

DEMOGRAFÍA DE PACIENTES

Apellido: _____ Suffix: II III IV Jr Sr

Nombre: _____ Nombre de Pila: _____

Nombre Anterior: _____ ¿Que nombre quiere que usemos? _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Teléfono/Casa: _____ Celular: _____ # del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): ____ / ____ / ____ # de Seguro Social: ____ - ____ - ____

Sexo: Hombre Mujer

Como se Identifica (18 +): Hombre Mujer Transgenero Hombre-a-Mujer Transgenero Mujer-a-Hombre
 No Binario Genero Adicional No Quiero Responder

Orientación Sexual (18 +): Heterosexual Gay/Lesbiana Bisexual No Sé No Quiero Contestar
 Otro _____

Pronombres preferidos (18 +): el/a el/el mism ella/de ella/suyas/ella misma ellos/ellas/de ellos/de ellas/su/suyo/suya/ellos mismos
 Otro pronombre (sírvase especificar): _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Pareja

Idioma: Inglés Español Portugués Lenguaje de Señas Americano (ASL) Otro _____

Raza: Afroamericano/Negro Blanco Indio Asiático/ Asiático Otros Asiáticos Chino Filipino Japonés
 Coreano Guamaní o Chamorro Nativo de Hawái Otro isleños/isla del Pacífico Samoano Vietnamita

Etnicidad: No hispano/latino Hispano/Latino Mexicano México-Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano

Usted Estudia: Tiempo Completo Medio Tiempo No soy estudiante

Trabajo: Tiempo Completo Medio Tiempo Cuenta Propia Jubilado Desempleado

Nombre del Responsable (La persona responsable del pago de la cuenta): _____

Relación al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del responsable: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ # Teléfono: _____ Relación: _____

Estoy interesado en obtener más información o solicitar su programa de descuento de tarifa variable.

El gobierno necesita datos de ingresos familiares para que podamos obtener fondos federales y ver si califica para nuestro programa de descuento de tarifa móvil. Su información personal no se compartirá con nadie. Nosotros proporcionamos la información colectivamente como organización. Agradecemos su ayuda. Por favor seleccione el sueldo anual de su familia.

Cuántos son de Familia _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> \$0 - \$10,000 | <input type="radio"/> \$10,001 - \$20,000 | <input type="radio"/> \$20,001 - \$30,000 |
| <input type="radio"/> \$30,001 - \$40,000 | <input type="radio"/> \$40,001 - \$50,000 | <input type="radio"/> \$50,001 - \$60,000 |
| <input type="radio"/> \$60,001 - \$70,000 | <input type="radio"/> \$70,001 - \$80,000 | <input type="radio"/> \$80,001 o mayor |
| | <input type="radio"/> No Quiero Contestar | |

Dirección (No aceptamos P.O. Box como dirección de correspondencia)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACION DEMOGRAFICA

(Esta información es solo para datos demográficos y se mantendrá confidencial.)

Estatus Militar: Veterano No es un veterano

Usted renta o es dueño de casa o apartamento? Sí No **Donde Reside:** Refugio Con amigos/familiares

Vivienda de Apoyo Permanente Entre casas Estoy en la calle Otro _____

¿Usted o su familia residen en un hogar temporal ya que usted trabaja en la agricultura? Sí No

En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia ha trabajado en la agricultura de forma estacional? Sí No

Registración Electoral: Ya estoy registrado Quisiera registrarme No estoy interesado en registrarme

¿Cómo se enteró de Little River Medical Center? Cartelera Periódico Amigos/Familiares Radio

Hospital Otra Clínica Televisión Guía Telefónica Internet/Web Redes Sociales

Evento Comunitario Otra Forma _____

¿Le gustaría usar Little River Medical Center como su farmacia principal? Sí No

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Nombre: _____ Cumpleaños: _____

Número de cuenta: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

ANTECEDENTES MÉDICOS

(Ha tenido o tiene actualmente alguno de los siguientes problemas)

