



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Las siguientes son las condiciones para los servicios proporcionados por el Greenville Hospital System (GHS) para el paciente cuyo nombre aparece arriba.

**CONSENTIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO:** Los médicos que son miembros del Personal Médico que practica en las instalaciones de GHS podrían no ser empleados o agentes del GHS; por lo tanto, GHS no es responsable de ningún acto u omisión por parte del médico que no sea empleado o agente de GHS. GHS es una institución médica de enseñanza; por lo que, estudiantes de medicina y residentes pueden estar involucrados en su cuidado bajo la supervisión del médico a cargo. Yo/Nosotros autorizamos cualquier examen de rayos X, procedimiento de laboratorio, anestesia médica, quirúrgicos o servicios dados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico. Si un empleado de salud entra en contacto directo con la sangre o líquidos corporales del paciente, yo entiendo que la sangre del paciente puede ser examinada para ver si contiene el virus de hepatitis B, virus de hepatitis C, o VIH (virus de inmunodeficiencia humano) para determinar si los virus están presentes, poniendo en peligro al trabajador de la salud (de acuerdo con el título 44, capítulo 29, sección 44-29-230 del Estatuto de Carolina del Sur). Los resultados de los exámenes estarán disponibles para el paciente.

**ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO Y RECLAMACIONES DE TERCEROS PARTICIPES:** Si la cuenta no es pagada al momento del servicio, yo, por medio de este documento asigno a GHS cualquier y todos los derechos incluyendo retribuciones que provengan de los siguientes: TRICARE beneficios médicos mayores, PIP [protección personal contra lesiones], beneficios de enfermedad, beneficios de doctores; beneficios de lesión; o cualquier otro beneficio de salud, accidente, o bienestar de cualquier tipo o forma relacionados al paciente, ya sea que esté asegurado o pague con sus propios fondos; retribuciones de cualquier convenio de pago de deudas o juicio que este siendo pagado por o en nombre de un tercer participe; y cualquier otro beneficio que se deba de la póliza de seguro. Todas las cantidades recaudadas serán abonadas a la cuenta del paciente. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por el seguro, Medicare, Medicaid, o cualquier otro beneficio. Yo por medio de este documento también asigno a cualquier médico cualquier retribución de los beneficios anteriores que sean pagados por o en nombre de un tercer participe o por cualquier póliza de seguro por servicios proporcionados por GHS [tales como Radiólogos, Patólogos, Médicos del Departamento de Emergencia, y otros médicos privados.] Además, yo/nosotros garantizamos y representamos que cualquier seguro o plan que asignemos es válido y está vigente, y que tenemos derecho a hacer esta asignación. En caso de que alguna reclamación de pago presentada por GHS a mi agente de seguros o a mi administrador de plan sea negada, yo mediante la presente autorizo a GHS para que realice una revisión administrativa de la reclamación disputada de acuerdo con el(los) estatuto(s) aplicable(s) de mi plan o póliza, solicite o presente una acción legal/equitativa. Si mi plan o póliza está provista conforme al Acta de Beneficios de Salud para Empleados Federales., Título 5, Sección 8901 y subsiguientes del Código de los Estados Unidos:este proceso de revisión incluirá, pero no está limitado a, una revisión por parte de la Oficina de Administración del Personal. En caso de que yo sea un participante/beneficiario de un plan de bienestar del trabajador regido por el Decreto de 1974 Seguro de Ingresos para Empleados Retirados ("ERISA" por sus siglas en inglés), Título 29, Sección 1001 y subsiguientes del Código de los Estados Unidos; yo designo a GHS como mi representante legal y le concedo a GHS la autoridad para actuar de mi parte en la búsqueda y solicitud de los beneficios determinados bajo el plan. Tal autoridad debe incluir el derecho de pedir y recibir una copia de la descripción del plan y/o un resumen descriptivo del plan.

