

**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: \_\_\_\_\_

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:**

*Assume 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