



Little River

MEDICAL CENTER

INFORMACION SOBRE PACIENTE
PATIENT INFORMATION

NOMBRE DEL ADOLESCENTE
TEENAGER'S NAME

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA!
WELCOME TO OUR OFFICE

CORREO ELECTRONICO:

NOMBRE DE LA FARMACIA:

FARMACIA TELEFONO:

Form with fields: NOMBRE DEL PACIENTE, NOMBRE DEL ADOLESCENTE, FECHA DE NACIMIENTO, *RAZA, ESTADO CIVIL, EDAD, SEXO, # SEGURO SOCIAL, DIRECCION, CIUDAD Y ESTADO, CODIGO POSTAL, CELL ADOLESCENTE, etc.

Form with fields: PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE ESTE SERVICIO, # SEGURO SOCIAL, RELACION, FECHA DE NACIMIENTO, TELEFONO, DIRECCION DE PERSONA RESPONSABLE, CIUDAD Y ESTADO, CODIGO POSTAL, TELEFONO, EMPLEADOR, CUANTO TIEMPO EN ESTE TRABAJO, TELEFONO (Trabajo/Ext), DIRECCION DEL EMPLEADOR, CIUDAD Y ESTADO, CODIGO POSTAL, SEGURO PRINCIPAL Y#, ASEGURADO, TIPO DE SEGURO, FECHA DE NACIMIENTO, # SEGURO SOCIAL, etc.

¿ FORMA DE PAGO POR LOS SERVICIOS PRESTADOS?
WHAT METHOD OF PAYMENT WILL BE USED? PAYMENT IS EXPECTED AT THE TIME OF SERVICE.
POR FAVOR CIRCULE LA MANERA DE PAGO: CONTADO CHEQUE MC VISA

MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA APROPRIADA:
PLEASE CIRCLE THE APPROPRIATE ANSWER BELOW:
Necesita servicios de traducción? SI NO Es usted un veterano militar? SI NO
Do you need translation services? YES NO Are you a military veteran? YES NO
Durante los dos años pasado, ha trabajado en agricultura por un tiempo o todo el tiempo? SI NO
Por favor, indique las fechas:
During the last two years have you worked in agriculture for part or all of this period? YES NO
Dates:
Usted es un huésped o sin hogar? SI NO
Are you homeless? YES NO
Esta Registrado Para Votar? SI No Rehusa dar informacion

Tiene usted una tarjeta del Programa Ayuda Compartida? SI NO
Si no, favor de discutir con la atendente.
Cómo se enteró de Little River Medical Center?
FOR OFFICE USE PLEASE OBTAIN A PHOTO ID
DATE
EHS
CSR

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MÉDICA

Yo autorizo a LRMC que revele cualquier información médica pertinente para el pago de gastos médicos incurridos por mí, a las compañías de seguro notadas abajo, sus agentes intermediarios, o agentes de cobro. Yo permito que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original cuando se pida reembolso de beneficios de seguros para mí mismo o a los que aceptan asignaciones.

Compañía de Seguros _____ Fecha _____ Número de Póliza _____

Compañía de Seguros _____ Fecha _____ Número de Póliza _____

Nombre del dueño de la tarjeta de seguro _____ # de seguro Social _____ Vínculo con el paciente _____
Fecha de nacimiento del dueño de la tarjeta de seguro _____ #Teléfono _____ # Celular _____

Asignación De Beneficios De Seguros

Por la presente yo asigno los derechos de la póliza nombrada arriba a Little River Medical Center, incluyendo pero no limitada a seguros de gastos médicos mayores y dentales, beneficios de hospital, beneficios por enfermedad, o beneficios de heridos. En el caso que se nombre una tercera entidad como responsable de cualquier condición médica, Yo asigno mis derechos a una persona asegurada como por ejemplo; seguro de automóvil, seguro para la compensación del trabajador, o pagos mínimos de hospitalización, discapacidad, generalmente referido como PIP. Siguiendo Sección 56-11-110 S.C. Código de Leyes de 1976 y modificaciones, Y los fondos recaudados de todos los reclamos resultantes de la discapacidad de la tercera entidad interviniente pagado por cualquier persona, patrón, compañía de seguro por mi o hacia mí; por los balances totales incurridos de los recargos médicos/dentales. Además soy testigo y aseguro que cualquier seguro asignado es seguro válido y vigente y tengo el derecho de hacer ésta asignación.

