

Información del paciente:

Nombre del Paciente: _____
Apellido *Nombre* *Segundo nombre*

Si es un menor de edad: _____
Nombre de la madre/tutor legal *Relación* *Nombre del Padre/de Tutor Legal* *Relación*

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono residencial: _____ Otro: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia(nombre): _____ Numero telefonico: _____

Relación con el paciente: _____

Farmacia:

ReGenesis Health Care ofrece una farmacia interna con **precios reducidos y medicamentos GRATUITOS**, así como servicios de entrega y autoservicio disponibles en ciertas ubicaciones. Si desea que su(s) receta(s) surtiera(n) en la ubicación de ReGenesis Family Pharmacy, elija la ubicación que desea como su farmacia preferida.

Langdon

Spartanburg

Gaffney

Duncan

Woodruff

De lo contrario, indique el nombre, la ubicación y el número de teléfono de su farmacia preferida:

¿Tiene una directiva anticipada?

Sí

No

En caso que si, proporcione una copia a su proveedor de atención médica para su historial médico.

Datos demográficos de los pacientes:

Género al nacer:

Masculino

Hembra

Pronombre preferido: _____

Orientación sexual:

Heterosexual

Lesbiana/Gay o Homosexual

Bisexual

No sé

Negarse a especificar

Otro: _____

Identidad de género:

Masculino

Hembra

Mujer a Hombre (FTM)/Hombre Transgénero/Hombre Trans

Hombre a Mujer (MTF)/Mujer Transgénero/Mujer Trans

Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino

Negarse a especificar

Otro: _____

Estado civil:

Soltero/a

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Separado/a

Compañero/a de vida

Legalmente separados

Desconocido

Idioma:

- Inglés
- Español
- Chino
- Francés
- Alemán
- Italiano
- Japonés
- Lenguaje de signos
- Otro (por favor especifique): _____

Necesita traductor:

- Sí
- No

¿Necesita asistencia para la vista?

- Sí
- No

¿Necesita asistencia auditiva?

- Sí
- No

¿Necesitas asistencia cognitiva?

- Sí
- No

¿Necesitas asistencia para la movilidad?

- Sí
- No

Raza (marque todo lo que corresponda):

- Caucásico/Blanco
- Afroamericano/Negro
- Indio americano/nativo de Alaska
- Indio asiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otros asiáticos
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Guamanía/Chamorro
- Otros isleños del Pacífico
- Más de una Carrera
- Negarse a especificar
- Otro (sírvese especificar): _____

Origen étnico:

- Mexicano/Mexicano Americano/Chicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro Origen Hispano/Latino/Español
- Hispano/Latino
- No hispano/no latino
- Negarse a especificar

¿No tienes hogar?

- Sí
 No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- Duplicación
 Refugio
 Calle
 Transicional
 Desconocido
 Otro (sírvase especificar): _____

¿Necesita ayuda para la vivienda?

- Sí
 No

¿Es usted un trabajador agrícola agrícola?

- Temporero
 Trabajador Agrícola
 Dependiente de un trabajador agrícola
 Dependiente de un trabajador agrícola estacional
 No es un trabajador agrícola

¿Eres un veterano?

- Sí
 No
-

Información del Seguro (proporcione copias de todas las tarjetas de seguro médico):

**Se requieren copagos en el momento de la visita y/o pago por servicios no cubiertos por el seguro.*

Tipo de seguro:

- Seguro Privados
 Pago propia
 Compensación al trabajador
 Deshabilitado
 Otro: _____

Nombre del plan de seguro:

Seguro Primario: _____ Número de certificado/plan: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Nombre del plan:

Otros seguros: _____ Número de certificado/plan: _____ Fecha de entrada en vigor: _____

Información del Garante (persona financieramente responsable de cualquier saldo del paciente):

- Compruebe si es igual que el paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

¿Cuál es la mejor manera de llegar a usted?

- Hogar
 Celular

Información del Suscriptor (Persona que tiene el seguro): Marque aquí si es igual que el nombre del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social (opcional): _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

¿Cuál es la mejor manera de llegar a usted?

- Hogar
 Celular

Política de No Presentación

Los pacientes que no pueden cumplir con sus citas programadas se les solicita que llamen al RHC al menos con 24 horas de anticipación para cancelar y reprogramar su cita. Los pacientes que no cancelen adecuadamente sus citas dentro de las 24 horas serán considerados como ausentes. La primera vez que un paciente no cancele adecuadamente su cita, se registrará en su historial médico. La segunda vez que un paciente no cancele adecuadamente su cita, se registrará en su historial médico y se le cobrará una tarifa de cancelación de \$25 en su cuenta. La tercera vez que un paciente no cancele adecuadamente su cita, se le puede cobrar una tarifa adicional de cancelación en su cuenta y solo se le permitirá utilizar citas para el mismo día durante 6 meses.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica requerida de mi registro a la compañía de seguros mencionada anteriormente para procesar mi reclamo. Entiendo que soy responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro u otras formas de beneficios.

