



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

NEW PATIENT INTAKE FORM

Today's date _____

(Fecha de hoy)

Last Name of patient _____ First name _____ Middle initial _____
(Apellido del Paciente) (Nombre) (Inicial del 2do. Nombre)

Street Address _____
(Dirección)

City _____ State _____ Zip Code _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Home Phone _____ Work Phone _____
(Teléfono particular) (Teléfono laboral)

Mobile Phone _____ E-mail address _____
(Celular) (Correo electrónico)

Date of birth _____ Age _____ Sex _____ Marital Status _____
(Fecha de nacimiento) (Edad) (Sexo) (Estado civil)

Social Security Number _____ Occupation _____
(Número de Seguro Social) (Ocupación)

Employed by _____
(Nombre Del Empleado)

Preferred method of contact (Please circle one) Home Phone Cell Work Portal Letter
Declines to specify
Método preferido de contacto (marque uno) (Teléfono de casa) (Celular)(Trabajo) (Portal) (Carta)
(No desea especificar)

Emergency Contact _____ Relationship to patient _____
(Contacto de emergencia) (Parentesco con el Paciente)

Home Phone _____ Work Phone _____
(Teléfono de casa) (Teléfono laboral)

Referred by _____ Referring physician phone _____
(Derivado por) (Teléfono del médico que deriva)

Primary Insurance _____ Insured name _____
(Seguro primario) (Nombre del asegurado)

Relationship to patient _____ Insured DOB _____ Insured SSN _____
(Parentesco con el Paciente) (Fecha de nacimiento del asegurado) (Seguro social del asegurado)

ID# _____ Group # _____ Insurance Phone _____
(Seguro Médico No.) (Grupo No.) (Teléfono del Seguro)



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

Información general

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Seguro Social #: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F
 ¿Qué idiomas habla? Inglés Español Polaco Otro: _____ Fecha: ____/____/____

Historia médica Favor de marcar sus problemas de salud presentes y pasados.

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| Alergias de temporada | Problemas de los ojos o la vista | Problemas de los pulmones |
| Anemia | Problemas de los pies | Problemas menstruales |
| Ansiedad | Problemas de la vesícula | Enfermedades mentales |
| Artritis | Úlcera péptica | Osteoporosis |
| Asma – Estridor | Gota | Sobrepeso/obesidad |
| Dolor de espalda | Dolores de cabeza/migraña | Pulmonía |
| Problemas de la sangre | Problemas del corazón | Problemas de la próstata |
| Transfusión de sangre | Trastorno del ritmo del corazón | Problemas sexuales |
| Lesión en los huesos/articulaciones | Hemorroides | Enfermedades venéreas |
| Cáncer | Hepatitis | Problemas de la piel, úlceras, llagas |
| Viruela | Hernia | Problemas del sueño |
| Convulsiones o ataques | Herpes | Enfermedades del estómago/aparato digestivo |
| Demencia-lagunas mentales | Presión arterial alta | Embolia Cerebral |
| Problemas orales o dentales | Colesterol alto | Problemas de la tiroides |
| Diabetes | VIH-SIDA | Tuberculosis (positivo en alguna prueba de TB) |
| Depresión | Problemas del riñon | Problemas de la orina |
| Problemas del oído o auditivos | Problemas del hígado | |
| Trastornos de la alimentación | | |

Por favor, proporciónenos los detalles de cualquier enfermedad que usted haya anotado o infórmenos de alguna otra que no haya encontrado en nuestra lista.

Operaciones Favor de anotar las fechas y tipo de operaciones que le han hecho antes.

Fecha	Operación	Fecha	Operación



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

Medicamentos

Favor de anotar todos sus medicamentos (recetados y no recetados) incluyendo cremas o gotas para los ojos. También indique la dosis y frecuencia con que debe tomar de medicina.

Medicamento	Dosis / Frecuencia	Medicamento	Dosis / Frecuencia

Favor de anotar cualquier producto nutritivo, natural, herbario o dietético que esté tomando:

Alergias y reacciones Favor de anotar cualquier sustancia, medicina recetada y no recetada, comidas, planta, o cualquier material que le cause reacciones adversas y describa tal reacción.

Substancia	Reacción	Substancia	Reacción

Información y hábitos personales Sus respuestas serán confidenciales.

General

- ¿Está usted trabajando? Sí No Si contestó sí, ¿cuál es su trabajo? _____
- ¿Es usted? Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
- ¿Es usted sexualmente activa/o? Sí No
- ¿Tiene usted hijos/as? Sí No Si contestó sí, ¿cuáles son sus edades? _____
- ¿Quién vive con usted? _____
- ¿Requiere usted de ayuda para moverse dentro de su casa, para vestirse, bañarse, usar el baño, o tomar sus comidas?
 Sí No Si contestó sí, ¿en qué necesita ayuda? _____
- ¿Hace ejercicio? Sí No Si contestó sí, ¿qué actividades y con qué frecuencia? _____
- ¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ ¿Tiene dentadura postiza? Sí No
- ¿Y al oculista? _____ ¿Usa usted lentes o lentes de contacto? Sí No
- ¿Ha viajado usted recientemente o viaja con frecuencia fuera de los Estados Unidos?
Si contestó sí, ¿a dónde? _____



