

Información del paciente:

Apellidos: _____ Sufijo: II III IV Hijo Padre

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre anterior: _____ ¿Qué nombre desea que utilicemos? _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de trabajo: _____

Recordatorio preferido para citas: Llamada telefónica Mensaje de texto

Hora preferida para llamadas: Por la mañana Tarde Noche

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____ # de Seguridad Social: _____ - _____ - _____

Sexo al nacer: Masculino Femenino

Identidad de género (mayores de 18 años): Masculino Femenino Mujer transgénero
 Hombre transgénero Género no binario Otro género Optar por no responder

Orientación sexual (mayores de 18 años): Heterosexual Lesbiana/gay Bisexual
 Optar por no responder Otro: _____

Pronombres preferidos (mayores de 18 años): él/él/le/lo/su/suyo/de él/él mismo
 ella/ella/le/la/su/suya/de ella/ella misma Elle/elles/le/les Otro pronombre (especifique): _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a legalmente Divorciado/a Viudo/a Compañero/a de vida

Idioma principal: Inglés Español Portugués Lengua de señas americano (ASL, por sus siglas en inglés)
 Otro: _____

Raza: Afroamericanos/Negros Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Indio/Asiático Chino
 Filipino Japonés Coreano Guameño o chamorro Nativo de Hawái
 Otros asiáticos Otros isleños del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco

Etnia: No hispano/latino Hispano/latino Mexicano Mexicoamericano Chicano Puertorriqueño Cubano

Condición de estudiante: Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial No estudiante

Situación laboral: A tiempo completo A tiempo parcial Independiente Jubilado Desempleado

Información del responsable:

Nombre del responsable (persona financieramente responsable de cualquier saldo del paciente): _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del responsable (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono del responsable _____

Dirección residencial (si la dirección postal es un apartado postal):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de contacto para emergencias:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Información adicional del paciente:

Como centro de salud comunitario, Little River Medical Center ofrece un programa de descuentos por tarifa móvil a todos los pacientes. Esta prestación puede ayudar a reducir el costo de los servicios de atención médica proporcionados por Little River Medical Center y hacer que los medicamentos sean más asequibles en nuestras farmacias de Little River Medical Center. Cualquier paciente, con o sin seguro, puede presentar una solicitud y la elegibilidad está en función de los ingresos y el tamaño del hogar. Rellene la siguiente información:

en la familia: _____

\$0 - \$10,000

\$30,001 - \$40,000

\$60,001 - \$70,000

\$10,001 - \$20,000

\$40,001 - \$50,000

\$70,001 - \$80,000

Optar por no responder

\$20,001 - \$30,000

\$50,001 - \$60,000

\$80,001 o más

Me interesa obtener más información o solicitar su programa de descuento por tarifa móvil.

Situación militar: Veterano No veterano

¿Es usted propietario o alquila su casa/departamento? Sí No En caso negativo, usted se queda:

En un albergue

con amigos/familiares

Viviendas de apoyo permanente

Viviendas de transición

Calle

Otro: _____

En los últimos 2 años, ¿ha establecido usted o su familia un hogar temporal para trabajar en la agricultura? Sí No

En los últimos 2 años, ¿ha trabajado usted o algún miembro de su familia en la agricultura de forma estacional (p. ej., recogiendo fruta)? Sí No

Registro electoral: Ya está registrado Desea registrarse No estoy interesado en registrarme

¿Cómo se enteró de Little River Medical Center? Valla publicitaria Periódico Familia/amigo Radio

Hospital

Otra consulta médica

Televisión

Guía telefónica

En línea

Redes sociales

Evento comunitario

Otro: _____

Información de la farmacia:

Después de su cita, su(s) receta(s) será(n) enviada(s) a nuestra farmacia de Little River Medical Center (LRMC, por sus siglas en inglés). ¿Qué ubicación le gustaría utilizar?

