



ReGenesis Health Care

FORMULARIO DE REGISTRO PARA ADULTOS

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento			Edad
	<i>Apellido</i>	<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	

Sex: () Masculino () Femenino () U **Seguro Social #** _____

Genero: () Masculino () Femenino () Transexual Masculino () Transexual Femenino () Other () Niega Reportar

Orientacion Sexual: () Lesbiana, gay u homosexual () Recto o heterosexual () Bisexual () Algo diferente () No se () Niega Reportar

Dirección Postal _____ Dpto/Suite _____
 Ciudad _ _ _ Estado Código postal

Teléfono # _____ **Celular #** _____ ¿Mejor forma de encontrarle? Casa Celular

Estado Civil Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Otro

Contacto de Emergencia _____ **Teléfono#** _____

Relación con el paciente _____

Correo Electronico: _____

Grupo Étnico Indio Americano/Originario de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Hispano
 Latino Originario de Hawai Otro Isleño del Pacífico Rehusó Reportar Blanco

Idioma: Inglés Lenguaje a Señas Español Otro (Por favor indique idioma) _____

Característica: Trabajador Inmigrante Trabajador por Temporada Indigente Indigente en Refugio
 Transicional/Visitante Hogar con Varias Familias Desconocido Otro

Adultos Solamente: Tiene usted un avance directivo Si No En caso afirmativo, por favor proporcione una copia de la informacion a su proveedor de salud medica para ser colocado en su expediente medico.

Fuente de Referencia (¿Cómo escuchó de nosotros?): Feria/Evento de Salud Pariente/Amigo Periódico Internet
 Guía Telefónica Boca a Boca Hospital/Agencia/Médico _____

Nombre del hospital/agencia/medico

El Centro Médico ReGenesis ofrece una farmacia interna dentro de nuestra ubicación en Church Street. Si desea que su prescripción sea administrada en nuestra ubicación, por favor marque aquí. De otra manera, por favor escriba el nombre, dirección y teléfono de la Farmacia de su preferencia:

Sólo Para Propósitos de Información

Ingreso Anual del Hogar _____ Tamaño de la Familia _____ ¿Es usted veterano? Sí No

INFORMACIÓN LABORAL DEL PACIENTE (PADRE/TUTOR)

Situación Laboral: Tiempo completo Medio tiempo Desempleado Retirado Por temporada Inmigrante

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Teléfono del Empleador # _____ Podemos contactarle en el trabajo: Sí No



INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL PACIENTE (PADRE/TUTOR)

*Se requieren co-pagos al momento de la visita y/o el pago de los servicios no están cubiertos por el seguro.

Seguro Privado Pago Propio Comp de Trabajador Discapacitado Otro
 Medicare# _____ Medicaid# _____
Compañía de Seguros _____ Nombre del Asegurado _____
Grupo# _____ Póliza# _____
SS# _____ DOB _____
Empleador: _____ Teléfono del Empleador # _____
Dirección del Empleador: _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

*Autorizo la divulgación de cualquier información médica de mi registro, a la compañía de seguros nombrada arriba, a fin de procesar mi reclamo.

Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal / Fecha

AUTORIZO QUE SE COMPARTA MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Firma del Paciente (Pariente/Tutor) _____ Fecha: _____

¿Cómo le gustaría que le contacten en relación a citas, tratamiento u otra información relacionada a su cuidado?

____ Correo ____ Teléfono de Casa ____ Teléfono del Trabajo

Si tiene una máquina contestadora, ¿podríamos dejarle un mensaje no específico relacionado a citas u otra información relacionada a su cuidado? ____ Sí ____ No

Si no autoriza el uso de ninguno de estos métodos, entonces por favor indique cualquier método alternativo que podríamos usar para contactarle: _____

Firma del Paciente (Pariente/Tutor) _____ Fecha: _____



**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO / AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE /
RECONOCIMIENTO DE LIBERACIÓN DE BENEFICIOS**