Sí	No	
		Articulaciones Artificiales
		Diabetes
		Tuberculosis
		Cancer/Quimioterapia
		Epilepsia/Convulsión
		Fiebre Reumática
		Sarampión
		Hepatitis (Ictericia)
		Flebitis (Coágulo)
		Problema Nervioso
		Presión Arterial Alta
		Presión Arterial Baja
		Anemia/Enfermedad de la sangre
		Transfusión Sanguínea
		Asma/Fiebre del Heno
		Colesterol
		Infeccion Vaginal
		Enfermedad Veneral
		VIH/SIDA
		Ulcera Péptica o Estomacal
		La Gota
		Cirugía del Corazón
		Enfermedad Cardíaca
		Soplo Cardíaco
		Prolapso de la Valvula Mitral
		Osteoporosis
		Trastorno Cardíaco
		Infarto
		Marcapasos Cardíaco
		Arritmia
		Angina/Dolor de Pecho
		Artritis
		Derrame Cerebral
		Sangrado Excesivo
		Anemia Falciforme
		Enfermedad Hepática
		Hepatitis A, B, C

HISTORIA SOCIAL

Soltero/a Casado/a

Separado/a Divorciado/a

Usted Fuma: Sí No

Por cuanto tiempo: _____

Cuantos al día: _____

Consumo bebidas alcohólicas: Sí No

Cuántas bebidas: _____

Toma Café: Sí No

Cuántas tazas: _____

Usa el cinturón de seguridad: Sí No

HISTORIAL DE CIRUGÍA

Sí	No	
		Amígdalas
		Apéndice
		Vesícula Biliar
		Hernia
		Senos
		Histerectomía
		Ligadura de Trompas
		Cesárea
		D & C
		Corazón

ALERGIAS

Ninguna

Penicilina

Sulfatos

Anestesia Local

Huevos o Productos de Huevo

Picaduras de Insectos

Otras alergias: _____

Otro: _____

SOLO MUJERES

Mí ultimo parto fue en: _____

Mí regla es regular: Sí No

Mí regla es irregulares: Sí No

Mí regla fue en: _____

de embarazos: _____

de nacimientos: _____

Método Anticonceptivo: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

(Alguien en su familia sufre de:)

Sí	No	
		Enfermedad Coronaria
		Presión Alta
		Enfermedad Cardiovascular
		Diabetis
		Cáncer de Seno
		Cáncer de Colon
		Cáncer de Próstata
		Asma
		Hiperlipidemia

Otro: _____

Otro: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Razón principal de la cita dental: Inspección Emergencia Consulta

HISTORIAL DENTAL

	Sí	No	Descripción
¿Tiene un problema dental específico? (Si la respuesta es sí, por favor explique)			
¿Usted se ha sometido a exámenes de rutina?			Mi última cita dental fue en:
¿Cree usted que tiene caries activa o enfermedad en las encías?			
¿Se cepilla los dientes y usa el hilo dental de forma rutinaria?			
¿Sangran sus encías?			
¿Le gusta su sonrisa? Sí/No? (Si responde que no díganos por que?)			
¿La comida se le queda entre los dientes? ¿Tiene algún diente flojo?			
¿Desea conservar los dientes restantes?			
¿Su mandíbula hace chasquidos, o tiene molestias? ¿Muele sus muelas? Le rechina la mandíbula?			
¿Sus experiencias pasadas en un consultorio dental han sido positivas?			
¿Fuma o mastica? ¿Tiene llagas o un crecimiento extraño en su boca?			
Nombre de su dentista? (Opcional)			
Fecha de su última radiografía de boca total (16 radiografías pequeñas o panorámicas)			

HISTORIAL MEDICO

	Sí	No	Descripción
¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? ¿Por que?			
¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a o ha tenido una operación importante? (Explíquenos)			
¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o cuello? (Explíquenos)			
¿Está tomando algún medicamento, o un producto a base de hierbas? (En caso que sí, explíquenos)			
¿Está en una dieta especial? (Explique su respuesta)			
¿Es alérgico a algún medicamento o sustancia (Explíquenos)			<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Codeína <input type="radio"/> Acrílico <input type="radio"/> Metal <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Otra Sustancia:
¿Desea hablar con el/la dentista en privado sobre algún problema?			
* Sección para las damas solamente			<input type="radio"/> ¿Está embarazada? o ¿Quiere quedar embarazada? <input type="radio"/> ¿Está amamantando? <input type="radio"/> ¿Está tomando anticonceptivos orales?

