

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE) (Please print) (por favor escriba en letra de molde)

Full Legal Name: Nombre Completo Legal _____ Preferred Name: _____
 Last (Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Nombre Preferido
 Date of Birth: Mes ____ Día ____ Año Completo _____ SS#: _____ Sex: Male Female
 Fecha de nacimiento Month/Day/Complete Year Número de Seguro Social Sexo Masculino Femenino
 Primary Care Physician: _____ Phone Number: (número de teléfono) _____
 Médico de Cabecera
 Preferred Pharmacy Name: (Nombre de la Farmacia que Prefiere) _____
 Marital Status: Single Married Divorced Widowed Life Partner Legally Separated
 Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Compañero de Vida Legalmente Separado
 Race: Caucasian (white) American Indian African American (black) Hispanic Hispanic/Latino/Hispano/Latino
 Raza Caucásico/blanco Indio Americano Afro-Americano(negro) Hispano Non-Hispanic/Non-Latino/
 Biracial Asian Oriental Other Unknown Refused/Declined/Rehuso/Declino'
 Desconocido
 Home Address (Domicilio): _____ City(Cuidad) _____ State(Estado) _____ Zip(CP) _____
 Mail to Address (Dirección de Correo): _____ City(Cuidad) _____ State(Estado) _____ Zip(CP) _____
 County (Condado): _____ Primary Phone: Tel. Principal () _____ Secondary Phone: Tel Secundario () _____
 Preferred language (lenguage Preferido): _____ E-mail (Correo electrónico): _____
 Veteran (Veterano): Yes (Si) No Unknown Religion (Relección): _____

GUARANTOR INFORMATION (If guarantor is SELF complete SECTION I only)
 INFORMACIÓN DEL FIADOR (Si el fiador es USTED MISMO complete solo la SECCIÓN I)

Parent/guardian presenting minor child for treatment will be listed as the guarantor. If 18 or older, patient will be listed as guarantor and does not have to complete this section. The guarantor will be responsible for any balance due.
 Padre/tutor que se presente para el tratamiento de un menor será considerado como el fiador. Si el paciente es mayor de 18 años será considerado como el fiador y no tendrá que completar esta sección. El fiador será responsable de cualquier saldo a pagar.

Name (Nombre): _____ Patient relation to Guarantor (Relación del paciente con el fiador): _____
 Last(Apellido/s) First(Primer Nombre) Middle(Segundo Nombre) Primary Phone (Tel. Principal): () _____
 Date of Birth: _____ SS#: _____ Secondary Phone (Tel. Secundario): () _____
 Fecha de Nacimiento # de Seguro Social
 Home Address (Domicilio): _____ (City) _____ (State) _____ (Zip) _____ (Country)
 Mail to Address (if different): _____ (City) _____ (State) _____ (Zip) _____ (Country)
 (Dirección de Correo [si es diferente]): _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (CP) _____ (Condado)

EMERGENCY CONTACT (Pediatric Patients please list someone other than parent(s)/guardian)

CONTACTO DE EMERGENCIA (Los Pacientes Pediátricos favor de nombrar a otra persona que no sea el padre(s)/tutor)

Primary Contact Name (Nombre del Contacto Principal): _____ Primary Phone (Tel. Principal): () _____
 Patient Relation to Emergency Contact (Relación del Paciente con el Contacto): _____
 Secondary Contact Name (Nombre del Contacto Secundario): _____ Primary Phone (Tel. Principal): () _____
 Patient Relation to Emergency Contact (Relación del Contacto con el Paciente): _____ Secondary Phone (Tel. Secundario): () _____

SECTION I SECCIÓN I

Patient Employer (Empleador del Paciente): _____ Work Phone (Número del Trabajo): () _____ Ext: _____
 Address (Dirección): _____ (City/Cuidad) _____ (State/Estado) _____ (Zip/CP) _____
 Employment Status (Estado Laboral): full-time (tiempo completo) part-time (medio tiempo) active military (militar activo) student full time (estudiante de tiempo completo)
 student part-time (estudiante de medio tiempo) retired (retirado) disabled (discapacitado) self employed (negocio propic) not employed (sin empleo) unknown (Desconocido)

(Pediatric Patients ONLY) PARENT/GUARDIAN & IMMEDIATE FAMILY INFORMATION (SOLO Pacientes Pediátricos PADRE/TUTOR E INFORMACIÓN DE LA FAMILIA INMEDIATA)

MOTHER (If the address, phone numbers and employer information is the same as guarantor, please indicate same.)