**ACUERDO FINANCIERO:** Entiendo que estoy obligado a pagar la cuenta del paciente conforme a las tarifas regulares y términos del GHS. Nombro al GHS como mi representante legal y verdadero para que recaude los valores, endose los cheques y de recibos completos y finales por todas las cantidades recaudadas. En caso que los beneficios excedan los cargos existentes para esta autorizo a GHS a enviar el pago excedente a cualquier otra cuenta de la cual yo sea responsable. Si no hay otras cuentas por las cuales yo sea responsable el pago será depositado en la cuenta inicial y el reembolso procesado como corresponde. Entiendo que GHS puede obtener mi reporte de crédito para revisión en la recaudación de esta deuda. En caso de que esta cuenta sea puesta en manos de una agencia de cobranza o de un abogado para su recaudación, pagaré todos los gastos de recaudación y honorarios razonables del abogado.

[Empty box for initials]

Iniciales del Paciente/Representante Legalmente Autorizado

**ESTE ES UN DOCUMENTO DE DOS PAGINAS**

**COPIA DEL EXPEDIENTE**



## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

**PACIENTES DE MEDICARE:** Si yo fuera elegible para cobertura de Medicare, yo solicito que los pagos de beneficio autorizados de Medicare sean hechos a GHS de mi parte. Certifico que la informacion dad por mi es correcta al momento de solicitar el pago bajo el Titulo XVIII del Acta del Seguro Social.

**CONTACTO DE PACIENTES:** Si por cualquier razon GHS considera necesario ponerse en contacto conmigo despues de ser dado de alta, por medio de este documento autorizo a GHS a contactarme por telefono convencional, telefono celular, direccion particular o a traves de cualquier otra informacion de contacto proporcionada en el momento del pre-registro/registro.

**DIVULGACIÓN/USO DE INFORMACIÓN DE SALUD:** Autorizo a GHS y a los medicos a cargo, a que proporcionen cualquier informacion de salud, incluyendo copias del expediente medico del paciente, relacionada con esta admision o con dl tratamiento solicitados por la Compania de Seguro u otro pagador (tal como Medicare), con el proposito de pagar el servicio de salud brindado. Tambien autorizo a GHS y a los medicos a cargo, a proporcionar,la informacion de salud a otros medicos o centros de servicios medicos para continuidad del cuidado de salud. Reconozco y estoy de acuerdo que GHS puede usar la informacion medica relacionada con el paciente para sus propias operaciones de salud, que incluyen pero no estan limitadas a, Educacion Medica, Revisiones por Pares y Actividades de Analisis de Resultados. Reconozco que he recibido una copia de la Notificacion de Practicas de Privacidad del GHS.

**FOTOGRAFIAR Y GRABAR EN VIDEO:** GHS puede fotografiar, puede filmar, la cinta de vídeo o de otro modo marca video y/o grabaciones en audio del paciente para propósitos de diagnosticar y tratar la condición del paciente y cualquier otros propósitos razonablemente relacionados.

**OBJETOS DE VALOR/PERTENENCIAS:** GHS no es responsable por la propiedad personal que se encuentre en el cuarto del paciente, lentes y otras protesis. Ademas, GHS NO se hara responsable por ninguna pertenencia personal del paciente, incluyendo dinero, a menos que GHS haya extendido un recibo por la custodia de tales pertenencias. Somos una institucion de NO Fumado. Para garantizar su seguridad debemos pedirle que nos entregue su material de fumado hasta que sea dado de alta. Esta norma es impuesta por los guardas de seguridad del hospital.

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO

FECHA

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO  
(NECESARIO SOLO PARA CONSENTIMIENTOS POR  
TELEFONO Y FIRMAS CON UNA "X" O CON UNA MARCA)

ESCRIBA EL NOMBRE Y LA RELACION SI LA FIRMA ANTERIOR NO ES DEL PACIENTE

**ESTE ES UN DOCUMENTO DE DOS PAGINAS**

**COPIA DEL EXPENDIENTE**

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE) (Please print) (por favor escriba en letra de molde)