Según mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son correctas. Si tengo algún cambio en mi estado de salud o si mis medicamentos cambian, informaré al dentista y al personal en la próxima cita sin falta.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Revisado por el Doctor: _____ Fecha: _____ Presión Arterial: _____

Revisión historial y hallazgos significativos: _____

ACTUALIZACIONES MEDICAS

Yo, he leído mi historial medico fechado: _____ y, confirmo que establece adecuadamente las condiciones pasadas y presentes .

Fecha	Las Excepciones	Firma del Paciente	Presión Arterial	Revisado el (Dr)
	<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Ninguna			
	<input type="checkbox"/> Ninguna			

Autorización para la divulgación de información médica

Autorizo a LRMC a divulgar cualquier información médica pertinente para el pago de los gastos médicos incurridos por mí a los nombres de las compañías de seguros a continuación o a sus intermediarios, transportistas, agentes o agentes de facturación. Permiso que se use una copia de la autorización en lugar de la solicitud original de pago de beneficios de seguro médico, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta las asignaciones.

Compañía de seguros _____ Fecha _____ Número de póliza _____

Compañía de seguros _____ Fecha _____ Número de póliza _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ SSN: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: _____ Número de teléfono: _____ Teléfono celular: _____

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DE SEGURO

Por la presente, asigno derechos bajo la póliza de seguro mencionada anteriormente a Little River Medical Center, incluidos, entre otros, seguros médicos y dentales mayores, beneficios hospitalarios, beneficios por enfermedad o beneficios por lesiones. En el caso de que un tercero sea considerado responsable de cualquier condición médica, cedo mis derechos bajo un asegurado, como el seguro de compensación del trabajador del seguro de automóvil y / o los pagos mínimos de hospital médico o discapacidad comúnmente conocidos como "PIP" de conformidad con la Sección 56-11 * 110 S.C. Código de Leyes, 1976, según enmendada, y el proceder de todas las reclamaciones resultantes de la responsabilidad del tercero pagadero por cualquier persona, empleador, compañía de seguros para o para mí hasta los montos totales de los cargos médicos / dentales incurridos. Además, garantizo y represento que cualquier seguro asignado es un seguro válido y está en vigor.

RESPONSABILIDAD PERSONAL

Entiendo expresamente que soy personalmente responsable de la totalidad de los gastos médicos / dentales / de salud conductual incurridos por mí para la atención y el tratamiento, ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Cualquier pago recibido por Little River Medical Center como resultado de la Autorización anterior para la Divulgación de Información Médica y Asignaciones de Beneficios de Seguro será crédito para las cuentas y, yo seré personalmente responsable de cualquier saldo restante en cualquier Cuenta Médica, de Salud del Comportamiento o Dental de Little River Medical Center.

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS O INGRESOS DEL HOGAR

Siempre informaré a la oficina de Little River Medical Center de todos los cambios de seguro y cambios o actualizaciones de los ingresos del hogar. De lo contrario, puede resultar en (me) _____ pagar por los servicios prestados en su totalidad.

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO MÉDICO/DENTAL/CONDUCTUAL/FARMACÉUTICO

Autorizo a Little River Medical Center a brindar atención y tratamiento médico / dental según lo consideren apropiado bajo las instrucciones de mi médico / dentista de atención primaria y de los asociados, socios o designados que puedan ser seleccionados para realizar dicho tratamiento. Reconozco que durante el curso del tratamiento, pueden surgir condiciones que requieran procedimientos o servicios adicionales, y además autorizo y solicito que mi médico / dentista y / o asociados, socios, asistentes o designados que puedan ser seleccionados por él para realizar dichos procedimientos, los servicios estén en su mejor juicio profesional.

