

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

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

GUARANTOR INFORMATION (If guarantor is SELF complete SECTION I only)
INFORMACION DEL FIADOR (Si el fiador es USTED MISMO complete solo la SECCION 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) Last (Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Patient relation to Guarantor (Relación del paciente con el fiador)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento) SS# (Número de Seguro Social) Primary Phone (Tel. Principal) ()
Home Address (Domicilio) (City) (State) (Zip) (Country)
Mail to Address (if different) (Dirección de Correo [si es diferente]) (City) (State) (Zip) (Country)

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

SECTION I SECCIÓN I

Patient Employer (Empleador del Paciente): Work Phone (Número del Trabajo): () Ext: ()
Address (Dirección): (City/Ciudad) (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 (discapachado) self employed (negocio propio) 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) Last (Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle (segundo Nombre) Nickname (Apodo)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento) Month (Mes) / Day (Dia) / Complete Year (Año Completo)
SS# (Número de Seguro Social)
Home Address (Domicilio) (if different from patient/si es diferente al del paciente) City/Ciudad State/Estado Zip/CP
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) Last (Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle (segundo Nombre) Nickname (Apodo)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento) Month (Mes) / Day (Dia) / Complete Year (Año Completo)
SS# (Número de Seguro Social)
Home Address (Domicilio) (if different from patient/si es diferente al del paciente) City/Ciudad State/Estado Zip/CP
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 |

Check here if NO INSURANCE. Skip to SECTION I Marque aqui 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.) YES NO
¿Es esta visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.) Si 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(Dia)/Complete Year(Año Completo)

Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor) _____ Sex (Sexo) M 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): 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) date (fecha) disabled (discapacitado) self employed (negocio propio) not employed (sin empleo) 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(Dia)/Complete Year(Año Completo)

Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor) _____ Sex (Sexo) M 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): 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 propio) not employed (sin empleo) 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): _____
Firma del Paciente/Tutor/Flador



Children's Hospital
Greenville Health System

PEDIATRIC UROLOGY FIRST OFFICE VISIT
PRIMERA VISITA A UROLOGÍA PEDIÁTRICA

Patient Name: _____ D.O.B: _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)
Person Completing Form _____ DATE/FECHA _____
(Persona Completando el formulario):

Why is your child coming to see us today?/(¿Por qué viene a vernos hoy su niño?) _____

Your Child's Past Medical History/ (Historial Médico de su Niño):

Please tell us about any other medical problem(s) your child has had./(Por favor díganos sobre algún otro problema(s) que ha tenido su niño): _____

Please tell us about any surgical procedure(s) your child has had/ (Por favor díganos sobre algún procedimiento(s) quirúrgico(s) que ha tenido su niño): _____

Please tell us about any hospitalization(s) your child has had/ (Por favor díganos sobre alguna hospitalización que ha tenido su niño): _____

Any Allergies? NO YES, please list: _____
(¿Alguna Alergia? NO SI, por favor anótela)
Current medications: NONE YES, please list: _____
(Medicamentos actuales NINGUNO SI, por favor anótelos)

Your Child's Social History/ (Historia Social de su Niño)

Who does your child normally live with? _____
(¿Con quién vive su niño normalmente?)
Any recent changes in living situation? _____
(¿Algún cambio reciente en la situación en que vive?)
Does your child attend day care? _____
¿Asiste su niño a una guardería?

Your Child's Family History/(Historia Familiar de su Niño):

Please tell us about any **MEDICAL PROBLEMS** other family members have:
(Por favor díganos sobre cualquier **PROBLEMA MÉDICO** que tengan otros familiares):

Father/Padre: _____
Mother/Madre: _____
Brother(s)/Hermano(s): _____
Sister(s)/ Hermana(s) _____
Mom's Father: _____ Dad's Father: _____
(Padre de la Madre): (Padre del Padre):
Mom's Mother: _____ Dad's Mother: _____
Madre de la Madre: (Madre del Padre):



PEDIATRIC UROLOGY FIRST OFFICE VISIT PRIMERA VISITA A UROLOGÍA PEDIÁTRICA

Review of Systems/(Revisión de Sistemas):

In addition to the problem we are seeing your child for today, what other problems does he/she have currently?
/(Además de los problemas actuales de su hijo, ¿qué otros síntomas tiene?)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Overall healthy Saludable en general <input type="checkbox"/> Unexpected weight gain/loss Aumento/disminución de peso inesperado <input type="checkbox"/> Growth problems Problemas de crecimiento <input type="checkbox"/> Vision problems Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Recurrent ear infections Infecciones de oído recurrentes <input type="checkbox"/> Loss of hearing Pérdida auditiva <input type="checkbox"/> Nose bleeds Hemorragias nasales <input type="checkbox"/> Recent sore throat Dolor de garganta reciente <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Irregular heart beat Ritmo cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Heart murmur Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Other heart problems Otros problemas del corazón <input type="checkbox"/> Difficulty breathing Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Recent cough Tos reciente <input type="checkbox"/> Shortness of breath Respiración entrecortada <input type="checkbox"/> Other lung problems Otros problemas de los pulmones <input type="checkbox"/> Anemia Anemia | <input type="checkbox"/> Abdominal pain Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Abdominal swelling Inflamación abdominal <input type="checkbox"/> Constipation Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrhea Diarrea <input type="checkbox"/> Difficult urination Dificultad para orinar <input type="checkbox"/> Pain with urination Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Blood in urine Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Cloudy or dark urine Orina turbia u oscura <input type="checkbox"/> Frequent urination Orina frecuentemente <input type="checkbox"/> Urge to urinate Urgencia para orinar <input type="checkbox"/> Daytime wetting Se moja de día <input type="checkbox"/> Bedwetting Moja la cama <input type="checkbox"/> Discharge from penis/vagina Flujo del pene/vagina <input type="checkbox"/> Weakness or tenderness in arms/legs Debilidad o dolor en brazos/piernas <input type="checkbox"/> Joint pain or swelling Dolor o hinchazón en las articulaciones <input type="checkbox"/> Tingling/numbness in legs/arms Hormigueo/entumecimiento en piernas/brazos <input type="checkbox"/> Bleeding tendency Tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> Skin rash Ronchas en la piel <input type="checkbox"/> Easy bruising Le salen moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Unusual Scar formation Formación de cicatrices poco comunes <input type="checkbox"/> Seasonal allergies Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Runny nose Escurrimiento de la nariz <input type="checkbox"/> Increased thirst Aumento de sed <input type="checkbox"/> Change in appetite Cambio de apetito <input type="checkbox"/> Change in menstrual periods Cambio en los períodos menstruales <input type="checkbox"/> Headaches Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Seizures Convulsiones <input type="checkbox"/> Fainting spells Episodios de desmayo <input type="checkbox"/> Change in behavior Cambio de comportamiento <input type="checkbox"/> Extreme mood swings Cambios bruscos de estado de ánimo <input type="checkbox"/> Emotional problems Problemas emocionales |
|---|---|---|

