

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

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

Full Legal Name, Preferred Name, Date of Birth, SS#, Sex, Primary Care Physician, Preferred Pharmacy Name, Phone Number, Marital Status, Ethnicity, Race, Home Address, Mail to Address, County, Preferred language, Veteran, Religion.

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. Name, Date of Birth, SS#, Home Address, Mail to Address, Patient relation to Guarantor, Primary Phone, Secondary Phone.

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, Patient Relation to Emergency Contact, Primary Phone, Secondary Phone, Secondary Contact Name, Patient Relation to Emergency Contact, Primary Phone, Secondary Phone.

SECTION I SECCIÓN I

Patient Employer, Address, Employment Status, (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, Nickname, Date of Birth, SS#, Home Address, Primary Phone, Secondary Phone, Employer, Work Phone, 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, Nickname, Date of Birth, SS#, Home Address, Primary Phone, Secondary Phone, Employer, Work Phone, 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			
<i>Full Name (Nombre Completo)</i>	<i>Sex (Sexo) M or F</i>	<i>Date of Birth (Fecha de Nacimiento)</i>	<i>Relationship (Relación)</i>
			<i>Lives with child (Vive con el niño)</i>
			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	
<i>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</i> <i>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</i>			
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	
<i>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</i> <i>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</i>			
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 Health 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): _____	
<i>Firma del Paciente/Tutor/Fiador</i>			

**Greenville Health System
University Medical Group*
POLÍTICA FINANCIERA**

Nombre del Paciente(con letra de imprenta) _____ Fecha de Nacimiento _____

Favor de leer esta política financiera cuidadosamente. Si Ud. Tiene alguna pregunta acerca de esta política, cualquier miembro de nuestro personal con gusto le atenderá.

Las siguientes son las condiciones para los servicios prestados por el Greenville Health System, GHS Partners in Health, y las diferentes entidades y proveedores afiliados a ellos, cada uno se refiere individualmente y colectivamente como Greenville Hospital System University Medical Group, o GHS UMG para el paciente cuyo nombre aparece a continuación.

Pago por el Servicio: Nuestra oficina le informará al momento de su salida la cantidad que usted debe. Esta cantidad debe ser pagada al momento del servicio. Como una cortesía para usted, nosotros enviaremos la demanda a su seguro médico si usted nos proporciona una copia actualizada de su tarjeta de seguro. Nosotros requerimos que Ud. pague su deducible, co-pago, y/o cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro.

Método de Pago: Usted puede pagar su cuenta con dinero en efectivo, cheque personal, ciertas tarjetas de crédito, o tarjeta de débito.

Cheques Devueltos: Una cuota adicional de \$25.00 por servicio será agregada a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes.

Expedición de Recetas sin Cita: Una cuota de \$15.00 por incidencia será agregada cada vez que usted solicite que se le expida una nueva receta sin cita.

Receta Médica sin Cita: Una cuota de \$25.00 le será agregada por recetas nuevas que sean ordenadas vía telefónica.

Completar Formularios Médicos: Se le podrá cobrar por completar formularios tales como de incapacidad, exámenes físicos, etc.

Copias de Expedientes Médicos: Se le podrá cobrar por completar este proceso; SC Sec. 44-7-325 para Centros de Servicios Médicos

- \$.65 por página por las primeras 30 páginas
- \$.50 por página por todas las demás páginas
- La cuota administrativa no excederá de \$15.00
- Mas los gastos de envío

No Asistir a sus Citas: Una cuota de \$25.00 por visita de revisión y \$50.00 por visita de nuevo paciente se le podrá cobrar por todas las citas a las que no asista y que no sean canceladas por lo menos 24 horas antes de la hora de su cita. Usted es responsable del pago de esta cuota, ya que los planes de seguro no cubren estos cargos. Usted puede notificar a nuestra oficina de cualquier cancelación llamando al número arriba anotado durante horas normales de oficina.