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

UCHENNA DIKE, M.D

2090 WOODRUFF RD

GREENVILLE, CAROLINA DEL SUR, 29607

TELÉFONO: (864) 729-8556

FAX: (864) 729-8558

HIPAA Privacidad y Divulgación de Información Autorización

Yo, _____ Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información divulgada a la persona u organización identificada anteriormente puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de dicha persona / organización y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales aplicables. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización mediante notificación por escrito. Sin embargo, esta autorización no puede ser revocada si sus empleados o agentes han tomado medidas sobre esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. También entiendo que tengo derecho a tener una copia de esta autorización. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios o la inscripción o el pago o la cobertura de los servicios. He sido informado de las Prácticas de Privacidad de esta práctica, la Política de Divulgación de Información de Facturación, la Política de Asignación de Beneficios y otorgo a la práctica la Autoridad de Historial de Medicamentos. Si corresponde, los Representantes Legales firman a continuación: Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del Miembro identificado anteriormente y proporcionaré una prueba por escrito (por ejemplo, Poder notarial, testamento vital, documentos de tutela, etc.) que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del Miembro con respecto a este formulario de autorización.

Nombre impreso del paciente

Fecha



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

UCHENNA DIKE, M.D

2090 WOODRUFF ROAD

GREENVILLE, CAROLINA DEL SUR, 29607

TELÉFONO: (864) 729-8556

FAX: (864) 729-8558

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue la información de salud con respecto a mi atención y tratamiento como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley Estatal de Carolina del Sur y la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC utiliza Surescripts, Inc., un sistema de recetas que permite que las recetas y la información relacionada se intercambien entre mis proveedores y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos y cada uno de los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente y / o he tomado en el pasado. Esta información será utilizada a HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información de recetas relacionadas con el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y / o información confidencial relacionada con el VIH por parte de Surescripts, Inc. a HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
4. La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario, y esta nueva divulgación ya no puede estar protegida por la ley estatal o federal.
6. Esta autorización expira un año a partir de la fecha de mi firma a continuación.
7. ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE QUE NO SEA LO PERMITIDO POR LA LEY APLICABLE.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley

Fecha

Relación con el paciente

Intérprete, si se utiliza

Firma del testigo



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

UCHENNA DIQUE, M.D

2090 WOODRUFF ROAD

GREENVILLE, CAROLINA DEL SUR, 29607

TELÉFONO: (864) 729-8556

FAX: (864) 729-8558

Acuerdo de Política Financiera de la Oficina

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención primaria. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y el seguro por los servicios prestados, se nos ha aconsejado que desarrollemos esta política de pago. Por favor, léalo, pregúntenos cualquier pregunta que pueda tener y firme el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia a pedido.

1. Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguros, incluido Medicare. Si no está asegurado por un plan, hacemos negocios con el pago completo que se espera en cada visita. Si está asegurado por un plan, hacemos negocios con pero no tenemos una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Saber que usted está en los beneficios del seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura.
2. Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento de los servicios. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El incumplimiento por nuestra parte de cobrar y copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Por favor, ayúdese a defender la ley pagando su copago en cada visita.
3. Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos y tal vez todos los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare de otras aseguradoras. Debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
4. Comprobante de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información para el paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido vigente para proporcionar prueba de seguro. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de un reclamo.
5. Presentación de reclamaciones. Todavía presentamos sus reclamos y lo ayudamos de cualquier manera que podamos ayudarlo razonablemente a pagar sus reclamos. Es posible que su compañía de seguros necesite que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague su reclamo, su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

PH: 864-729-8556

UCHENNA DIQUE, M.D

2090 WOODRUFF ROAD

GREENVILLE, CAROLINA DEL SUR, 29607

TELÉFONO: (864) 729-8556

FAX: (864) 729-8558

6. Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, notifique antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus máximos beneficios. Si su compañía de seguros no paga su almeja en 45 días, los beneficios se le facturarán automáticamente.
7. Impago. Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta que indica que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagarse, podemos referir su cuenta a una agencia de cobro y a usted, y los miembros de su familia inmediata pueden ser dados de baja de la práctica. Si esto va a ocurrir, se le notificará por correo regular y certificado que tiene 30 días para encontrar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarlo de emergencia.
8. Citas perdidas. Nuestra política es cambiar por citas perdidas no canceladas dentro de un período de tiempo razonable. Estos cambiadores serán su responsabilidad y se facturarán directamente a usted. Por favor, háganos un mejor servicio al mantener su cita programada regularmente.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cambios habituales y habituales para nuestra zona.

Gracias por entender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

He leído y entendido la política de pago y acepto cumplir con sus directrices:

Firma del paciente o responsable / Fecha



HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607
PH: 864-729-8556

UCHENNA DIKE, M.D
2090 WOODRUFF ROAD
GREENVILLE, CAROLINA DEL SUR, 29607
TELÉFONO: (864) 729-8556
FAX: (864) 729-8558

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN:

- He leído y entiendo la HIPAA/Política de Privacidad de HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

Firma _____ Fecha: _____

- Por la presente, asigno mis beneficios de seguro para que se paguen directamente al proveedor de atención médica

Firma _____ Fecha: _____

- Autorizo a HOPEWELL MEDICAL CARE LLC a divulgar la información médica requerida para procesar mi reclamo

Firma _____ Fecha: _____

- He leído y entiendo la Política Financiera de HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

Firma _____ Fecha: _____

- Autorizo a HOPEWELL MEDICAL CARE LLC a obtener/tener acceso a mi historial de medicamentos

Firma _____ Fecha: _____

- Autorizo al consultorio de mi proveedor a contactarme por teléfono móvil

Firma _____ Fecha: _____