Con el propósito de avanzar en el conocimiento médico, doy mi consentimiento para la admisión de estudiantes de medicina, traductores y observadores de acuerdo con los socios ordinarios de este centro médico. Sí No Autorizo a los fabricantes farmacéuticos y sus auditores a acceder a mis registros de farmacia como parte de mi participación en su programa de asistencia al paciente, si participo en dicho programa. Entiendo que esta información puede incluir medicamentos e información de salud protegida. (____) Iniciales

Yo, _____, dar su consentimiento para divulgar (a) toda mi información personal de atención médica (PHI) o (b) sólo lo siguiente PHI _____

Durante mi visita a Little River Medical Center (LRMC) a las siguientes personas y estas personas pueden recoger mi medicamento de LRMC Farmacia y recibir los resultados de PHI por teléfono de LRMC:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono celular

Yo, _____, Tutor Legal del Menor de Edad, _____, dar permiso para que LRMC divulgue su PHI sobre el Niño Menor anterior durante (a) visita de atención médica, y/o (b) por teléfono a las siguientes personas, que también pueden recoger el medicamento del menor en la farmacia LRMC:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono celular

Esta autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta: _____ momento en el que expira esta autorización para divulgar esta información. Nadie ha hecho ni dado ninguna garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados que se pueden obtener mediante cualquier tratamiento o procedimiento que se me haya entregado. Al firmar a continuación, el abajo firmante certifica que los párrafos anteriores han sido leídos en su totalidad y entendidos por el abajo firmante y que toda la información es verdadera.

Firma del paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Política de pago de Little River Medical Center

Para que podamos continuar atendiéndole a usted y a las necesidades de atención médica de su familia, le pedimos que cumpla con nuestra política de pago.

- El pago es debido y pagadero en el momento en que se presta el servicio. Cualquier otro arreglo debe hacerse con el gerente de la oficina comercial, o designado, antes de ser visto.
- Little River Medical Center se reserva el derecho de controlar las citas hasta que se hayan hecho los arreglos financieros.
- Little River Medical Center presentará reclamos de seguro solo con ciertas compañías de seguros. La oficina principal discutirá su póliza con usted en el momento de su primera visita. Dependiendo de su compañía de seguros, es posible que se requiera un copago y / o porcentaje al momento del check-in.
- Little River Medical Center no es responsable del seguimiento con las compañías de seguros. Cuando el pago de la compañía de seguros no se haya recibido dentro de los 45 días posteriores a la presentación, la parte responsable recibirá una declaración de que el pago se espera dentro de los 15 días.
- Los pacientes que califican para nuestro programa de tarifas móviles son responsables del pago completo de los servicios o tarifas que se han establecido en una escala móvil.
- Se espera que el pago se realice en el momento del servicio. Las formas de pago aceptadas incluyen efectivo, cheque, Master Card y VISA.

El abajo firmante reconoce haber leído y está de acuerdo con la política de pago anterior de Little River Medical Center.

Firma del paciente/ Firma del representante del paciente

Fecha

Reconocimiento de prácticas de privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. El Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto establece:

- Nuestras obligaciones bajo la ley con respecto a su información personal de salud.
- Cómo podemos usar y divulgar la información de salud que conservamos sobre usted.
- Sus derechos relacionados con su información personal de salud.
- Nuestros derechos a cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este Aviso.
- La persona a contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este aviso y a obtener nuestro reconocimiento por escrito de que ha recibido una copia de este aviso.

Acuse de Recibo del Paciente

Yo, _____, por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente/Firma del representante del paciente

Fecha

Firma del representante del paciente (si corresponde)

Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente

Interoffice Use Only

In lieu of patient signature, I, _____, a staff member of Little River Medical Center, stated that _____ has been given our current Notice of Privacy Practices.