Full Legal Name: Nombre Completo Legal \_\_\_\_\_ Preferred Name: \_\_\_\_\_  
 Last (Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Nombre Preferido  
 Date of Birth: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año Completo \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female  
 Fecha de nacimiento Month/Day/Complete Year Número de Seguro Social Sexo Masculino Femenino  
 Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone Number: (número de teléfono) \_\_\_\_\_  
 Médico de Cabecera  
 Preferred Pharmacy Name: (Nombre de la Farmacia que Prefiere) \_\_\_\_\_  
 Marital Status:  Single  Married  Divorced  Widowed  Life Partner  Legally Separated  
 Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Compañero de Vida Legalmente Separado  
 Race:  Caucasian (white)  American Indian  African American (black)  Hispanic  Ethnicity/Etnicidad:  
 Raza Caucásico/blanco Indio Americano Afro-Americano (negro) Hispano Hispanic/Latino/Hispano/Latino   
 Biracial  Asian Oriental  Other  Unknown  Desconocido Non-Hispanic/Non-Latino/   
 Refused/Declined/Rehuso/Declino'   
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ City(Cuidad) \_\_\_\_\_ State(Estado) \_\_\_\_\_ Zip(CP) \_\_\_\_\_  
 Mail to Address (Dirección de Correo): \_\_\_\_\_ City(Cuidad) \_\_\_\_\_ State(Estado) \_\_\_\_\_ Zip(CP) \_\_\_\_\_  
 County (Condado): \_\_\_\_\_ Primary Phone: Tel. Principal ( ) \_\_\_\_\_ Secondary Phone: Tel Secundario ( ) \_\_\_\_\_  
 Preferred language (lenguaje Preferido): \_\_\_\_\_ E-mail (Correo electrónico): \_\_\_\_\_  
 Veteran (Veterano): Yes (Si) No Unknown Religion (Religión): \_\_\_\_\_

GUARANTOR INFORMATION (If guarantor is SELF complete SECTION I only)  
 INFORMACIÓN DEL FIADOR (Si el fiador es USTED MISMO complete solo la SECCIÓN I)

Parent/guardian presenting minor child for treatment will be listed as the guarantor. If 18 or older, patient will be listed as guarantor and does not have to complete this section. The guarantor will be responsible for any balance due.  
 Padre/tutor que se presente para el tratamiento de un menor será considerado como el fiador. Si el paciente es mayor de 18 años será considerado como el fiador y no tendrá que completar esta sección. El fiador será responsable de cualquier saldo a pagar.

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Patient relation to Guarantor (Relación del paciente con el fiador): \_\_\_\_\_  
 Last(Apellido/s) First(Primer Nombre) Middle(Segundo Nombre) Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel. Secundario): ( ) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento # de Seguro Social  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ (City) \_\_\_\_\_ (State) \_\_\_\_\_ (Zip) \_\_\_\_\_ (Country)  
 Mail to Address (if different): \_\_\_\_\_ (City) \_\_\_\_\_ (State) \_\_\_\_\_ (Zip) \_\_\_\_\_ (Country)  
 (Dirección de Correo [si es diferente]): \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (CP) \_\_\_\_\_ (Condado)

EMERGENCY CONTACT (Pediatric Patients please list someone other than parent(s)/guardian)

CONTACTO DE EMERGENCIA (Los Pacientes Pediátricos favor de nombrar a otra persona que no sea el padre(s)/tutor)

Primary Contact Name (Nombre del Contacto Principal): \_\_\_\_\_ Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_  
 Patient Relation to Emergency Contact (Relación del Paciente con el Contacto): \_\_\_\_\_  
 Secondary Contact Name (Nombre del Contacto Secundario): \_\_\_\_\_ Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_  
 Patient Relation to Emergency Contact (Relación del Contacto con el Paciente): \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel. Secundario): ( ) \_\_\_\_\_

SECTION I SECCIÓN I

Patient Employer (Empleador del Paciente): \_\_\_\_\_ Work Phone (Número del Trabajo): ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Address (Dirección): \_\_\_\_\_ (City/Cuidad) \_\_\_\_\_ (State/Estado) \_\_\_\_\_ (Zip/CP) \_\_\_\_\_  
 Employment Status (Estado Laboral):  full-time (tiempo completo)  part-time (medio tiempo)  active military (militar activo)  student full time (estudiante de tiempo completo)  
 student part-time (estudiante de medio tiempo)  retired (retirado)  disabled (discapacitado)  self employed (negocio propic)  not employed (sin empleo)  unknown (Desconocido)

(Pediatric Patients ONLY) PARENT/GUARDIAN & IMMEDIATE FAMILY INFORMATION (SOLO Pacientes Pediátricos PADRE/TUTOR E INFORMACIÓN DE LA FAMILIA INMEDIATA)

MOTHER (If the address, phone numbers and employer information is the same as guarantor, please indicate same.)

