dispuesto a hacer un compromiso con mi salud. Yo elijo CareSouth Carolina como mi hogar de cuidado de la salud y será un participante activo en mi cuidado de la salud: voy a hablar cuando no entiendo, compartir información precisa y

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

**¿DESEA DESIGNAR A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA O OTRA PERSONA CON QUIEN EL PROVEEDOR PUEDE DISCUTIR SU CONDICION MEDICA (O LA DE SU HIJO/A)? SI ES ASI, ¿A QUIEN?**

No, no deseo autorizar a ninguna otra persona que no sea yo para obtener información sobre mi información de salud protegida (o de mi hijo/a). Me niego. En el caso de un niño menor, nadie que no sea yo pueda llevar a mi hijo/a a una cita. (pase a la siguiente sección.)

Sí, me gustaría designar a otra persona para que pueda recibir información sobre mi información de salud protegida (o de mi hijo/a). En el caso de un niño menor de edad, doy permiso a CareSouth Carolina para que proporcione tratamiento médico a mi hijo cuando sea traído para una cita por las personas de abajo. (si es así, usted debe completar la casilla de abajo)

**A petición mía, autorizo a la persona listada abajo para obtener información con respecto a mi información de salud protegida (o de mi hijo/a). En el caso de un niño menor de edad, autorizo el tratamiento médico que se le da a mi hijo cuando esta traído por la persona nombrada. Por favor, ponga sus iniciales al lado de las líneas de cómo desea que su información de salud protegida sea divulgada. En el caso de un niño menor de edad, se requiere al menos la primera línea.**

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso para revelar y discutir información concerniente a mi (o a mi hijo), incluyendo: diagnóstico, tratamiento, resultados de las pruebas, medicamentos y costos a la persona que se menciona a continuación.

\_\_\_\_\_ Doy mi permiso para permitir que los expedientes míos (o de mi hijo/a), referentes a mi diagnosis, tratamiento, resultados de las pruebas, medicaciones y los costes, sean firmados por y divulgados a la persona nombrada abajo.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	NUMERO DE TELEFONO
1.			
2.			

**Nota: este consentimiento continuará hasta que usted indique por escrito del contrario o hasta que complete una nueva forma de comunicación confidencial/designación de HIPAA.**

<b>PROVEEDOR DE CARESOUTH QUE YO HE ELIGIDO:</b> _____
<b>NOMBRE DE FARMACIA:</b> (por favor complete la seccion de abajo)
Gracias por elegir a CareSouth Carolina por su necesidades medicos. Sus medicamentos seran enviados a la farmacia comunitaria de CareSouth despues de su cita en la oficina. ¿De que ubicacion de CareSouth te gustaría recoger tu prescripción? _____ <input type="checkbox"/> Me gustaria usar una farmacia diferente, _____ en la ciudad de _____.

**Al firmar abajo, consiento a todas las secciones anteriores, a menos que se indique lo contrario como rechazado.**

<b>Firma de Paciente/Guardian</b>	<b>Escribir Nombre de Paciente/Guardian Legal</b>	<b>Relacion</b>	<b>Fecha</b>
<b>Witness</b>	<b>Date</b>	<b>Reviewed by</b>	<b>Date:</b>
<b>Sliding Fee Scale Information:</b> %	<b>Category</b> _____	<b>Date</b> _____	

Comunicaciones Confidenciales y Designación de HIPAA

Farmacia & Proveedor Medico

El Consentimiento