Responsabilidad Personal:

Yo entiendo que soy personalmente responsable por el costo total de los gastos, médicos, dentales, y de salud mental incurridos por mí para el cuidado y tratamiento mío ya sea internado o ambulatorio. Cualquier pago recibido por Little River Medical Center como resultado de la Autorización Para la Revelación de información Médica y Asignación de Beneficios de Seguros, serán acreditados hacia mis cuentas y que yo seré responsable personalmente por todos los balances pendientes en mis cuentas médicas, dentales, y de salud mental con Little River Medical Center.

Actualización e Información Del Seguro

Siempre le informaré a la oficina de Little River Medical Center cualquier cambio de información de seguros, y cambio de ingresos en mi hogar. La falta de hacerlo, puede resultar en que yo (_____) tenga que pagar por todos los servicios recibidos.

Consentimiento Para El Tratamiento Y Cuidado Médico/ Dental/ Salud Mental/Farmacia

Yo autorizo a LRMC a prestar cuidado y tratamiento médico/dental/salud mental/farmacia como ellos consideren apropiado bajo la directiva de mi médico/dentista/proveedor de salud mental y de tales asociados, socios, o personal designado que pueden ser seleccionados por él/ella, para llevar a cabo tal tratamiento. Yo reconozco que durante el transcurso del tratamiento pueden suceder condiciones que requieren procedimientos o servicios adicionales. Yo además autorizo y pido que mi médico/dentista/proveedor de salud mental y o asociados, socios, asistentes, o personal designado, pueden ser elegidos por él/ella, para llevar a cabo tales procedimientos y servicios con su mejor criterio profesional.

PARA el propósito del avance del conocimiento médico, estoy de acuerdo a la presencia de estudiantes de medicina, traductores y observadores de acuerdo con los socios de este centro médico. **Sí** ___ **No** ___. Yo autorizo a compañías farmacéuticas y sus auditores acceso a mis expedientes farmacéuticos como parte de mi participación en el programa de Asistencia al Paciente, si yo participo en tal programa. Yo entiendo que esta información puede incluir lista de remedios y/o historia de salud medica protegida. (_____) Iniciales.

Yo _____ consiento que se revele **(a)** _____ toda la información personal de mi salud **(PHI)** o **(b)** _____ solo el siguiente **PHI** _____ durante mi

consulta a las personas siguientes. Además estas personas pueden recoger mis medicinas de la farmacia de LRMC; y recibir resultados **PHI** de cualquier análisis por teléfono desde LRMC

Nombre _____ **Vinculo** _____ **Teléfono** _____ **Celular** _____

Yo _____ guardián legal del menor de edad, _____ doy permiso a LRMC a revelar la **PHI** acerca del menor mencionado arriba, durante **(a)** _____ una consulta médica y/o **(b)** _____ en el teléfono con las siguientes personas, quienes también pueden recoger medicinas del menor de la farmacia de LRMC

Nombre _____ **Vinculo** _____ **Teléfono** _____ **Celular** _____

Esta autorización estará vigente hasta _____ a cuyo término esta autorización para revelar esta información se vencerá. Nadie ha dado seguridad o garantía por el resultado que se puede obtener después del tratamiento o procedimiento efectuado a mi persona. Los abajo firmantes certifican que lo declarado arriba ha sido leído y entendido, y que la información proveída es verdadera.

Firma del Paciente/Guardián **Fecha:** _____

Testigo **Fecha:** _____



Little River

MEDICAL CENTER

LITTLE RIVER MEDICAL CENTER LOS DERECHOS DEL PACIENTE

El Centro de Salud Little River ha adoptado lo siguiente "Los Derechos del Paciente." En Centro Medico de Little River las siguientes polizas con respecto a los derechos y responsabilidades de nuestros pacientes: **Como paciente usted tiene el derecho de entender y usar sus derechos.** Si por alguna razón usted no entiende o

necesita ayuda el Centro debera proveer asistencia, incluyendo un intérprete.

Como paciente usted tiene el derecho de recibir tratamiento sin discriminación a su raza, color, religión, sexo, origen, nacional, deshabilidad, orientación sexual, o fuente de pagó.