Las siguientes son las condiciones de los servicios provistos por ReGenesis Health Care para el paciente cuyo nombre aparece al final de esta página.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo consiento voluntariamente al tratamiento médico y a los procedimientos de diagnóstico provistos por ReGenesis Health Care y sus médicos, clínicos y otro personal asociado. Consiento a que se me realicen pruebas de enfermedades infecciosas, tales como, sin limitación, sífilis, SIDA, hepatitis y pruebas de drogas si mi médico lo considera aconsejable. Soy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta y reconozco que no se ha realizado ninguna garantía en cuanto al resultado de los tratamientos y exámenes.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

ReGenesis Health Care está autorizada a divulgar cualquier información médica requerida en el procesamiento de solicitudes o en la presentación de información para cobertura financiera y mayores tratamientos médicos. A incluir información referida a cuidados psiquiátricos, ataque sexual o pruebas de enfermedades infecciosas incluyendo SIDA/VIH para servicios provistos durante esta visita. También acepto la divulgación de información médica o de otro tipo acerca mío, a agencias regulatorias federales o estatales del gobierno, de acuerdo a lo requerido por ley.

CESIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Garantizo el pago de todos cargos realizados para el paciente o por su cuenta y cedo mis derechos sobre cualquier beneficio de seguro u otro financiamiento a ReGenesis Health Care. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro u otras formas de beneficios.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido o leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo se podría Usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debería leerlo con cuidado. Soy consciente que el Aviso podría cambiar de cuando en cuando. Se puede acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad en www.myrhc.org.

Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal

Fecha

Si se firma por persona distinta al paciente, relación con el paciente: _____

Testigo (Personal): _____

Fecha

***Esta organización está obligada a mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud y proveerle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recolectamos y mantenemos acerca suyo.**

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene alguna alergia a medicamentos? Sí No

Si es así, indique los medicamentos a los que es alérgico:

¿Qué tipo de reacción adversa? _____ Indique cualquier otra alergia _____

¿Toma algún medicamento con prescripción? Sí No

Si es así, por favor indique todos los medicamentos:

¿Toma algún medicamento sin prescripción? Sí No

Si es así, por favor marque todos los que aplican:

Aspirina Ibuprofen/Tylenol Advil/Aleve Vitaminas Otros: _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No Si es así, por favor indique: _____

¿Usted o algún miembro de su familia tiene alguna de las siguientes condiciones? Por favor marque todos los que apliquen a usted o a un familiar:

	USTED	FAMILIAR	RELACIÓN
Problemas de Úlcera/Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dependencia Química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Indique): _____

¿Fuma?: Sí No Si es así, ¿cuánto? _____ Cigarros/Cajetillas por día

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No Si es así, cuánto: _____

Por favor indique cualquier necesidad cultural o étnica que podría afectar su cuidado:

Pacientes:

1. **Mantenga siempre este formulario con usted.**
2. Lleve este formulario a TODAS las visitas al médico y a TODAS las pruebas médicas (laboratorio, Rayos X , MRI, CT, etc.). Lleve este formulario a TODAS las visitas de pre-evaluación para hospitalización o cirugía y a TODAS las visitas al hospital (ER, hospitalización del paciente, visitas ambulatorias).
3. Actualice este formulario a medida que cambien sus medicamentos. Si dejó de tomar un medicamento, táchelo y registre la fecha en que lo dejó. Si necesita ayuda para llenar este formulario, pídsela a un Médico, una Enfermera o un Farmacéutico.
4. En la columna de extrema derecha, registre la razón para tomar el medicamento (presión sanguínea alta, azúcar alta en la sangre, colesterol alto) y el nombre del doctor que le dijo que tome este medicamento. **Mantenga siempre este formulario con usted.**
5. Dígale a su familia, amigos y vecinos sobre los beneficios de utilizar este formulario.
6. Cuando regrese a su médico, lleve con usted su formulario fechado. **Mantenga siempre este formulario con usted.** Esto mantendrá a todos al día sobre sus medicamentos.

¿CÓMO LE AYUDA ESTE FORMULARIO?

