

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  Ethnicity/Etnicidad:  
 Raza Caucásico/blanco Indio Americano Afro-Americano (negro) Hispano  Hispanic/Latino/Hispano/Latino   
 Biracial  Asian Oriental  Other  Unknown  Non-Hispanic/Non-Latino/   
 Biracial Asiático Oriental Otro Desconocido Refused/Declined/Rehusado/Declino'   
 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 (lenguaje 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 \_\_\_\_\_

<b>Patient Name (Nombre del Paciente)</b>			<b>DOB (Fecha de Nacimiento)</b>		
<b>(Pediatric Patients ONLY) BROTHERS, SISTERS, &amp; OTHER FAMILY MEMBERS (SOLO Pacientes Pediátricos) HERMANOS, HERMANAS, &amp; OTROS FAMILIARES</b>					
<b>Full Name (Nombre Completo)</b>		<b>Sex (Sexo) M or F</b>	<b>Date of Birth (Fecha de Nacimiento)</b>	<b>Relationship (Relación)</b>	
				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)					
<b>ACCIDENT INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES)</b>					
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):	
<b>PRIMARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION II only) INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (Si USTED es el suscriptor, complete la SECCIÓN II)</b>					
<b>SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)</b>					
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		
<b>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</b>					
<b>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</b>					
Address (Dirección):			SS# (# de Seguro Social):		
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP):			Primary Phone (Número Principal): ( )		
Employer (Empleador):			Work Phone (Número del trabajo): ( ) EXT: _____		
<b>SECTION II</b>			<b>SECCIÓN II</b>		
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)		
<b>SECONDARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION III only)</b>					
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (Si el suscriptor es USTED MISMO complete solamente la SECCIÓN III)</b>					
<b>SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)</b>					
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		
<b>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</b>					
<b>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</b>					
Address (Dirección):			SS# (# de Seguro Social):		
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP):			Primary Phone (Número Principal): ( )		
Employer (Empleador):			Work Phone (Número del trabajo): ( ) EXT: _____		
<b>SECTION III</b>			<b>SECCIÓN III</b>		
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 propic) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)		
<b>SECTION IV</b>			<b>SECCIÓN IV</b>		
<b>AUTHORIZATION</b>			<b>AUTORIZACIÓN</b>		
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					

**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 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: \_\_\_\_\_

Form Create Date: December 30, 2013

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**CUESTIONARIO SOBRE EL DOLOR Y PROBLEMAS**

FECHA

Cuál es la razón principal de su visita de hoy al consultorio (queja principal):  Derecho  Izquierdo

¿Le han hecho algo de lo siguiente (en relación a este problema)?  MRI  rayos X  CT  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaron sus síntomas por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado presente este problema? \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años

Como empezó esto:  Gradualmente  Repentinamente  Después de una Lesión  No es Conocido el Mecanismo de la Lesión  Relacionado al Trabajo  Lesionado en el Trabajo  Accidente de Vehículo Motorizado

Por favor provea la fecha de la lesión o accidente: \_\_\_\_\_

Describe la lesión o accidente: \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo el número que describa su dolor **en este momento** (por el problema específico que tiene hoy)



Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

Mi dolor está  No controlado satisfactoriamente  Controlado satisfactoriamente

El dolor es (calidad):  Agudo  Punzante  Sordo  Adolorido  Ardor  Pulsante  Otro:

El dolor es (duración):  Constante  Va y viene (Intermitente)

¿Se mueve su dolor a algún otro lugar?  No  Sí; ¿adónde?

¿Hay algunos síntomas asociados?  Hinchazón  Entumecimiento  Hormigueo  Debilidad  Rigidez  Inmovilidad  Sensación de roce  Inestabilidad  Otro:

Desde que empezó su problema, está:  Mejorando  Empeorando  Sin Cambios

¿Qué hace mejorar sus síntomas?  Descanso  Calor  Hielo  Elevación  Medicamento (vea abajo)  Otro:

¿Qué hace empeorar sus síntomas?  Actividad  Ejercicio  Trabajo  Arrodillarse  Doblarse  En cuclillas  Encorvarse  Escaleras  Colinas  Correr  Caminar  Sentarse prolongadamente  Otro:

Su dolor o problema interfiere con cualquiera de lo siguiente (marque todo lo aplicable):  Actividad General  Deportes  Trabajo Normal  Estado de Ánimo  Disfrutar la vida  Habilidad para concentrarse  Relaciones con otros  Otro (Explique):