MADRE (Si la dirección, tel. y empleador son iguales al fiador escriba "same")

Full Name (Nombre Completo): \_\_\_\_\_ Nickname (Apodo): \_\_\_\_\_  
 Last(Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle(segundo Nombre) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_  
 SS# (# de Seguro Social): \_\_\_\_\_ Month (Mes) / Day (Día) / Complete Year (Año Completo)  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/CP \_\_\_\_\_  
 (if different from patient/si es diferente al del paciente)  
 Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel Secundario): ( ) \_\_\_\_\_  
 Employer (Empleador): \_\_\_\_\_ Work Phone /Tel del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

FATHER (If the address, phone numbers and employer information is the same as guarantor, please indicate same.)

PADRE (Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que la del fiador, escriba "same")

Full Name (Nombre Completo): \_\_\_\_\_ Nickname (Apodo): \_\_\_\_\_  
 Last(Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle(segundo Nombre) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_  
 SS# (# de Seguro Social): \_\_\_\_\_ Month (Mes) / Day (Día) / Complete Year (Año Completo)  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/CP \_\_\_\_\_  
 (if different from patient/si es diferente al del paciente)  
 Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel Secundario): ( ) \_\_\_\_\_  
 Employer (Empleador): \_\_\_\_\_ Work Phone/Tel del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

<b>Patient Name (Nombre del Paciente)</b>			<b>DOB (Fecha de Nacimiento)</b>		
<b>(Pediatric Patients ONLY) BROTHERS, SISTERS, &amp; OTHER FAMILY MEMBERS (SOLO Pacientes Pediátricos) HERMANOS, HERMANAS, &amp; OTROS FAMILIARES</b>					
<b>Full Name (Nombre Completo)</b>		<b>Sex (Sexo) M or F</b>	<b>Date of Birth (Fecha de Nacimiento)</b>	<b>Relationship (Relación)</b>	<b>Lives with child (Vive con el niño)</b>
					YES(SI) NO
					YES(SI) NO
					YES(SI) NO
					YES(SI) NO
<input type="checkbox"/> <b>Check here if NO INSURANCE. Skip to SECTION I</b> <input type="checkbox"/> <b>Marque aquí si NO tiene SEGURO. Pase a la SECCIÓN I</b>					
<b>ACCIDENT INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES)</b>					
Is visit the result of an accident? (Examples: auto accident, workers compensation, etc.) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
¿Es esta visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.)     Sí     NO					
Type of accident (Tipo de Accidente): _____ Date of Accident (Fecha del Accidente): _____ County of accident (Condado del accidente): _____					
<b>PRIMARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION II only) INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (Si USTED es el suscriptor , complete la SECCIÓN II</b>					
<b>SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)</b>					
Subscriber's Name on card (Nombre del suscriptor en la tarjeta): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Month(Mes)/Day(Día)/Complete Year(Año Completo)					
Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor): _____ Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
<b>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</b> <b>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</b>					
Address (Dirección): _____ SS# (# de Seguro Social): _____					
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP): _____ Primary Phone (Número Principal): (    ) _____					
Employer (Empleador): _____ Work Phone (Número del trabajo): (    ) _____ EXT: _____					
<b>SECTION II</b>		<b>SECCIÓN II</b>			
Insurance Co. Name (Nombre de la Compañía de seguros): _____ Phone (Teléfono): (    ) _____					
CERT# (# de Certificado): _____ Group No (# de Grupo): _____ Effective Date (Fecha de Vigencia): _____					
Subscriber Status (Estado del Suscriptor): <input type="checkbox"/> full-time (tiempo completo) <input type="checkbox"/> part-time (medio tiempo) <input type="checkbox"/> active military (militar activo) <input type="checkbox"/> student full time (estudiante de tiempo completo)					
<input type="checkbox"/> student part-time (estudiante de medio tiempo) <input type="checkbox"/> retired (retirado) <input type="checkbox"/> date (fecha) <input type="checkbox"/> disabled (discapacitado) <input type="checkbox"/> self employed (negocio propio) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)					
<b>SECONDARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION III only)</b> <b>INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (Si el suscriptor es USTED MISMO complete solamente la SECCIÓN III )</b>					
<b>SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)</b>					
Subscriber's Name on card (Nombre del suscriptor en la tarjeta): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Month(Mes)/Day(Día)/Complete Year(Año Completo)					
Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor): _____ Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
<b>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</b> <b>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</b>					
Address (Dirección): _____ SS# (# de Seguro Social): _____					
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP): _____ Primary Phone (Número Principal): (    ) _____					
Employer (Empleador): _____ Work Phone (Número del trabajo): (    ) _____ EXT: _____					
<b>SECTION III</b>		<b>SECCIÓN III</b>			
Insurance Co. Name (Nombre de la Compañía de seguros): _____ Phone (Teléfono): (    ) _____					
CERT# (# de Certificado): _____ Group No (# de Grupo): _____ Effective Date (Fecha de Vigencia): _____					
Subscriber Status (Estado del Suscriptor): <input type="checkbox"/> full-time (tiempo completo) <input type="checkbox"/> part-time (medio tiempo) <input type="checkbox"/> active military (militar activo) <input type="checkbox"/> student full time (estudiante de tiempo completo)					
<input type="checkbox"/> student part-time (estudiante de medio tiempo) <input type="checkbox"/> retired (retirado) <input type="checkbox"/> disabled (discapacitado) <input type="checkbox"/> self employed (negocio propio) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)					
<b>SECTION IV</b>		<b>SECCIÓN IV</b>			
<b>AUTHORIZATION</b>		<b>AUTORIZACIÓN</b>			
I authorize medical evaluation & treatment, and release of information for insurance/medical purpose concerning my illness and treatment. I hereby authorize payment from my insurance company to the Greenville Hospital System for services rendered. I will be responsible for any amount not covered by my insurance.					
Yo autorizo una evaluación médica & tratamiento, y la divulgación de información con el propósito de seguro/médico concernientes a mi enfermedad.					
Signature of Patient/Guardian/Guarantor: _____ Date(Fecha): _____					
Firma del Paciente/Tutor/Fiador					

