

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 (Religión): _____

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					

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico. Por favor responda lo mejor que pueda.

Fecha:

Nombre:	Nombre Preferido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Estatura: Peso:
Ocupación: _____	Empleador: _____	
Pasatiempos: _____	Escuela (si corresponde): _____	
Cuál es su mano dominante: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambidextro		
Quién pidió que visitara nuestro consultorio: <input type="checkbox"/> Doctor (Por favor dé el nombre completo): _____		
<input type="checkbox"/> Entrenador Atlético:	<input type="checkbox"/> Amigo:	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Urgencias: <input type="checkbox"/> Por su parte
Doctor de Cabecera (si es diferente del ya mencionado): _____		
Medicamentos Actuales / Dosis: _____ _____		
Historial Médico (marque todo lo aplicable): <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Cáncer; tipo _____ <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <input type="checkbox"/> Hepatitis; tipo _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
Alergias a Medicamentos: <input type="checkbox"/> Ninguno Reacción: _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo		
Historial de Cirugías:	<i>Tipo de Cirugía</i>	<i>Fecha de la Cirugía</i> <i>Nombre completo del Cirujano</i>
_____ _____		
Historial Familiar (marque todo lo aplicable): <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
Historia Social (marque todo lo aplicable): <input type="checkbox"/> <i>Uso de Tabaco</i> ; Tipo _____ Frecuencia _____ Por cuánto tiempo _____ <input type="checkbox"/> <i>Uso de Alcohol</i> ; Tipo _____ Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> <i>Uso de Drogas</i> ; Tipo _____ Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
REVISIÓN DE SISTEMAS		
Constitucional: <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> Aumento de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos		
Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho <input type="checkbox"/> Latidos del Corazón Irregulares <input type="checkbox"/> Mala Circulación <input type="checkbox"/> Hinchazón de la Pierna/Pie <input type="checkbox"/> Ulcera de la Pierna/Pie		
Genitourinario: <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar <input type="checkbox"/> Inhabilidad de Orinar <input type="checkbox"/> Dificultad al Orinar <input type="checkbox"/> Orina Frecuentemente <input type="checkbox"/> Infección en la Vejiga		
Neurológico: <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral ACV/ATI <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Problemas de Lenguaje <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Sentimientos de Desaliento <input type="checkbox"/> Sueño Alterado <input type="checkbox"/> Cambios Visuales		
Ojos: <input type="checkbox"/> Visión Disminuida <input type="checkbox"/> Cataratas		
Respiratorio: <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos Persistente <input type="checkbox"/> Falta de Aire <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Neumonía		
ONG: <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza		
Gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Reflujo Esofagogástrico <input type="checkbox"/> Ulcera Péptica/Gastritis <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado <input type="checkbox"/> Dolor de Estómago <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Nausea/Vomito <input type="checkbox"/> Heces Con Sangre/Alquitranadas		
Piel: <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Resequedad en la Piel <input type="checkbox"/> Ulceras en la Piel/Llagas <input type="checkbox"/> Cáncer en la piel/Lunares Nuevos <input type="checkbox"/> Cicatrización deficiente <input type="checkbox"/> Infección en la Piel		
Psiquiátrico: <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar		
Endocrino: <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Intolerancia al Calor <input type="checkbox"/> Intolerancia al Frío		
Hemo/Linfa: <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado <input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas <input type="checkbox"/> Moretones		
Alérgico/Inmunológico: <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Alergias a Alimentos (por favor enumere) :		
Musculoesquelético: <input type="checkbox"/> Hinchazón de las Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolores Musculares <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor en Múltiples Articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad		

Physician' Initial: _____ Date: _____

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 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