Is there anything else you would like to tell us about your child? _____
(¿Hay algo más que quisiera decirnos sobre su hijo?)

Greenville Hospital System
University Medical Group*
POLÍTICA FINANCIERA



GREENVILLE
HEALTH SYSTEM

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 Hospital 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 podría 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: _____

11-19-10

Fecha: _____



Estimados Padres:

El proveedor de cuidados de salud de su hijo(a) nos ha pedido que evaluemos sus problemas de la vejiga. Antes de que determinemos lo que está causando los problemas de su hijo(a) y empecemos un plan de tratamiento, debemos tener un diario de micción (de las veces que orina). Este diario nos ayuda a entender el funcionamiento de la vejiga de su hijo(a) y nos ayuda a diagnosticar lo que está causando sus problemas. **Si no completa este diario antes de la cita, se retrasará el tratamiento del problema de su hijo(a).**

CÓMO OBTENER UN DIARIO DE MICCIÓN

Paso 1: Elija un día para empezar el diario. Este debe de ser un día que usted y su hijo(a) permanezcan en casa todo el día.

- Usted necesitará algo para medir la orina. Puede usar una taza para medir grande (Wal-Mart/Dollar Stores son buenos lugares para encontrar una). En el consultorio del pediatra de su hijo(a) podrían tener algo para ayudarle a medir la orina diariamente.

Paso 2: Escriba el nombre y fecha de nacimiento de su hijo(a) en cada página.

Paso 3: Cada vez que su hijo(a) orine, usted debe escribir la fecha, la hora, la cantidad de orina en onzas o mililitros, y cualquier comentario que usted tenga (por ej. Si se moja o si le duele al orinar). Incluya las horas en que su hijo se mojó la ropa en vez de orinar en el inodoro.

- Debe llenar el diario por un período completo de 24 horas, incluyendo las veces que moje la cama.
- Debe escribir cada vez que su hijo(a) orine o trate de orinar.
- **NO** le recuerde a su hijo(a) que orine los días que esté llenando el diario. Este debe ser un registro de cómo orina su hijo(a) sin que nadie le diga que lo haga.

Paso 4: Repita el proceso 2 días más. Estos días no necesitan ser continuos. **Por ejemplo:** usted puede llenar el diario en tres sábados, o en dos sábados y un domingo.

Paso 5: Traiga el diario completo a nuestro consultorio antes de la cita o envíelo por fax al 864-241-9200.

Si estas opciones no son posibles, usted **DEBE** traer el diario el día de la cita.

Esperamos conocerlo a usted y a su hijo(a) pronto. Por favor no dude en llamarnos si tiene preguntas, o para ayudarle a obtener el diario de micción. El número de nuestro consultorio es 864-454-5135.

Urología Pediátrica
200 Patewood Drive – Suite A115
Greenville, SC 29615



Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

| EJEMPLO DE DIARIO DE MICCIÓN | | | |
|------------------------------|---------|--------------------|------------------------|
| Fecha | Hora | CANTIDAD | Comentarios |
| 1-7-12 | 9:00am | 4 oz. | Mojó la cama |
| 1-7-12 | 1:30pm | 6 oz. | Ropa interior húmeda |
| 1-7-12 | 2:30pm | 2 oz. | Ropa interior seca |
| 1-7-12 | 5:30pm | 3 oz. | Dijo que le dolía |
| 1-7-12 | 9:00am | 5 oz. | Ropa interior húmeda |
| 1-10-12 | 8:30am | 5 oz. | Seco toda la noche |
| 1-10-12 | 11:30pm | 7 oz. | Ropa interior mojada |
| 1-10-12 | 4:30pm | 9 oz. | Corrió al baño |
| 1-10-12 | 8:00pm | 3 oz. | Ropa interior seca |
| 1-14-12 | 9:30am | 5 oz. | Mojó la cama |
| 1-14-12 | 2:30pm | 8 oz. | Ropa interior mojada |
| 1-14-12 | 2:45pm | Gotas | |
| 1-14-12 | 3:30pm | No pudo hacer pipí | Empapa la ropa después |
| 1-14-12 | 6:00pm | 5 oz. | |
| 1-14-12 | 8:00pm | 7 oz. | |

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA**

**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.**

Nombre del Paciente (LETRA DE IMPRENTA) _____

Fecha De Nacimiento _____

(Sólo para uso de la oficina)

Expediente # _____

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: _____

Form Create Date: December 30, 2013