Nombre imprimido del Paciente

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Formulario de consentimiento para la liberación de HIPAA:

Para proteger su privacidad, le pedimos que complete este formulario para que sepamos cómo podemos comunicarnos con usted con respecto a su información de salud. Marque tantas opciones de comunicación a continuación como se sienta cómodo, para que tengamos múltiples formas de comunicarnos con usted con respecto a asuntos importantes relacionados con su atención médica.

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 de SS# (opcional): _____

Prefiero recibir mis recordatorios de citas e información del siguiente método:

- Mensaje de texto
- Llamada
- Portal del paciente de Healow
- Correo electrónico
- Documentación escrita

Autorizo a ReGenesis Health Care a hablar sobre mi atención médica como se indica con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Los siguientes temas pueden ser compartidos y/o discutidos:

Recordatorios de citas:	Resultados de la prueba:	Información de facturación:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

Si corresponde, los registros de vacunación de sus hijos y/o las excusas escolares pueden ser entregados según sea necesario a las siguientes escuelas y/o guarderías:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Por la presente, libero a ReGenesis Health Care, sus funcionarios, agentes y empleados de todas las responsabilidades, daños y reclamos que puedan surgir de la divulgación de información autorizada anteriormente. Entiendo que la firma de este formulario es voluntaria y reconozco que este consentimiento se relaciona con información protegida y es válido por un año a partir de la firma, a menos que se indique lo contrario anteriormente.

Nombre imprimido del Paciente

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Resumen de Responsabilidad Financiera del Paciente

Gracias por elegir a ReGenesis Health Care como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a brindar atención médica centrada en el paciente, asequible y accesible a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. A continuación se resumen las opciones para garantizar que a ningún paciente se le nieguen los servicios debido a la incapacidad de pago.

Pago de servicios

- Los cargos por los servicios prestados, incluidos los copagos, los deducibles y los saldos pendientes, se deben pagar en el momento del servicio.
- Los pacientes que experimentan dificultades financieras pueden solicitar arreglos de pago alternativos o programas de asistencia financiera. Nuestro personal de registro está disponible para discutir las opciones disponibles.

Programa de Descuento de Escala Móvil de Tarifas

- Los pacientes elegibles de ReGenesis pueden recibir servicios con descuento en función de los ingresos del hogar y el tamaño de la familia, independientemente del estado del seguro. Patients must provide income and household information as requested to verify eligibility.
- La elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable se evalúa anualmente o a medida que cambien las circunstancias.

Seguro

- Participamos y facturamos a la mayoría de los planes de seguro, incluidos Medicaid y Medicare.
- Los pacientes son responsables de proporcionar información precisa sobre el seguro en cada visita para garantizar una facturación oportuna y precisa.
- Todos los servicios no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos, los deducibles o los servicios no cubiertos, son responsabilidad del paciente.

Cobros y Asistencia Financiera

- Los pacientes con saldos pendientes recibirán estados de cuenta.
- Estamos comprometidos a trabajar con los pacientes para establecer acuerdos de pago razonables.

Servicios no cubiertos

- Tenga en cuenta que algunos de los servicios, tratamientos y/o suministros recibidos durante la visita pueden no estar cubiertos por su seguro. En este caso, el paciente es responsable del saldo adeudado.
- Arreglos de pago alternativos o programas de asistencia financiera están disponibles para aquellos que experimentan dificultades financieras.

El abajo firmante reconoce haber leído y estar de acuerdo con la política de pago anterior de ReGenesis Health Care. Gracias por confiarnos su salud.

Nombre impreso del Paciente

Firma del Paciente/Tutor

Fecha

Relación con el paciente si está firmada por alguien que no sea el paciente: _____

Lista de verificación de paquetes:

1. Identificación con foto, pasaporte o cualquier forma de identificación emitida por el gobierno (EE. UU. o fuera del condado)

*** Si no tiene una identificación / pasaporte con foto, se le pedirá que presente su tarjeta de seguro social.**

2. Tarjeta de Seguro Social (opcional)
3. Tarjeta de seguro (Medicare, Medicaid, BCBS, etc.)
4. Registros de vacunas (obligatorios para pacientes pediátricos)
5. Medicamentos actuales (traiga sus frascos de medicamentos a su cita)

Para calificar para el descuento de la escala móvil de tarifas, traiga los siguientes elementos que correspondan a usted (los documentos no pueden tener más de 30 días de antigüedad):

- Últimos 2 talones de pago recientes o declaración de impuestos actual
- Estado de cuenta del Seguro Social (Registro de Ingresos/SSI/Discapacidad/Cartas de Adjudicación/Declaraciones de Jubilación)
- Estados de cuenta bancarios con depósitos recientes
- Declaración de manutención de los hijos
- Resumen de Cupones de Alimentos
- Carta del empleador actual (debe tener el membrete, el número de teléfono y la dirección de la empresa para confirmar el empleo)

Si necesita una solicitud de escala móvil de tarifas, hable con un representante de servicio al paciente.