Seleccione la ubicación preferida: Little River Carolina Forest Loris South Strand

Me gustaría utilizar otra farmacia local o de venta por correo para mis medicamentos (especifique a continuación)

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Medicamentos actuales y alergias:

Indique todos los medicamentos que toma actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia lo toma? (p. ej., una vez al día)

Indique cualquier alergia que padezca:

Nombre	Reacción

 Sin alergias conocidas**Historial quirúrgico, médico y social:**

¿Se ha sometido a alguna intervención quirúrgica en el pasado? (Marque todo lo que corresponda):

- Apéndice Mama Cesárea Dilatación y legrado Vesícula biliar
 Cirugía de reasignación de género Corazón Hernia Histerectomía Amígdalas
 Ligadura de trompas Otra: _____

¿Padece o ha padecido algo de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda): Anemia-Trastorno sanguíneo

- Angina de pecho/dolor torácico Artritis Articulación artificial Asma/rinitis alérgica
 Transfusión de sangre Cáncer/quimioterapia Colesterol Cardiopatía congénita Diabetes
 Epilepsia (convulsiones) Sangrado excesivo Infecciones vaginales frecuentes Gota Ataque cardíaco
 Cardiopatía Soplo cardíaco Marcapasos Hepatitis A, B, C Hepatitis (ictericia)
 Hipertensión arterial VIH/SIDA Latidos irregulares Hepatopatía Hipotensión arterial
 Prolapso de la válvula mitral Problemas nerviosos Osteoporosis Úlcera péptica/estómago
 Flebitis (coágulo sanguíneo) Fiebre reumática Anemia de células falciformes Accidente cerebrovascular
 Tuberculosis Enfermedades de transmisión sexual Otra: _____

Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

¿Fuma?: Sí, actualmente fumo ¿Cuántos años lleva fumando?: _____ ¿Cuánto fuma al día?: _____
 Exfumador ¿Cuándo dejó de fumar? _____ No, nunca he fumado

¿Consume alcohol?: Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto consume a la semana?: _____¿Consume café?: Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas tazas consume al día?: _____¿Usa cinturón de seguridad?: Sí No¿Se ha sometido alguna vez a pruebas de detección del cáncer colorrectal? Sí En caso afirmativo, ¿cuándo?: _____ No**Historial ginecoobstétrico:**Fecha del último parto: _____ Menstruaciones regulares: Sí No Fecha de la última regla: _____

de embarazos: _____ # de hijos vivos: _____ Método anticonceptivo: _____

Última prueba de Papanicolaou: _____ Última mamografía: _____

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="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Acrílico <input type="checkbox"/> Metal <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Otra Sustancia:
¿Desea hablar con el/la dentista en privado sobre algún problema?			
* Sección para las damas solamente			<input type="checkbox"/> ¿Está embarazada? o ¿Quiere quedar embarazada? <input type="checkbox"/> ¿Está amamantando? <input type="checkbox"/> ¿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			

Autorizo a Little River Medical Center (LRMC, por sus siglas en inglés) a divulgar cualquier información médica pertinente para el pago de los gastos médicos incurridos por mí a las compañías de seguros nombradas a continuación o a sus intermediarios, aseguradoras, agentes o agentes de facturación. Permiso que se utilice una copia de la autorización en lugar de la solicitud original para el pago de las prestaciones del seguro médico, ya sea a mi persona o a la parte que acepte las cesiones.

Compañía de seguros	Fecha	Número de póliza
Compañía de seguros	Fecha	Número de póliza
Nombre del titular de la tarjeta: _____ # de Seguridad Social: _____ Relación con el paciente: _____		
F. de n. del titular de la tarjeta: _____ Número de teléfono: _____ Teléfono móvil: _____		

CESIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SEGURO

Por la presente, cedo mis derechos en virtud de la póliza de seguro anteriormente mencionada a Little River Medical Center, incluidos, entre otros, los seguros de gastos médicos y dentales mayores, las prestaciones hospitalarias, las prestaciones por enfermedad o las prestaciones por lesiones. En el caso de que un tercero se considere responsable de cualquier afección médica, cedo mis derechos en virtud de un seguro como el seguro de automóviles, seguro de indemnización por accidentes de trabajo o pagos mínimos por hospitalización o por incapacidad, comúnmente conocido como "cobertura contra lesiones personales [PIP, por sus siglas en inglés]", de conformidad con la Sección 56-11 *110 S.C. del Código de Leyes de 1976, en su versión modificada, y el producto de todas las reclamaciones resultantes de la responsabilidad de terceros pagaderas por cualquier persona, empleador o compañía de seguros a mi favor o para mí hasta el importe total de los cargos médicos/dentales incurridos. Además, garantizo y declaro que cualquier seguro cedido es un seguro válido y vigente.

