

15 INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre & relación del adulto acompañando al niño: _____ :

Apunte las personas que tienen permiso obtener tratamiento médico para su hijo si usted no puede acompañar su hijo. La persona debe proveer identificación con foto a la hora de la visita.

Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

16 ¿Cómo quiere ser contactado sobre las citas, tratamientos, u otra información perteneciente a su cuidado
_____ Correo _____ Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo

¿Si usted tiene un contestador automático, podemos dejar un recado no específico, sobre las citas u otra informa perteneciente a su cuidado? _____ Sí _____ No

Si usted no autorizo el uso de cualquier de estos métodos, por favor apunte cualquier método alternativo que po para contactarlo: _____

Firma del paciente (padre/tutor) _____ **Fecha:** _____

17 ¿Usted es un veterano? Sí No

Ingreso anual del hogar _____ Tamaño de la familia _____ (solo con fines informativos)

18 Situación laboral Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado/Ninguno Estudiante Tiempo con

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

19 INFORMACIÓN DE SEGURO (por favor provee copias de todas las tarjetas de seguro médico

**Copagos son necesarios a la hora de la visita y/o pago de los servicios no cubiertos por el*

Seguro privado Autopago Compensación del trabajador Discapacitado Otro

Nombre de plan (Seguro primario) _____

Número de certificado/plan _____ Fecha de aplicación _____

Nombre de plan (Otro seguro) _____

Número de certificado/plan _____ Fecha de aplicación _____

20 INFORMACIÓN DEL FIADOR (persona financieramente responsable por cualquier saldo del paciente) [] Marque

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Relación al paciente _____ Número de seguro social _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono Casa _____ Celular _____ ¿Mejor manera de cont

21 INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (persona que lleva el seguro) [] Marque si también es el paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Relación al paciente _____ Número de seguro social _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono Casa _____ Celular _____ ¿Mejor manera de cont

*Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para mi registro a la compañía d para poder tramitar mi reclamación. Entiendo que soy responsable de cualesquiera cargos no cubierte por el seguro u otras formas de beneficios.

Firma del paciente, tutor o representante legal / Fecha



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 mane. 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, 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. 3615.

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.