


ReGenesis Health Care
FORMULARIO DE REGISTRO

1a Nombre del paciente _____
Apellido *Primer nombre* *Segundo nombre*

1b Si es menor de edad _____
Nombre de la madre/Guardián legal *Relación* *Nombre del padre/Guardián legal*

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Número de seguro social _____

2 Contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____
Relación al paciente _____

3 Sexo: () Varón () Hembra () Otro () Rehusó declarar
Género: () Varón () Hembra () Varón transgénero () Hembra transgénero () Otro () Rehusó declarar
Tendencia sexual: () Lesbiana, gay u homosexual () Hetero o heterosexual () Bisexual
() Algo más (por favor especifique) _____ () Desconocido () Rehusó declarar

4 Dirección postal _____ Número de apartamento _____
Ciudad _____ Condado _____ Estado _____
Número de teléfono Casa _____ Celular _____ ¿Mejor manera de contactar _____

5 Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja estable Separado legalmente

6 Idioma chino inglés francés alemán italiano japonés otro lengua de señas español
 Sin declarar/Rehusó declarar

7 Raza indígena de América o indígena de Alaska asiático negro/afroamericano indígena de Alaska
 Otro isleño del pacifico Sin declarar/Rehusó declarar Blanco

8 Origen étnico hispano/latino no hispano/latino Sin declarar/Rehusó declarar

9 Alojamiento Compartiendo Refugio para indigentes No indigente Otro Calle Transición

10 Agrícola Dependiente de un emigrante Dependiente de estacional Trabajador migrante No agrícola
 Trabajador estacional

11 Correo electrónico _____

12 ReGenesis Health Care ofrece una farmacia propia. Si usted quisiera surtir sus recetas allí mismo en nuestro sitio, por favor marque aquí (). Si no, por favor apunte el nombre, lugar y número de teléfono de la farmacia preferida: _____

13 ¿Usted tiene una directiva médica por adelantado? Sí No
Si la respuesta es afirmativa por favor provee una copia de la información a su proveedor de servicios médicos para poner lo en su historial médico. Por favor apunte a continuación los nombres de cualquier pariente, además de la relación a usted, quienes usted autoriza ReGenesis Health Care comunicarse con sobre su cuidado.

14 AUTORIZO EL COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LOS SIGUIENTES INDIVIDUAL
Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____

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

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.