



**Formulario de registro de pacientes
REGIONAL OCCUPATIONAL HEALTH**

Por favor, imprimir o escribir de manera legible

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección Postal: _____ Estado civil: S C V S D V

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____ Seguridad Social#: _____

Dirección de domicilio (si es diferente a la dirección postal) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____ Lengua materna _____

Raza: [] Blanco/caucásico [] Negro/Afroamericano [] Nativo hawaiano [] Indio americano/Nativo de Alaska [] Asiático/Indio del este [] No disponible/Desconocido [] Negó a proporcionar

Puede elegir razas múltiples

Etnia: [] Hispano/Latino [] No Hispano/Latino [] Rehúsa declarar

Número de teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

INFORMACIÓN DE EMLEO

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador _____

Dirección del empleador: _____

Fecha del accidente/lesión: _____ Naturaleza del accidente of de la lesión: _____

Persona de contacto/supervisor: _____

AGENCIA DE EMPLEO TEMPORAL

Nombre de la agencia: _____ Teléfono de contacto: _____

Supervisor de contacto _____

La razón de su visita hoy

Gracias por elegir a Spartanburg Regional Healthcare System para satisfacer sus necesidades del cuidado de la salud

Paciente Nombre _____ FDN: _____

FAVOR DE INDICAR SU MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE HIPAA

¿De qué manera preferiría que se comuniquen con usted respecto a citas, tratamiento u otra información relacionada con su atención médica, o pago de la misma, proporcionada en nuestra red regional de médicos?

Pueden contactarme por Cualquier método. Si no "Cualquier Método" por favor elegir Preferencias de contacto Restringidas.

Preferencias de contacto Restringidas Teléfono en Casa Celular Trabajo Correo Correo electrónico Mensajería Segura

¿Podemos dejarle un mensaje en su contestadora? Sí No

¿De la preferencia o preferencias seleccionadas arriba, cuál es su método preferido de contacto, o cómo le gustaría ser contactado por primera vez?

Casa Celular Trabajo Correo Correo electrónico Mensajería Segura

INFORMACIÓN DE HIPAA (Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico, por sus siglas en inglés)

DELEGADOS DE HIPAA

OPCIÓN 1: ESTAS ELECCIONES ESTARÁN EN VIGOR PARA TODAS LAS UBICACIONES DE MGC

Autorizo a las siguientes personas a continuación para que reciban toda la información de salud sobre citas, tratamiento u otra información relacionada con mi atención médica o pago de mi atención médica proporcionada en la red de Medical Group of the Carolinas.

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

DELEGADOS DE HIPAA

OPCIÓN 2: ESTAS ELECCIONES ESTARÁN EN VIGOR PARA TODAS LAS UBICACIONES DE MGC

No autorizo la divulgación de ninguna información a ninguna de las partes excepto a mí en mi papel de paciente o tutor legal, excepto en el caso de una emergencia. Tomar en cuenta los siguientes contactos solo para emergencias

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Salida del paciente menor de edad

OPCIÓN 3: SALIDA DEL PACIENTE MENOR DE EDAD: ESTAS ELECCIONES ESTARÁN EN VIGOR PARA TODAS LAS UBICACIONES DE MGC

Yo autorizo a la(s) persona(s) siguiente(s) para autorizar tratamientos médicos en mi ausencia

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

FIRME Y COLOQUE LA FECHA A CONTINUACIÓN

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL: _____ FECHA _____