Como paciente usted tiene el derecho de recibir consideración, y respeto cuidado en un lugar limpio y seguro en un ambiente libre de restricciones innecesarias.

Como paciente usted tiene el derecho de recibir cuidado de emergencia si usted lo necesita.

Como paciente usted tiene el derecho de ser informado del nombre y posición del doctor que estara a cargo de sus cuidado en el Centro y Hospital.

Como paciente usted tiene el derecho de conocer los nombres, posiciones y funciones de cualquier empleado envuelto en el cuidado y rehuso del tratamiento, examinacion, o observacion.

Como paciente usted tiene el derecho de recibir información completa acerca de su diagnostico, tratamiento y prologación.

Como paciente usted tiene el derecho de recibir toda la información que usted necesite para dar informado y consentimiento para cualquier propuesta acerca de procedimiento o tratamiento. Esta información debera incluir todos los riesgos posibles y los beneficios del procedimiento o tratamiento.

Como paciente usted tiene el derecho de recibir toda la información que usted necesite para apuntar a alguien que usted confie para hacer desiciones sobre el cuidado de salud si usted llegara a perder la habilidad de decidir por usted. Usted puede apuntar a un "Poder legal de cuidado de Salud" usando la forma "Poder legal de Cuidado de Salud" que puede obtener al tiempo de registrarse en el Centro. Usted puede dar a la persona que usted selecciona como su agente de Cuidado da salud como poca o mucha autoridad como usted quiera. Usted puede permitir a su agente decidir acerca de todo su cuidado medico o

unicamente ciertos tratamientos. Usted tambien puede darle instrucciones a su agente que el o ella deben seguir.

Como paciente usted tiene el derecho de rehusar tratamientos que le digan que tal vez puede afectar su salud.

Como paciente usted tiene el derecho de rehusar de tomar parte en un estudio. En decidir si quiere o no participar, tiene el dercho de una explición completa.

Como paciente usted tiene el derecho de la privacidad en el centro y confidencialidad sóbre toda la informacion y archivos respecto a su cuidado.

Como paciente usted tiene el derecho de participar en todas la decisiones acerca de su tratamiento en el Centro.

Como paciente usted tiene el derecho de revisar sus archivos medicos sin costo y obtener una copia de su expediente medico por el cual el Centro le cobara una canitdad razonable. Su copia no podra ser rehusada solamente por la de no poder pagar.

Como paciente usted tiene el derecho a recibir una copia de su estado de cuenta detallada y la explicación de todos los cargós.

Como paciente usted tiene el derecho de reclamar sin miedo o represarias aceraca de su cuidado y servicios que usted esta recibiendo y Centro tiene que responder si usted lo requiere por escrito.

Firma del Paciente
Signature of Patient

Fecha
Date



Poliza de Pago

Para poder continuar sirviendole a usted y a su familia con nuestros servicios medicos y dentales, le pedimos que cumpla con nuestra poliza de pago.

1. Todo servicio medico o dental debera ser pagado antes de recibir atención medica. Usted es responsable de pagar cualquier servicio medico o dental, ya sea su contribución a la cantidad completa si no tiene seguro medico/ dental. Luego de recibir atención medica, si hubiera otro cargo adicional, usted sera responsable del pago completo antes de salir de la clínica.
2. Si usted le debe dinero a Little River Medical Center, nosotros nos reservamos el derecho de controlar la cantidad de citas medicas o dentales que se le otorguen hasta que cumpla con su deber de pago.
3. Little River Medical Center facturara directamente solamente a ciertas companias de seguro. La representante de servicios al consumidor le explicara como funciona la facturación de su seguro. Usted sera responsable de comprobar que ya ha saciado su deducible anual. Si usted tiene copia de sus beneficios, favor de proveemos con copia para su expediente. Dependiendo de su compania de seguro, usted sera responsable por pagar todo o solo una porcion de los servicios rendidos durante su visita.
4. Little River Medical Center hara todo lo posible por obtener información Completa sobre la cobertura de sus beneficios medicos o dentales. Mas es necesario que usted recuerde que en todo momento, es solamente un estimado.
5. Pacientes que cualifican para nuestro plan de descuento son responsables Por el pago completo de servicios antes de ser visto por el medico.