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico. Por favor responda lo mejor que pueda.

Fecha:

Nombre:	Nombre Preferido:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Estatura:                      Peso:
Ocupación: _____	Empleador: _____	
Pasatiempos: _____	Escuela (si corresponde): _____	
Cuál es su mano dominante: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambidextro		
Quién pidió que visitara nuestro consultorio: <input type="checkbox"/> Doctor (Por favor dé el nombre completo): _____		
<input type="checkbox"/> Entrenador Atlético:	<input type="checkbox"/> Amigo:	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Urgencias: <input type="checkbox"/> Por su parte
Doctor de Cabecera (si es diferente del ya mencionado): _____		
<b>Medicamentos Actuales / Dosis:</b> _____ _____		
<b>Historial Médico</b> (marque todo lo aplicable): <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Cáncer; tipo _____ <input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <input type="checkbox"/> Hepatitis; tipo _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
<b>Alergias a Medicamentos:</b> <input type="checkbox"/> Ninguno                      Reacción: _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo _____ <input type="checkbox"/> Ronchas <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Malestar Estomacal <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Mareo		
<b>Historial de Cirugías:</b>	<i>Tipo de Cirugía</i>	<i>Fecha de la Cirugía</i> <i>Nombre completo del Cirujano</i>
_____ _____ _____		
<b>Historial Familiar</b> (marque todo lo aplicable): <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
<b>Historia Social</b> (marque todo lo aplicable): <input type="checkbox"/> <i>Uso de Tabaco</i> ; Tipo _____ Frecuencia _____ Por cuánto tiempo _____ <input type="checkbox"/> <i>Uso de Alcohol</i> ; Tipo _____ Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> <i>Uso de Drogas</i> ; Tipo _____ Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Ninguno		
<b>REVISIÓN DE SISTEMAS</b>		
<b>Constitucional:</b> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> Aumento de Peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos		
<b>Cardiovascular:</b> <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho <input type="checkbox"/> Latidos del Corazón Irregulares <input type="checkbox"/> Mala Circulación <input type="checkbox"/> Hinchazón de la Pierna/Pie <input type="checkbox"/> Ulcera de la Pierna/Pie		
<b>Genitourinario:</b> <input type="checkbox"/> Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar <input type="checkbox"/> Inhabilidad de Orinar <input type="checkbox"/> Dificultad al Orinar <input type="checkbox"/> Orina Frecuentemente <input type="checkbox"/> Infección en la Vejiga		
<b>Neurológico:</b> <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral ACV/ATI <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Problemas de Lenguaje <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Sentimientos de Desaliento <input type="checkbox"/> Sueño Alterado <input type="checkbox"/> Cambios Visuales		
<b>Ojos:</b> <input type="checkbox"/> Visión Disminuida <input type="checkbox"/> Cataratas		
<b>Respiratorio:</b> <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos Persistente <input type="checkbox"/> Falta de Aire <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Neumonía		
<b>ONG:</b> <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza		
<b>Gastrointestinal:</b> <input type="checkbox"/> Reflujo Esofagogástrico <input type="checkbox"/> Ulcera Péptica/Gastritis <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado <input type="checkbox"/> Dolor de Estómago <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Nausea/Vomito <input type="checkbox"/> Heces Con Sangre/Alquitranadas		
<b>Piel:</b> <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Resequedad en la Piel <input type="checkbox"/> Ulceras en la Piel/Llagas <input type="checkbox"/> Cáncer en la piel/Lunares Nuevos <input type="checkbox"/> Cicatrización deficiente <input type="checkbox"/> Infección en la Piel		
<b>Psiquiátrico:</b> <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar		
<b>Endocrino:</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Intolerancia al Calor <input type="checkbox"/> Intolerancia al Frío		
<b>Hemo/Linfa:</b> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado <input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas <input type="checkbox"/> Moretones		
<b>Alérgico/Inmunológico:</b> <input type="checkbox"/> De Temporada <input type="checkbox"/> Iodo <input type="checkbox"/> Alergias a Alimentos (por favor enumere) :		
<b>Musculoesquelético:</b> <input type="checkbox"/> Hinchazón de las Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolores Musculares <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones <input type="checkbox"/> Dolor en Múltiples Articulaciones <input type="checkbox"/> Debilidad		