RESPONSABILIDAD PERSONAL

Entiendo expresamente que soy personalmente responsable de la totalidad de los importes de los gastos médicos/dentales/de salud conductual en los que haya incurrido para recibir atención y tratamiento, ya sea en régimen de hospitalización o ambulatorio. Cualquier pago recibido por Little River Medical Center, como resultado de la autorización para la divulgación de información médica y las cesiones de prestaciones de seguro anteriormente mencionadas, se acreditará a mis cuentas, y yo seré personalmente responsable de cualquier saldo restante en cualquiera de las cuentas médicas, de salud mental o dentales de Little River Medical Center.

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO O LOS 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. En caso contrario, (yo) _____ podría verme obligado/a a cubrir la totalidad de los servicios prestados.

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

Autorizo a Little River Medical Center a prestar la atención y el tratamiento médico/dental que consideren apropiados bajo las indicaciones de mi médico/dentista general y de los asociados, socios o personas designadas que se seleccionen para realizar dicho tratamiento. Reconozco que durante el curso del tratamiento, pueden surgir condiciones que requieran procedimientos o servicios adicionales. Además, autorizo y solicito que mi médico/dentista y asociados, socios, asistentes o designados que él/ella seleccione, según lo considere oportuno a su mejor criterio profesional, realicen dichos procedimientos y servicios.

Con el propósito de promover el conocimiento médico, doy mi consentimiento para la admisión de estudiantes de medicina, traductores y observadores de acuerdo con las prácticas habituales de esta institución médica **Sí** **No** Autorizo a los fabricantes farmacéuticos y a sus auditores a acceder a mis registros de farmacia como parte de mi participación en su programa de asistencia al paciente, en caso de participar en dicho programa. Entiendo que esta información puede incluir medicamentos e información médica protegida. (____) iniciales.

Yo, _____, doy mi consentimiento para divulgar (a) **toda mi información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)** o (b) **únicamente la siguiente PHI** _____

Durante mi visita a Little River Medical Center (LRMC), autorizo la entrega de mi medicamento en la farmacia de LRMC y la recepción de resultados de PHI por teléfono de LRMC a las siguientes personas:

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono móvil

Yo, _____, tutor legal del menor, _____, doy permiso para que LRMC divulgue PHI sobre el menor anteriormente mencionado durante (a) **visita médica**, o (b) **por teléfono a las siguientes personas, que también pueden recoger la medicina del menor en la farmacia de LRMC:**

Nombre	Relación	Número de teléfono	Número de teléfono móvil

La presente autorización estará en vigor y será efectiva hasta: _____ momento en el cual esta autorización para divulgar dicha información expirará. Ninguna persona ha ofrecido ni otorgado garantía o seguridad alguna en cuanto a los resultados que puedan obtenerse mediante cualquier tratamiento o procedimiento que se me proporcione. Mediante la firma que aparece a continuación, el/la que suscribe certifica que los párrafos anteriores han sido leídos en su totalidad y comprendidos por el/la mismo/a, y que toda la información proporcionada es veraz.

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Para que podamos seguir atendiendo sus necesidades de atención médica y las de su familia, le pedimos que respete nuestra política de pagos.

