



CARE SOUTH CAROLINA INC.
FORMA DE INSCRIPCION DE SERVICIOS DE SALUD

Información de Paciente

PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ 2do NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

DIRECCION DE CORREO _____

SEXO _____ PREFERENCIA DE PRONOMBRE Él Ella NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL # _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

LA ETNICIDAD Hispano No-Hispano

RAZA (MARCA TODOS LOS QUE SE APLICAN) Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Negro/afro americano Hispano
 Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico Blanco/caucásico Otro/Desconocido

PADRE/GUARDIÁN INFORMACIÓN (si paciente tiene menos de 18 años)

Nombre _____ Relación _____ Fecha De Nacimiento _____

PERSON RESPONSIBLE FOR BILL Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____

#1 NUMERO DE TELEFONO _____ TIPO Casa Trabajo Celular #2 NUMERO DE TELEFONO _____ TIPO Casa Trabajo Celular

METODO DE CONTACTO PREFERIDO Carta Teléfono de Casa Celular Teléfono de Trabajo

VIVIENDA ¿Tiene un lugar regular para quedarse por la noche? Si No Vive en una vivienda publica (Sección 8)? Si No

TRABAJADOR MIGRANTE O TEMPORERO? Si No

MARITAL STATUS Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Casado/a Otro _____ CUAL ES SU PRIMER IDIOMA? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Nombre _____ Relación _____ Telefono _____

ESTADO MILITAR Militar activo actual Ningún servicio militar previo ¿Alguna vez ha servido en el ejército? Si No

INSCRIPCIÓN DE ELECTORES ¿le gustaría registrarse para votar? Si No Ya registrado/a

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual Lesbiana o homosexual Bisexual Otro No Sabe Elija no responder

PREFERENCIA DE GÉNERO: Masculino Femenino Transgénero Masculino/Mujer-a-Hombre Transgénero Femenino/Hombre-a-Mujer Otro Elija no responder

En los últimos dos años ha trabajado usted o un miembro de la familia en agricultura (trabajo agrícola)? Si No

Ha dejado de migrar usted o un miembro de la familia para trabajo de agricultura (trabajo agrícola) debido a una incapacidad o vejez? Si 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)? Si 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? Si No

Seguro de Salud

PRIMER SEGURO DE SALUD

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

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.
- Entiendo que mi firma es también un acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad de CareSouth Carolina. Al firmar, reconozco que he recibido y/o revisado una copia de la notificación de prácticas de privacidad de CareSouth Carolina.
(continúa en la página siguiente)

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Autorización (Continuación de la página anterior)

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 electrónica 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 completa con mi equipo de atención médica, educarme en mi salud y participar activamente en estar sano.

Comunicaciones Confidenciales y Designación de HIPPA

¿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.

Farmacia & Proveedor Medico

PROVEEDOR DE CARESOUTH QUE YO HE ELIGIDO: _____

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? **NOMBRE DE FARMACIA:** _____

Me gustaria usar una farmacia diferente, _____ en la ciudad de _____

El Consentimiento

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

Firma de Paciente/Guardian _____ Fecha _____

Escribir Nombre de Paciente/Guardian Legal _____ Relacion _____

Witness _____ Date _____

Reviewed by _____ Date _____ Sliding Fee Scale Information: _____ % Category: _____ Date: _____