Physician' Initial: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**CUESTIONARIO SOBRE EL DOLOR Y PROBLEMAS**

FECHA

Cuál es la razón principal de su visita de hoy al consultorio (queja principal):  Derecho  Izquierdo

¿Le han hecho algo de lo siguiente (en relación a este problema)?  MRI  rayos X  CT  Otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaron sus síntomas por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado presente este problema? \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años

Como empezó esto:  Gradualmente  Repentinamente  Después de una Lesión  No es Conocido el Mecanismo de la Lesión  Relacionado al Trabajo  Lesionado en el Trabajo  Accidente de Vehículo Motorizado

Por favor provea la fecha de la lesión o accidente: \_\_\_\_\_

Describe la lesión o accidente: \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo el número que describa su dolor **en este momento** (por el problema específico que tiene hoy)



Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable

Mi dolor está  No controlado satisfactoriamente  Controlado satisfactoriamente

El dolor es (calidad):  Agudo  Punzante  Sordo  Adolorido  Ardor  Pulsante  Otro:

El dolor es (duración):  Constante  Va y viene (Intermitente)

¿Se mueve su dolor a algún otro lugar?  No  Sí; ¿adónde?

¿Hay algunos síntomas asociados?  Hinchazón  Entumecimiento  Hormigueo  Debilidad  Rigidez  Inmovilidad  Sensación de roce  Inestabilidad  Otro:

Desde que empezó su problema, está:  Mejorando  Empeorando  Sin Cambios

¿Qué hace mejorar sus síntomas?  Descanso  Calor  Hielo  Elevación  Medicamento (vea abajo)  Otro:

¿Qué hace empeorar sus síntomas?  Actividad  Ejercicio  Trabajo  Arrodillarse  Doblarse  En cuclillas  Encorvarse  Escaleras  Colinas  Correr  Caminar  Sentarse prolongadamente  Otro:

Su dolor o problema interfiere con cualquiera de lo siguiente (marque todo lo aplicable):  Actividad General  Deportes  Trabajo Normal  Estado de Ánimo  Disfrutar la vida  Habilidad para concentrarse  Relaciones con otros  Otro (Explique):

Por favor marque si está teniendo algo de lo siguiente

- Fiebre/escalofríos  Pérdida de Peso Inesperada  Ronchas  Dolor Nocturno  Trauma Reciente
- Problemas con la función intestinal o de la vejiga  Entumecimiento de la ingle  Infección bacteriana reciente
- Sistema Inmune Suprimido  Uso Intravenoso de Drogas  Dolor al toser o estornudar