Date: _____

Derechos y responsabilidades del paciente

Little River Medical Center ha adoptado los siguientes derechos y responsabilidades del paciente. La salud y el bienestar de los pacientes dependen de un esfuerzo de colaboración entre los pacientes y sus proveedores de manera abierta y respetuosa. Se espera que los pacientes comprendan sus derechos y asuman ciertas responsabilidades.

Derechos del paciente:

Usted tiene derecho a:

Tratamiento

- Recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, orientación sexual o fuente de pago.
- Recibir información completa sobre su diagnóstico, plan de atención y pronóstico.
- Reciba atención de emergencia si la necesita.
- Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento y plan de atención.
- Rechazar el tratamiento o negarse a participar en la investigación.
- Recibir continuidad de la atención por parte de su proveedor coordinando su atención con otros profesionales de la salud cuando sea necesario.
- Cambie de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles y seleccione una farmacia de su elección.

Privacidad y confidencialidad

- Privacidad mientras este en el centro médico y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con su atención.
- Revise sus registros de salud sin cargo y obtenga una copia de su registro de salud por el cual el centro médico puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia únicamente porque no puede pagar.

Respeto mutuo y conducta

- Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro.

Comunicación y Satisfacción

- Recibir toda la información que necesita para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluya los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
- Busque ayuda, como una silla de ruedas o un intérprete, lo que facilita la obtención de atención.
- Expresar cualquier queja o inquietud a la Administración de LRMC llamando al 843-663-8306.

Responsabilidades del paciente:

Por favor, asuma las siguientes responsabilidades:

Historial del paciente

- Proporcionar información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informe los cambios inesperados en su afección al proveedor o otros profesionales responsables de su atención.

Entendiendo su atención

- Indique honestamente si entiende claramente su plan de atención y cuál es su papel en el plan.
- Siga el plan de atención recomendado por su equipo de atención médica.
- Si usted no comprende o no está de acuerdo con su plan de atención, hable con su proveedor o otro profesional de salud responsable de su atención.
- Asista a sus citas o llame para cancelar o reprogramar su cita.

Respeto mutuo y conducta

- Siga las reglas y regulaciones del centro médico con respecto a la atención y conducta del paciente (Ejemplos: No fumar, No armas, etc.).
- Ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal del centro médico.
- Sea respetuoso y use un lenguaje y un comportamiento apropiado con el personal del centro médico, otros pacientes y visitantes.

Obligaciones financieras

- Asegurese de que las obligaciones financieras de su atención se cumplan con prontitud, independientemente del tipo de seguro o otra cobertura de atención médica que tenga.
- Notifique a LRMC si le preocupan las dificultades financieras con las tarifas y los pagos para que se puedan explorar otros arreglos de pago y/o programas de asistencia financiera.

Firma del Paciente/Firma del representante del paciente

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de expediente (Solo para uso de oficina): _____

Doy mi consentimiento para que yo o mi hijo/hija recibamos el tratamiento dental que los proveedores de Little River Medical Center consideren necesario. Estos procedimientos incluyen, pero no se limitan a, exámenes, radiografías, profilaxis oral (limpieza), tratamientos con fluoruro, selladores, restauraciones (empastes de amalgama, empastes blancos de resina y coronas), tratamientos periodontales (encías), tratamientos endodónticos (endodoncia), extracciones y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva un pequeño riesgo de inflamación, hematomas, reacciones alérgicas, cambios en la percepción del dolor, anestesia prolongada (entumecimiento) y parestesia (hormigueo/picazón). Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindido o revocado.

(Escriba su nombre) (Relación) (Fecha)

(Su firma) (Testigo) (Fecha)

Esta sección debe ser completada para niños menores de 18 años ÚNICAMENTE por un padre o tutor legal.

Afirmo que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Si no puedo acompañar a mi hijo, doy permiso para que las personas nombradas a continuación acompañen a mi hijo a los tratamientos dentales:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindido o revocado.