MADRE (Si la dirección, tel. y empleador son iguales al fiador escriba "same")
 Full Name (Nombre Completo): _____ Nickname (Apodo): _____
 Last(Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle(segundo Nombre) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
 SS# (# de Seguro Social): _____ Month (Mes) / Day (Día) / Complete Year (Año Completo)
 Home Address (Domicilio): _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/CP _____
 (if different from patient/si es diferente al del paciente)
 Primary Phone (Tel. Principal): () _____ Secondary Phone (Tel Secundario): () _____
 Employer (Empleador): _____ Work Phone /Tel del Trabajo () _____ Ext _____

FATHER (If the address, phone numbers and employer information is the same as guarantor, please indicate same.)

PADRE (Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que la del fiador, escriba "same")
 Full Name (Nombre Completo): _____ Nickname (Apodo): _____
 Last(Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle(segundo Nombre) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
 SS# (# de Seguro Social): _____ Month (Mes) / Day (Día) / Complete Year (Año Completo)
 Home Address (Domicilio): _____ City/Ciudad _____ State/Estado _____ Zip/CP _____
 (if different from patient/si es diferente al del paciente)
 Primary Phone (Tel. Principal): () _____ Secondary Phone (Tel Secundario): () _____
 Employer (Empleador): _____ Work Phone /Tel del Trabajo () _____ Ext _____

Patient Name (Nombre del Paciente)			DOB (Fecha de Nacimiento)		
(Pediatric Patients ONLY) BROTHERS, SISTERS, & OTHER FAMILY MEMBERS (SOLO Pacientes Pediátricos) HERMANOS, HERMANAS, & OTROS FAMILIARES					
Full Name (Nombre Completo)		Sex (Sexo) M or F	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Relationship (Relación)	
				Lives with child (Vive con el niño)	
				YES(SI) NO	
				YES(SI) NO	
				YES(SI) NO	
				YES(SI) NO	
<input type="checkbox"/> Check here if NO INSURANCE. Skip to SECTION I <input type="checkbox"/> (Marque aquí si NO tiene SEGURO. Pase a la SECCIÓN I)					
ACCIDENT INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES)					
Is visit the result of an accident? (Examples: auto accident, workers compensation, etc.)				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
¿Es esta visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.)				Sí NO	
Type of accident (Tipo de Accidente):		Date of Accident (Fecha del Accidente):		County of accident (Condado del accidente):	
PRIMARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION II only) INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (Si USTED es el suscriptor, complete la SECCIÓN II)					
SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)					
Subscriber's Name on card (Nombre del suscriptor en la tarjeta):			Date of Birth (Fecha de Nacimiento):		
			Month(Mes)/Day(Día)/Complete Year(Año Completo)		
Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor):			Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
If address and phone number is same as patient, please indicate same.					
Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"					
Address (Dirección):			SS# (# de Seguro Social):		
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP):			Primary Phone (Número Principal): ()		
Employer (Empleador):			Work Phone (Número del trabajo): () EXT: _____		
SECTION II			SECCIÓN II		
Insurance Co. Name (Nombre de la Compañía de seguros):			Phone (Teléfono): ()		
CERT# (# de Certificado):		Group No (# de Grupo):		Effective Date (Fecha de Vigencia):	
Subscriber Status (Estado del Suscriptor): <input type="checkbox"/> full-time (tiempo completo) <input type="checkbox"/> part-time (medio tiempo) <input type="checkbox"/> active military (militar activo)			<input type="checkbox"/> student full time (estudiante de tiempo completo)		
<input type="checkbox"/> student part-time (estudiante de medio tiempo) <input type="checkbox"/> retired (retirado) date (fecha)			<input type="checkbox"/> disabled (discapacitado) <input type="checkbox"/> self employed (negocio propio) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)		
SECONDARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION III only)					
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (Si el suscriptor es USTED MISMO complete solamente la SECCIÓN III)					
SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)					
Subscriber's Name on card (Nombre del suscriptor en la tarjeta):			Date of Birth (Fecha de Nacimiento):		
			Month(Mes)/Day(Día)/Complete Year(Año Completo)		
Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor):			Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
If address and phone number is same as patient, please indicate same.					
Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"					
Address (Dirección):			SS# (# de Seguro Social):		
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP):			Primary Phone (Número Principal): ()		
Employer (Empleador):			Work Phone (Número del trabajo): () EXT: _____		
SECTION III			SECCIÓN III		
Insurance Co. Name (Nombre de la Compañía de seguros):			Phone (Teléfono): ()		
CERT# (# de Certificado):		Group No (# de Grupo):		Effective Date (Fecha de Vigencia):	
Subscriber Status (Estado del Suscriptor): <input type="checkbox"/> full-time (tiempo completo) <input type="checkbox"/> part-time (medio tiempo) <input type="checkbox"/> active military (militar activo)			<input type="checkbox"/> student full time (estudiante de tiempo completo)		
<input type="checkbox"/> student part-time (estudiante de medio tiempo) <input type="checkbox"/> retired (retirado) <input type="checkbox"/> disabled (discapacitado)			<input type="checkbox"/> self employed (negocio propio) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)		
SECTION IV			SECCIÓN IV		
AUTHORIZATION			AUTORIZACIÓN		
I authorize medical evaluation & treatment, and release of information for insurance/medical purpose concerning my illness and treatment. I hereby authorize payment from my insurance company to the Greenville Hospital System for services rendered. I will be responsible for any amount not covered by my insurance.					
Yo autorizo una evaluación médica & tratamiento, y la divulgación de información con el propósito de seguro/médico concernientes a mi enfermedad.					
Signature of Patient/Guardian/Guarantor: _____			Date(Fecha): _____		
Firma del Paciente/Tutor/Fiador					

DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION

Patient Full Name (PRINT) _____ DOB _____

Disclosure of Medical Information: Your medical information and communication of that information is essential to your care. We prefer to speak directly with each patient but we understand that other individuals or family members may have knowledge of and be assisting in your care. Please list the individuals who we are authorized to discuss your care with. (NOTE: We can not discuss your care with others, including spouses or other family members living with you, unless they are listed below.)

<u>Name of Person</u>	<u>Relationship to Patient</u>
_____	_____
_____	_____

Confidential Communication: Communication between this practice and you, the patient, is critical to your health. Please list the phone number(s) where we can reach you.

Home: _____ Work: _____
 Cell phone: _____ Other: _____

If we are unsuccessful at reaching you at the above phone numbers, please list others who we can contact to get a message to you to call our office. *An automated appointment reminder system will call your home number listed in our data base.*

<u>Name of Person</u>	<u>Phone Number</u>	<u>Relationship to Patient</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Messages: A request for return calls may be left on the following answering machine or voice mail (*check all that apply*)

At home At work On my cell phone I do not authorize

I authorize any medical information regarding myself to be left on the following answering machine or voice mail (*Check all that apply*) At home At work On my cell phone I do not authorize

Signatures: I hereby authorize the use or disclosure of the personal health information as described above.

Patient/Personal Representative Signature: _____ Date: _____

PRINT Name of Personal Representative: _____

Relationship of Representative to Patient: _____

GHS UMG Representative: _____ Date: _____

Note: This restriction applies only to care provided by the Greenville Hospital System University Medical Group practice identified in the upper left hand corner of this form. Other providers involved in your treatment may require you to complete a separate request for restriction. Either you or UMG may terminate this restriction by completing the following.

The below signature is to be used if you would like to make the above information terminate on a certain date.

This agreement is terminated as of _____ Signature _____ (Date) _____