**Por favor conteste las siguientes preguntas si es mujer post-menopáusica, o un hombre mayor de 65 años.**

- 1. ¿Ha tenido alguna prueba de densidad ósea?  Sí  No
- 2. ¿Alguien de su familia se ha roto alguna vez la cadera o le han dicho que tiene osteoporosis?  Sí  No
- 3. ¿Es su dieta baja en calcio (evita la leche, queso, yogurt, intolerancia a la lactosa)?  Sí  No
- 4. ¿Tiene usted diarrea frecuente/crónica (intolerancia al Gluten, mala absorción)?  Sí  No
- 5. ¿Pesa usted menos de 125 libras?  Sí  No
- 6. ¿Se ha caído usted más de 2 veces en el pasado año?  Sí  No
- 7. ¿Tiene usted artritis reumatoide?  Sí  No
- 8. ¿Ha tomado esteroides (Cortisona, Prednisone) por más de tres meses en su vida?  Sí  No
- 9. ¿Ha sido tratado por cáncer con quimioterapia u otro medicamento?  Sí  No
- 10. ¿Toma medicina para epilepsia o algún trastorno de convulsiones?  Sí  No
- 11. ¿Usted fuma actualmente?  Sí  No
- 12. ¿Usted toma 3 o más bebidas alcohólicas al día?  Sí  No
- 13. ¿Usted toma 3 o más bebidas con cafeína (café, té, soda) al día?  Sí  No
- 14. ¿Se ha roto algún hueso (después de la edad de 50 años)?  Sí  No
- 15. ¿Usted camina o trota como ejercicio?  Sí  No

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente) \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

(CON LETRA DE IMPRENTA)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**Está solicitando que el Greenville Hospital System University Medical Group identificado en la parte superior, divulgue información de salud (marque uno)  PARA  DE la persona/compañía/agencia/instalaciones abajo mencionadas.**

<i>Nombre, Posición, o</i>	
<i>Departamento:</i>	
<i>Nombre de la Organización:</i>	_____
<i>Dirección de la Organización:</i>	_____
<i>Teléfono de la Organización:</i>	_____

**La información que será divulgada está relacionada al servicio recibido comenzando el \_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_\_\_**

<input type="checkbox"/> Expediente Médico Completo	<input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Notas de Terapia Física
<input type="checkbox"/> Información Demográfica	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Registro de Salud Ocupacional
<input type="checkbox"/> Historial & Físico	<input type="checkbox"/> Resultados de(lab, rayosX, etc.)	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)
<input type="checkbox"/> Historial Médico/Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Otras Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)
<input type="checkbox"/> Visitas a Oficina Médica	<input type="checkbox"/> Resumen de Alta del Paciente	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)

El propósito de la divulgación: (*"La solicitud del Individuo" es suficiente para iniciar la divulgación a petición del paciente*)

<input type="checkbox"/> Solicitud del Individuo	<input type="checkbox"/> Cambio de Doctor	<input type="checkbox"/> Investigación Legal
<input type="checkbox"/> Remitir a un Especialista	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Otro: (especifique)
<input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado	<input type="checkbox"/> Compensación al Trabajador	

### CONDICIONES y NOTIFICACIONES:

Esta autorización para divulgación de información vence 12 meses a partir de la fecha de la firma del paciente. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a la Oficina del Supervisor a la dirección arriba mencionada. Sin embargo, dicha notificación no afectará ninguna acción tomada en relación a esta autorización antes del momento de recibir la revocación. Usted puede inspeccionar o solicitar una copia de la información de salud que será usada o divulgada, consistente con la ley federal. Esta autorización está siendo otorgada al consultorio de médicos GHS UMG identificados arriba y a GHS y cada consultorio y entidad afiliada a él, incluyendo GHS Partners in Health.

**Nota:** Puede cobrarse al paciente una cuota de procesamiento para cubrir labor, copiado, y materiales usados para reproducir los expedientes médicos.