Por favor marque si está teniendo algo de lo siguiente

Fiebre/escalofríos  Pérdida de Peso Inesperada  Ronchas  Dolor Nocturno  Trauma Reciente  Problemas con la función intestinal o de la vejiga  Entumecimiento de la ingle  Infección bacteriana reciente  Sistema Inmune Suprimido  Uso Intravenoso de Drogas  Dolor al toser o estornudar

**Por favor conteste las siguientes preguntas si es mujer post-menopáusica, o un hombre mayor de 65 años.**

- 1. ¿Ha tenido alguna prueba de densidad ósea?  Sí  No
- 2. ¿Alguien de su familia se ha roto alguna vez la cadera o le han dicho que tiene osteoporosis?  Sí  No
- 3. ¿Es su dieta baja en calcio (evita la leche, queso, yogurt, intolerancia a la lactosa)?  Sí  No
- 4. ¿Tiene usted diarrea frecuente/crónica (intolerancia al Gluten, mala absorción)?  Sí  No
- 5. ¿Pesa usted menos de 125 libras?  Sí  No
- 6. ¿Se ha caído usted más de 2 veces en el pasado año?  Sí  No
- 7. ¿Tiene usted artritis reumatoide?  Sí  No
- 8. ¿Ha tomado esteroides (Cortisona, Prednisone) por más de tres meses en su vida?  Sí  No
- 9. ¿Ha sido tratado por cáncer con quimioterapia u otro medicamento?  Sí  No
- 10. ¿Toma medicina para epilepsia o algún trastorno de convulsiones?  Sí  No
- 11. ¿Usted fuma actualmente?  Sí  No
- 12. ¿Usted toma 3 o más bebidas alcohólicas al día?  Sí  No
- 13. ¿Usted toma 3 o más bebidas con cafeína (café, té, soda) al día?  Sí  No
- 14. ¿Se ha roto algún hueso (después de la edad de 50 años)?  Sí  No
- 15. ¿Usted camina o trota como ejercicio?  Sí  No

Physician' Initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente) \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

(CON LETRA DE IMPRENTA)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**Está solicitando que el Greenville Hospital System University Medical Group identificado en la parte superior, divulgue información de salud (marque uno)  PARA  DE la persona/compañía/agencia/instalaciones abajo mencionadas.**

<i>Nombre, Posición, o</i>	
<i>Departamento:</i>	
<i>Nombre de la Organización:</i>	_____
<i>Dirección de la Organización:</i>	_____
<i>Teléfono de la Organización:</i>	_____

**La información que será divulgada está relacionada al servicio recibido comenzando el \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_**

<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Notas de Terapia Física
<input type="checkbox"/> Información Demográfica	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Registro de Salud Ocupacional
<input type="checkbox"/> Historial & Físico	<input type="checkbox"/> Resultados de(lab, rayosX, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)
<input type="checkbox"/> Historial Médico/Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)
<input type="checkbox"/> Visitas a Oficina Médica	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta del Paciente	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)

El propósito de la divulgación: (*"La solicitud del Individuo" es suficiente para iniciar la divulgación a petición del paciente*)

<input type="checkbox"/> Solicitud del Individuo	<input type="checkbox"/> Cambio de Doctor	<input type="checkbox"/> Investigación Legal
<input type="checkbox"/> Remitir a un Especialista	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)
<input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado	<input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador	

### CONDICIONES y NOTIFICACIONES:

Esta autorización para divulgación de información vence 12 meses a partir de la fecha de la firma del paciente. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la Oficina del Supervisor a la dirección arriba mencionada. Sin embargo, dicha notificación no afectará ninguna acción tomada en relación a esta autorización antes del momento de recibir la revocación. Usted puede inspeccionar o solicitar una copia de la información de salud que será usada o divulgada, consistente con la ley federal. Esta autorización está siendo otorgada al consultorio de médicos GHS UMG identificados arriba y a GHS y cada consultorio y entidad afiliada a él, incluyendo GHS Partners in Health.

**Nota:** Puede cobrarse al paciente una cuota de procesamiento para cubrir labor, copiado, y materiales usados para reproducir los expedientes médicos.

### FIRMAS:

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de salud personal como se describe arriba. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización, que esta autorización es voluntaria y que mi cuidado de salud y el pago por mi cuidado de salud no serán afectados si no firmo este documento. También entiendo que si el individuo u organización autorizado a recibir la información no es un plan de salud, ni un proveedor de salud, la información divulgada podría no ser protegida por las regulaciones federales de privacidad y por lo tanto estar sujeta a volver a divulgarse.

Firma del Paciente/Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal (Con letra de Imprenta): \_\_\_\_\_

Relación del Representante con el Paciente: \_\_\_\_\_

Released by: _____	Date: _____
<i>(Department Representative Name/Title)</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 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: \_\_\_\_\_