Al usar este formulario, se

1. **Reduce la confusión y ahorra tiempo.** No tiene que recordar todos los medicamentos que toma, el formulario lo hace por usted.
2. **Mejora la comunicación.** Provee a los médicos, a los proveedores de cuidados de salud y a las instituciones una lista vigente de TODOS sus medicamentos. Permite al paciente y/o familiares saber exactamente qué medicamentos se deben tomar y cuándo.
3. **Mejora la SEGURIDAD DE MEDICACIÓN.** Las interacciones y duplicaciones se pueden detectar y corregir.



Como tu **Casa médica centrada en el paciente** estamos comprometidos con su salud toda la vida y el bienestar

Casa médica de paciente centrado significa que estamos disponibles durante y después de horas de oficina:

- Queremos ver el mismo proveedor en cada visita; sin embargo, su propio proveedor de puede ser completamente reservado, por lo tanto, que le ayudará a ver uno de nuestros otros proveedores para evitar retrasos.
- Habitualmente tenemos horas de la noche en algunos de nuestros lugares.
- Mantenemos varias citas abiertas para cada proveedor para el mismo día citas.
- Ofrecemos un asesoramiento médico adecuado e información en oficina de horas.
- Contamos con una enfermera en afterhours de llamada (864-582-2411) y los fines de semana cuando la oficina es cerrado.

Casa médica de paciente centrado significa que utilizamos "Evidencia base Care" de corto y largo plazo enfermedades:

- Nos preocupamos por las enfermedades a corto plazo y a largo plazo enfermedades crónicas manage. También ofrecemos servicios de odontología, además, a ofrecer servicios de recetas a través de nuestro farmacia.
- Consejería de salud conductual (CSF) se ofrece a pacientes nuevos que expresan un interés en ver a un especialista de salud mental regénesis salud (RHC) por la remisión después de la visita de un nuevo paciente inicial se ha completado con un médico de atención primaria de RHC.
- BHC también está disponible para pacientes activos, establecidos por solicitar una remisión de su PCP durante una visita, por mensaje de teléfono de su PCP/enfermería, uno mismo-referirse o solicitar una cita del personal de recepción.

Casa médica de paciente centrado significa que organizamos su cuidado médico fuera de nuestra práctica:

- Nosotros seguimiento de pruebas de laboratorio, estudios de imágenes, y referencias de pedido para usted.
- Le ayudamos hacer a especialistas en citas y monitor para ver si ha ido a estas citas.
- Contamos con procesos para asegurar que todos los resultados de las pruebas vienen a tu proveedor para revisión.
- Obtenemos los registros de visitas de ER y hospitalizaciones por lo que permanecen actualizados sus registros. Si usted necesita obtener sus expedientes médicos puede comunicarse con el Departamento de información de salud en el 864-582-2817 ext. 1326.

Casa médica de paciente centrado significa que esperamos que usted sea un participante activo en el autocuidado de su salud:

- Aceptas guardar todas las citas programadas en nuestra oficina, así como con cualquier especialista.
- Estará abierto y honesto en la prestación de su médico con su salud relacionados con la información.
- Usted participará en el desarrollo de un plan de acción para ayudar en cuidado de autogestión.
- Usted nos notifique si cambios en su seguro, recetados o situación financiera.

Casa médica de paciente centrado significa que buscamos activamente mejorar la calidad de nuestros servicios:

- Respetamos su privacidad y mantener la confidencialidad de su información de salud del paciente.
- Pedimos su aportación para los esfuerzos de mejora a través de buzones de sugerencias y satisfacción encuestas.
- Estamos comprometidos con brindar atención de calidad, asequible a todos independientemente de su capacidad de salarios y ningún paciente serán negados servicios de salud debido a la incapacidad de un individuo de pagar por tales servicios.
- Para garantizar el acceso a la atención, RHC proporciona servicios en una descuento (cuota de deslizamiento) tarifa a pacientes cuyo total ingresos cae dentro de ciertos parámetros de las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de salud y humanos servicios. Cualquier paciente que desean aplicar para seguro de salud puede visite www.healthcare.gov para revisar sus opciones.