### FIRMAS:

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la información de salud personal como se describe arriba. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización, que esta autorización es voluntaria y que mi cuidado de salud y el pago por mi cuidado de salud no serán afectados si no firmo este documento. También entiendo que si el individuo u organización autorizado a recibir la información no es un plan de salud, ni un proveedor de salud, la información divulgada podría no ser protegida por las regulaciones federales de privacidad y por lo tanto estar sujeta a volver a divulgarse.

Firma del Paciente/Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal (Con letra de Imprenta): \_\_\_\_\_

Relación del Representante con el Paciente: \_\_\_\_\_

Released by: _____	Date: _____
<i>(Department Representative Name/Title)</i>	

**Greenville Hospital System  
University Medical Group\*  
POLÍTICA FINANCIERA**

Nombre del Paciente(con letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Favor de leer esta política financiera cuidadosamente. Si Ud. Tiene alguna pregunta acerca de esta política, cualquier miembro de nuestro personal con gusto le atenderá.**

Las siguientes son las condiciones para los servicios prestados por el Greenville Hospital System, GHS Partners in Health, y las diferentes entidades y proveedores afiliados a ellos, cada uno se refiere individualmente y colectivamente como Greenville Hospital System University Medical Group, o GHS UMG para el paciente cuyo nombre aparece a continuación.

**Pago por el Servicio:** Nuestra oficina le informará al momento de su salida la cantidad que usted debe. Esta cantidad debe ser pagada al momento del servicio. Como una cortesía para usted, nosotros enviaremos la demanda a su seguro médico si usted nos proporciona una copia actualizada de su tarjeta de seguro. Nosotros requerimos que Ud. pague su deducible, co-pago, y/o cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro.

**Método de Pago:** Usted puede pagar su cuenta con dinero en efectivo, cheque personal, ciertas tarjetas de crédito, o tarjeta de débito.

**Cheques Devueltos:** Una cuota adicional de \$25.00 por servicio será agregada a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes.

**Expedición de Recetas sin Cita:** Una cuota de \$15.00 por incidencia será agregada cada vez que usted solicite que se le expida una nueva receta sin cita.

**Receta Médica sin Cita:** Una cuota de \$25.00 le será agregada por recetas nuevas que sean ordenadas vía telefónica.

**Completar Formularios Médicos:** Se le podrá cobrar por completar formularios tales como de incapacidad, exámenes físicos, etc.

**Copias de Expedientes Médicos:** Se le podrá cobrar por completar este proceso; SC Sec. 44-7-325 para Centros de Servicios Médicos

- \$.65 por página por las primeras 30 páginas
- \$.50 por página por todas las demás páginas
- La cuota administrativa no excederá de \$15.00
- Mas los gastos de envío

**No Asistir a sus Citas:** Una cuota de \$25.00 por visita de revisión y \$50.00 por visita de nuevo paciente se le podrá cobrar por todas las citas a las que no asista y que no sean canceladas por lo menos 24 horas antes de la hora de su cita. Usted es responsable del pago de esta cuota, ya que los planes de seguro no cubren estos cargos. Usted puede notificar a nuestra oficina de cualquier cancelación llamando al número arriba anotado durante horas normales de oficina.

**Pago por Servicios Proporcionados por Ciertos Proveedores no Pertenecientes al-UMG:** Si usted obtiene servicios y/o diagnóstico por parte de proveedores no pertenecientes a esta oficina o que pertenezcan a otros consultorios que negocien como GHS University Medical Group, se le podría enviar un cobro separado por este proveedor de servicios. Esto incluye servicios proporcionados por el Greenville Hospital System.

**Política de Cobro de Facturas:** Las cuentas atrasadas serán enviadas a una agencia de recaudación. Nosotros le informaremos en su estado de cuenta si esto ocurre. Si usted no puede pagar su saldo puntualmente, favor de llamarnos al 864-454-2000 o 1-888-284-6024 para llegar a un acuerdo. Nosotros trataremos de comunicarnos con usted por carta antes que su cuenta sea enviada a la agencia de recaudación.

**Preguntas:** Estamos aquí para ayudar si usted tiene cualquier pregunta con respecto a su cuenta o su seguro.

**Firmas:** He leído y entendido estas políticas financieras.

Firma del Paciente/Representante Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escribir CON LETRA DE MOLDE el Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

Relación del Representante con el Paciente: \_\_\_\_\_

GHS UMG Representative/Title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_