Pongo mi firma aquí abajo la cual confirma que he leído y estoy de acuerdo con las polizas de pago de Little River Medical Center. Una copia fue entregada.

Firma

Fecha

Relacion al Paciente



Reconocimiento de Recibo del Paciente

Yo, _____, confirmo el recibo de la copia del Anuncio acerca de las políticas de privacidad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma de Padre/Madre o Representante
Del Paciente

Fecha

Firma del Tutor Legal o Persona
Autorizada

Fecha

En lugar de la firma del paciente, yo, _____ Empleado de Little River Medical Center, confirmo que el paciente _____ ha recibido la copia corriente del Anuncio Acerca de las Políticas y Prácticas de Privacidad.

Fecha

LRMC | LITTLE RIVER MEDICAL CENTER

PLEASE CIRCLE THE INCOME LEVEL BELOW SO THAT WE CAN PROVIDE PATIENT HOUSEHOLD ASSESSMENT INFORMATION TO THE BUREAU OF PRIMARY HEALTH CARE. THE INFORMATION IS REPORTED IN THE AGGREGATE AND REMAINS CONFIDENTIAL.
EFFECTIVE 2015

NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS INCLUDES ALL MEMBERS LIVING WITH YOU AND INCLUDES NON-FAMILY MEMBERS.

ONE MEMBER			TWO MEMBERS			
A		LESS THAN	11,770		LESS THAN	15,930
B	11,771	TO	15,654	15,931	TO	21,186
C	15,655	TO	19,655	21,187	TO	26,603
D	19,656	TO	23,540	26,604	TO	31,860
SP		OVER	23,540		OVER	31,860

THREE MEMBERS			FOUR MEMBERS			
A		LESS THAN	20,090		LESS THAN	24,250
B	20,091	TO	26,719	24,251	TO	32,252
C	26,720	TO	33,550	32,253	TO	40,497
D	33,551	TO	40,180	40,498	TO	48,500
SP		OVER	40,180		OVER	48,500

FIVE MEMBERS			SIX MEMBERS			
A		LESS THAN	28,410		LESS THAN	32,570
B	28,411	TO	37,785	32,571	TO	43,318
C	37,786	TO	47,444	43,319	TO	54,391
D	47,445	TO	56,820	54,392	TO	65,140
SP		OVER	56,820		OVER	65,140

SEVEN MEMBERS			EIGHT MEMBERS			
A		LESS THAN	36,730		LESS THAN	40,890
B	36,731	TO	48,850	40,891	TO	54,383
C	48,851	TO	61,339	54,384	TO	68,266
D	61,340	TO	73,460	68,287	TO	81,780
SP		OVER	73,460		OVER	81,780

NINE MEMBERS			TEN MEMBERS			
A		LESS THAN	45,050		LESS THAN	49,210
B	45,051	TO	59,916	49,211	TO	65,449
C	59,917	TO	75,233	65,450	TO	82,180
D	75,234	TO	90,100	82,181	TO	98,420
SP		OVER	90,100		OVER	98,420

