



Información del Paciente

(Por favor use letra de imprenta)

Nombre Completo Legal: Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre
Nombre Preferido:
Sexo [ ] Masculino [ ] Femenino
Origen étnico: Hispano/Latino [ ]
No Hispano/No Latino [ ]
Me rehúso/Me niego [ ]

Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año Completo # de SS:

Médico de Atención Primaria:

Nombre de su Farmacia Preferida: Número de Teléfono:
Estado Civil: [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Viudo [ ] Conviviente [ ] Legalmente Separado
Raza: [ ] Caucásico (blanco) [ ] Indio Americano [ ] Afro- Americano (negro) [ ] Hispano
[ ] Biracial [ ] Asiático Oriental [ ] Otro [ ] Desconocido

Domicilio: Ciudad: Estado: CP:
Dirección Postal: Ciudad: Estado: CP:
Condado: Tel. de Casa: ( ) Tel. Celular: ( )
Idioma Preferido: Correo electrónico:
Veterano: [ ] Sí [ ] No [ ] Desconocido Religión:

Información del Fiador (Si el fiador es Usted Mismo, pase a la sección de Contacto de Emergencia)

El 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 tundra que completar esta sección. El fiador será responsable por cualquier saldo que se deba.

Nombre: Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre
Relación del paciente con el fiador:

Fecha de Nacimiento: # de SS: Tel. de Casa: ( )
Tel. Celular: ( )
Domicilio: Ciudad: Estado: CP: País:
Dirección Postal (si es diferente): Ciudad: Estado: CP: País:

Contacto de Emergencia (Los pacientes pediátricos favor de nombrar a alguien que no sean los padres/tutor)

Contacto Primario
Nombre: Tel de Casa: ( )
Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia Tel. Celular: ( )
Nombre del Contacto Secundario: Tel de Casa: ( )
Relación del Paciente con el Contacto de Emergencia Tel. Celular: ( )

Empleo

Empleador del Paciente: Tel. del Trabajo: Ext:
Dirección: Ciudad: Estado: CP:

Situación Laboral: [ ] Tiempo Completo [ ] Medio Tiempo [ ] Negocio propio [ ] Militar Activo [ ] Estudiante tiempo completo
[ ] Estudiante medio tiempo [ ] Fecha de Retiro [ ] Discapacitado [ ] No Empleado [ ] Desconocido

(Solo Pacientes Pediátricos) Información de Padres/Tutor y Familia Inmediata

Madre (Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same".)

Nombre Completo: Apodo:
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

# de SS: Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año Completo

Domicilio: Ciudad: Estado: CP:
(si es diferente que la del paciente)

Tel. de Casa: Tel. Celular: ( )
Empleador: Tel. del Trabajo: ( ) Ext:

Padre Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que del fiador, por favor escriba "same".)

Nombre Completo: Apodo:
Apellido(s) Primer Nombre Segundo Nombre

# de SS: Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año Completo

Domicilio: Ciudad: Estado: CP:
(si es diferente que la del paciente)

Tel. de Casa: Tel. Celular: ( )
Empleador: Tel. del Trabajo: ( ) Ext:



Información del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

(Solo para Pacientes Pediátricos) Hermanos, Hermanas y Otros Miembros de la Familia

Table with 5 columns: Nombre Completo, M o F, Fecha de Nacimiento, Relación, and Vive con el Niño (Sí/No). It contains four empty rows for data entry.

Marque aquí si no tiene seguro. Y pase a la sección de Autorización (abajo).

Información del Accidente

¿Es la visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.) Sí No

Tipo de Accidente: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Condado del Accidente: \_\_\_\_\_

Información del Seguro Primario

Suscriptor: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: \_\_\_\_\_ # de SS#: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, CP: \_\_\_\_\_ Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Nombre de la Co. De Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

# de Poliza/Certificado: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia : \_\_\_\_\_

Estado del Suscriptor: Tiempo Completo Medio Tiempo Negocio propio Militar Activo Estudiante tiempo completo

Estudiante medio tiempo Fecha de Retiro Discapacitado No Empleado

Información del Seguro Secundario

SUSCRIPTOR: Es la persona que porta el seguro. Si el Suscriptor es el Paciente, pase a la sección Nombre de la Co. De Seguros.

Nombre del Suscriptor en la tarjeta \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Mes/Día/Año Completo

Relación del Paciente con el Suscriptor: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

Si la dirección, y el número telefónico es el mismo que el del paciente, por favor escriba "same"

Dirección: \_\_\_\_\_ # de SS#: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, CP: \_\_\_\_\_ Tel. de Casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Nombre de la Co. De Seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

# de Poliza/Certificado: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia : \_\_\_\_\_

Estado del Suscriptor: Tiempo Completo Medio Tiempo Negocio propio Militar Activo Estudiante tiempo completo

Estudiante medio tiempo Fecha de Retiro Discapacitado No Empleado

Autorización

Yo autorizo que se lleve a cabo una evaluación y tratamiento médico, y a la liberación de información para fines médicos/del seguro con respecto a mi enfermedad y tratamiento. Por medio de la presente autorizo el pago de mi compañía de seguros al Greenville Health System por los servicios prestados. Yo seré responsable de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro.

Firma del Paciente/Tutor/Fiador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_