- El pago debe efectuarse en el momento de la prestación del servicio. Cualquier otro arreglo deberá realizarse con el gerente de la oficina administrativa, o su designado, antes de ser atendido/a.
- Little River Medical Center se reserva el derecho de controlar las citas hasta que se hayan realizado los arreglos financieros.
- Little River Medical Center presentará reclamaciones de seguros únicamente ante ciertas compañías aseguradoras. El personal de recepción le explicará su póliza en su primera visita. Dependiendo de su compañía de seguros, es posible que se le exija un copago y un porcentaje al registrarse.
- Little River Medical Center no es responsable del seguimiento con las compañías de seguros. Cuando el pago de la compañía aseguradora no se haya recibido dentro de los 45 días posteriores a la presentación de la reclamación, la parte responsable recibirá entonces un estado de cuenta en el que se indicará que se espera el pago dentro de los 15 días siguientes.
- Los pacientes que califiquen para nuestro programa por tarifa móvil son responsables del pago total de los servicios o de las tarifas que se hayan establecido en una escala móvil.
- Se espera el pago en el momento del servicio. Las formas de pago aceptadas son efectivo, cheque, Master Card y VISA.

El que suscribe reconoce por la presente haber leído y estar de acuerdo con la política de pagos de Little River Medical Center anteriormente mencionada.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nos comprometemos a proteger su información médica personal de conformidad con la ley. El aviso de prácticas de privacidad adjunto establece lo siguiente:

- Nuestras obligaciones en virtud de la ley con respecto a su información médica personal.
- Cómo podemos utilizar y divulgar la información médica que conservamos sobre usted.
- Sus derechos en relación con su información médica personal.
- Nuestros derechos a modificar 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 de contacto para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

La ley nos exige entregarle una copia de este aviso y obtener su acuse de recibo por escrito de que ha recibido una copia del mismo.

Acuse de recibo del paciente

Yo, _____, reconozco por la presente que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad.

Firma del paciente/firma del representante del paciente

Fecha

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente

Solo para uso interno

En lugar de la firma del paciente, yo, _____, miembro del personal de Little River Medical Center, declaro que _____ ha recibido nuestro aviso de prácticas de privacidad actual.

Fecha: _____

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

Derechos del paciente:

Tiene derecho a lo siguiente:

Tratamiento

- Recibir un 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.
- Recibir atención de urgencia 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 en la atención médica mediante la coordinación de su proveedor con otros profesionales de atención médica cuando sea necesario.
- Cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles y seleccionar una farmacia de su elección.

Privacidad y confidencialidad

- Privacidad durante su estancia en el centro médico y confidencialidad de toda la información y registros relativos a su atención.
- Revisar gratuitamente su historial médico y obtener una copia del mismo por la que el centro médico puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia únicamente porque no pueda pagarla.

Respeto mutuo y conducta

- Recibir una atención considerada y respetuosa en un entorno limpio y seguro.

Comunicación y satisfacción

- Recibir toda la información que necesite para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
- Buscar ayuda, como una silla de ruedas o un intérprete, que facilite la obtención de atención.
- Expresar cualquier queja o preocupación a la administración de Little River Medical Center (LRMC, por sus siglas en inglés) llamando al 843-663-8306.

Responsabilidades del paciente:

Asuma las siguientes responsabilidades:

Historial del paciente

- Proporcionar información precisa y completa sobre dolencias actuales, enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informar sobre cambios inesperados en su estado al proveedor u otros profesionales responsables de su atención.

Comprensión de su atención médica

- Indicar honestamente si comprende claramente su plan de atención y cuál es su papel en el mismo.
- Seguir el plan de atención recomendado por su equipo de atención médica.
- Si no comprende o no está de acuerdo con su plan de atención, coméntelo con su proveedor u otro profesional de atención médica responsable de su atención.
- Acudir a sus citas o llamar para cancelarlas o cambiarlas.

Respeto mutuo y conducta

- Seguir las normas y reglamentos del centro médico en relación con la atención y conducta del paciente (Por ejemplo: No fumar, no portar armas, etc.).
- Ser considerado con los derechos de los demás pacientes y del personal del centro médico.
- Ser respetuoso y utilizar un lenguaje y una conducta adecuados con el personal del centro médico, otros pacientes y visitantes.

Obligaciones financieras

- Asegurarse de que las obligaciones financieras correspondientes a su atención médica se cumplan puntualmente, independientemente del tipo de seguro u otra cobertura de atención médica que posea.
- Notificar a LRMC si tiene dificultades financieras con las tarifas y los pagos, de modo que se puedan explorar otros arreglos de pago y 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: _____

Nombre: _____ Relación: _____

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