Pago por Servicios Proporcionados por Ciertos Proveedores no Pertenecientes al-UMG: Si usted obtiene servicios y/o diagnóstico por parte de proveedores no pertenecientes a esta oficina o que pertenezcan a otros consultorios que negocien como GHS University Medical Group, se le podrá enviar un cobro separado por este proveedor de servicios. Esto incluye servicios proporcionados por el Greenville Hospital System.

Política de Cobro de Facturas: Las cuentas atrasadas serán enviadas a una agencia de recaudación. Nosotros le informaremos en su estado de cuenta si esto ocurre. Si usted no puede pagar su saldo puntualmente, favor de llamarnos al 864-454-2000 o 1-888-284-6024 para llegar a un acuerdo. Nosotros trataremos de comunicarnos con usted por carta antes que su cuenta sea enviada a la agencia de recaudación.

Preguntas: Estamos aquí para ayudar si usted tiene cualquier pregunta con respecto a su cuenta o su seguro.

Firmas: He leído y entendido estas políticas financieras.

Firma del Paciente/Representante Personal: _____ Fecha: _____

Escribir CON LETRA DE MOLDE el Nombre del Representante Personal: _____

Relación del Representante con el Paciente: _____

GHS UMG Representative/Title: _____ Date: _____



LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO SERÁ UTILIZADA POR TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD DEL GREENVILLE HEALTH SYSTEM, A MENOS QUE SEA REVOCADA O MODIFICADA POR ESCRITO POR EL PACIENTE.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre Completo del Paciente (LETRA DE IMPRENTA) _____

Expediente # _____ Fecha De Nacimiento _____

Autorización para la Divulgación de Información Médica: La privacidad de su información médica es importante. Nosotros discutiremos su condición médica con la persona(s) que usted designe.

¿QUIERE DESIGNAR A UN MIEMBRO DE SU FAMILIA U OTRO INDIVIDUO CON EL CUAL EL PROVEEDOR PUEDA DISCUTIR SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES ASÍ, ¿A QUIÉN? (Marque y complete una)

Los siguientes familiares u otros individuos pueden recibir información acerca de mi condición médica: Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido(s) _____

O

Cualquier miembro de la familia u otro individuo que pregunte sobre mi condición médica puede recibir información de mi proveedor, EXCEPTO los siguientes individuos: Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido(s) _____

Usted puede revocar/cancelar o modificar/cambiar la designación de arriba, pero la revocación o modificación debe hacerse por escrito.

NOTA: Esta designación no le da a los individuos arriba mencionados el derecho de tomar decisiones por usted sobre su cuidado de salud. Si en algún momento usted no puede dar su consentimiento para el cuidado o tratamiento, seguiremos el procedimiento establecido en la Ley de Consentimiento para Cuidados de Salud para Adultos de Carolina del Sur.

Comunicación Confidencial: Por favor proporcione el número(s) de teléfono donde lo podamos localizar:

Hogar: _____ Trabajo: _____ Teléfono celular: _____ Otro: _____

Mensajes: Podemos dejar un mensaje para pedirle que nos regrese la llamada en la siguiente contestadora o correo de voz: (Marque todas las que correspondan)

Hogar Trabajo Teléfono Celular No autorizo

Yo autorizo a que dejen mi información médica en la siguiente contestadora o correo de voz: (Marque todas las que correspondan)

Hogar Trabajo Teléfono Celular No autorizo

Si no podemos comunicarnos con usted o dejar un mensaje en el número(s) telefónico(s) arriba mencionado(s), por favor indique con quién le podemos dejar un mensaje para pedirle que usted nos llame.

Nombre _____ Número Telefónico _____

Nombre _____ Número Telefónico _____

Nota: Un sistema automatizado para recordar citas podría llamar al número que aparece en nuestra base de datos.

Firma: Por la presente autorizo la divulgación de mi condición e información médica como se describe anteriormente.

Firma del Paciente/ Representante del Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en Letra de IMPRENTA (si usted es el Representante del Paciente): _____

Relación con el Paciente (si usted es el Representante del Paciente): _____

GHS Representative: _____ Date: _____ Time: _____