A, B, C, OR D PATIENT MAY QUALIFY FOR SLIDING FEE DISCOUNT

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

La razón primaria por esta visita medica/dental: Examen Emergencia Consulta

HISTORIAL DENTAL	Si	No
	Marque cada uno individualmente	
¿Tiene usted un problema dental específico? Describa:		
¿Tiene usted exámenes dentales en una base rutinaria? Última visita		
¿Piensa usted que tiene la enfermedad activa del decaimiento o la goma?		
¿Cepilla usted sus dientes y usa la seda diariamente o regularmente? Explique:		
¿Sangran sus encías? Explique:		
¿Aprecia usted su sonrisa? ¿Por qué?		
¿Agarra el alimento entre los dientes? ¿Tiene algún diente flojo?		
¿Desea usted mantener los dientes que tiene?		
¿Tiene usted chasquear, pinchar o molestia en la coyuntura de la mandíbula?		
¿Cruje o muele usted los dientes?		
¿Han sido positivas sus visitas dentales anteriormente?		
¿Fuma o masca tabaco? ¿Tiene alguna herida o llaga dentro de la boca en este momento?		
¿Cuál es el nombre de su dentista previo? (Opcional)		
¿Cuándo fue la última vez que le tomaron radiografías de sus dientes? Que tipo:		
HISTORIAL MEDICO	Si	No
¿Esta usted bajo algún cuidado o tratamiento medico en este momento? ¿Por qué?		
¿Ha sido hospitalizado jamás o ha tenido alguna operación mayor? Explique		
¿Ha sufrido usted alguna herida grave a la cabeza o al cuello? Explique		
¿Esta tomando usted algún medicamento, pastillas o hierbas en estos días?		
¿Esta usted un alguna dieta especial en este momento?		
¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia medica? Favor de marcar todo lo que aplique.		
<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Acrílico <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro		
¿Desea hablar con el medico o dentista acerca de cualquier cosa medica antes de su tratamiento?		
Firma del Paciente (Padre o Guardián): _____	Fecha:	
Revisado por Doctor: _____	Fecha:	
Revisión del Historial Medico y hallazgos significativos:		
MEDICO ACTUALIZA		
He leído mi historial medico con fecha de _____ y confirmo que no ha habido cambios	Fecha:	
He leído mi historial medico y he divulgado y discutido todos los cambios con el medico. (Si aplica)	Fecha	

Fecha	Excepciones	Ninguna	Iniciales del Paciente	Presión	Revisado Por
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Dr. _____

La Política de Cancelar Citas y “No Se Presentó”

Para ayudar a los pacientes de Little River Medical Center, usted será contactado para confirmar su cita dos (2) días antes de su cita programada. Nosotros entendemos que algunas veces usted necesite cancelar o cambiar una cita. Si usted no puede venir a su cita en Little River Medical Center, se espera que usted nos llame por lo menos veinticuatro (24) horas antes de su cita programada. Al cancelar su cita lo antes posible, nosotros podemos ayudar a otros pacientes quienes están esperando para ser vistos.

¿Cómo puedo yo cancelar mi cita?

Por favor, llame al departamento de citas marcando el **843-663-8000 y presione “1”**. Si usted obtiene nuestra contestadora automática, por favor no cuelgue. Deje la siguiente información:

- **Su nombre y número de teléfono**
- **La razón que usted está cancelando la cita**
- **El día y la hora de su cita**

¿Qué sucede si yo pierdo mi cita y no llamara para cancelar?

- A partir del 1 de junio, 2013 Little River Medical Center pondrá en vigor la política “No Se Presentó”. Nosotros sentimos que esta política es importante porque al no presentarse a sus visitas hace que otros pacientes pierdan la oportunidad de ser vistos por el centro de salud.
- Si usted no llama para cancelar su cita con tiempo de antelación, entonces será considerado como una visita en la que usted “No Se Presentó”. Cada visita que usted no se haya presentado será grabado en su expediente de paciente.
- El no presentarse múltiples veces puede ponerle fin a su habilidad de recibir cuidados de salud en nuestro centro.

Como paciente de Little River Medical Center, se le pide que haga todos los intentos razonables para mantener la cita que se le programó.

Si usted necesita cancelar una cita le pedimos que nos llame lo antes posible. Notificación de veinticuatro (24) horas es preferible.

Nuestra política de “No Se Presentó” es:

- “No Se Presentó” por primera vez—usted recibirá una carta o llamada informándole de que “No Se Presentó”. Usted podrá continuar recibiendo servicios en el Centro.
- “No Se Presentó” por segunda vez en 12 meses—usted recibirá una carta recordándole que esta es la segunda vez que “No Se Presentó”.
- “No Se Presentó” por tercera vez en 12 meses—usted ya no podrá hacer una cita. Sus visitas ahora serán sin cita previa. La empresa después de un año quizás le revalúe para permitirle hacer citas en el futuro. Cuando visite sin cita previa, no le garantizamos que será visto por uno de nuestros proveedores en ese día. Como persona sin cita previa, su tiempo de espera puede aumentar.

Yo entiendo la política “No Se Presentó” de Little River Medical Center y estoy de acuerdo en adherirme a tal política

Fecha: _____

Nombre Paciente: _____ (Letra molde) Firma: _____

¿Es el paciente un menor? Sí No (Si lo es, provea nombre de los padres/guardian y firma)

Nombre del Padre/Guardian: _____

Firma: _____
