HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607
Ph: (864) 729-8556 | Fax: (864) 729-8558

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Teléfono de Contacto: _____
Núm. de Seguro Social: _____
Estado Civil: _____

Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____
_____

Nombre del Cónyuge: _____
Empleador del Cónyuge: _____
_____

Raza (marque una opción):
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo Hawaiano
- ☐ Negro/Afroamericano
- ☐ Blanco/Caucásico
- ☐ Hispano

Otro: _____

Etnicidad (marque una opción):
- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino
- ☐ Rehusó Informar

LIdioma (marque una opción):
- ☐ Inglés
- ☐ Indio (Incluye Hindi)
- ☐ Español
- ☐ Ruso

PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA

Nombre: _____
Dirección: _____
Nombre del Contacto de Emergencia: _____
Nombre del Médico Remitente: _____
Nombre del Médico de Cabecera: _____

Teléfono De Casa: _____
Teléfono De Trabajo: _____
Teléfono : _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

COBERTURA DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del Asegurado: _____ DOB: _____
ID#: _____ Grupo#: _____
Compañía de Seguros: _____
Dirección: _____

COBERTURA DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Asegurado: _____ DOB: _____
ID#: _____ Grupo#: _____
Compañía de Seguros: _____
Dirección: _____

PARA MENORES DE EDAD, POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE

Nombre del Padre: _____
Teléfono: _____
Teléfono del Trabajo: _____
Dirección: _____
Fecha de Nacimiento: _____
(MM/DD/AAAA) _____
SSN: _____
Empleador: _____
Teléfono del Empleador: _____

Nombre de la Madre: _____
Teléfono: _____
Teléfono del Trabajo: _____
Dirección: _____
Fecha de Nacimiento: _____
(MM/DD/AAAA) _____
SSN: _____
Empleador: _____
Teléfono del Empleador: _____

Por favor, complete este formulario lo más completamente posible y tráigalo a su cita

Si ya ha completado este formulario anteriormente, por favor ingrese cualquier cambio en su historial de salud que haya ocurrido desde su última visita

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Por favor, marque cualquier problema médico que haya tenido en el pasado:

- ☐ Abnormal Pap Smear
- ☐ Alcoholism
- ☐ Allergies
- ☐ Anemia
- ☐ Anxiety
- ☐ Arthritis
- ☐ Asthma
- ☐ Blood Transfusion
- ☐ BPH (Benign Prostatic Hyperplasia)
- ☐ Cancer
- ☐ Cataracts
- ☐ Clotting Disorder
- ☐ Colonic Adenoma
- ☐ Concussion
- ☐ Other (list) _____
- ☐ Congestive Heart Failure
- ☐ COPD (Lung Disease)
- ☐ Coronary Artery Disease
- ☐ Depression
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Diverticulitis
- ☐ GERD (Heartburn)
- ☐ Glaucoma
- ☐ Headaches
- ☐ Heart Murmur
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Hyperlipidemia (High Cholesterol)
- ☐ Hypertension (High Blood Pressure)
- ☐ Hypothyroidism
- ☐ Irregular Menses
- ☐ Kidney Disease
- ☐ Menorrhagia
- ☐ Myocardial Infarction (Heart Attack)
- ☐ Nervous/Muscle Disease
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Seizures
- ☐ Sickle Cell Anemia
- ☐ Sleep Apnea
- ☐ Stroke
- ☐ Substance Abuse
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Tumors

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO

Por favor, marque cualquier cirugía que haya tenido e indique la fecha de la cirugía si la conoce:

- ☐ Appendectomy
- ☐ Bariatric Surgery
- ☐ Brain Surgery
- ☐ Breast Surgery
- ☐ CABG (Bypass)
- ☐ Cesarean Section
- ☐ Cholecystectomy (Gall Bladder Removal)
- ☐ Colon Surgery
- ☐ Cosmetic Surgery
- ☐ Eye Surgery
- ☐ Fracture Surgery
- ☐ Hernia Repair
- ☐ Hysterectomy (Ovaries Removed)
- ☐ Hysterectomy (Ovaries Remain)
- ☐ Joint Replacement|
- ☐ Other:_____
- ☐ Prostate Surgery
- ☐ Small Intestine Surgery
- ☐ Spine Surgery
- ☐ Tonsillectomy and Adenoidectomy
- ☐ Tubal Ligation (Tubes Tied)
- ☐ Valve Replacement
- ☐ Vasectomy

nformación Adicional:

_____

_____

_____

HISTORIAL FAMILIAR

Por favor, marque a continuación para informar los problemas que han tenido los miembros de su familia. Indique la edad en la que tuvieron el problema si la conoce. Ingrese el nombre de la persona en el espacio en blanco:

☐ **(Los pacientes adoptados deben escribir "desconocido" si el historial familiar está incompleto)**

CONDITION	MADRE	PADRE	HERMANA	HERMANO	HIJA	HIJO	OTRO
Alcohol Abuse							
Aneurysm							
Asthma							
Autoimmune Disease							
Birth Defects							
Breast Cancer							
Cancer							
Colon Cancer							
Colon Polyps							
COPD (Lung Disease)							
Deep Vein Thrombosis							
Dementia							
Depression							
Diabetes							
Heart Disease							
High Cholesterol							
Hypertension							
Kidney Disease							
Mental Illness							
Osteoporosis							
Prostate Cancer							
Pulmonary Embolism							
Stroke							
Thyroid Disease							
Other (list) _____							
Alive (Yes, No or N/A=NotApplicable) _____							

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC
KEEPING YOU WELL

Medicamentos

Nombre del medicamento, indique si son pastillas, ungüento, gotas, etc.	Dosis por cada vez, como mg, gotas, cucharadita, etc.	Nombre del medicamento, indique si son pastillas, ungüento, gotas, etc.	¿Con qué frecuencia toma este medicamento?	¿Para qué condición médica se ha recetado este medicamento?

Alergias

Por favor, enumere cualquier alergia o reacción adversa que haya tenido:

Medicamento o sustancia que causó la reacción alérgica:	¿Qué tipo de reacción experimentó?	¿Cuándo ocurrió esta reacción por primera vez?

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC
KEEPING YOU WELL

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

UCHENNA DIKE, M.D
2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607
Ph: (864) 729-8556 | Fax: (864) 729-8558

Autorización de Privacidad HIPAA y Liberación de Información

Yo, _____, por la presente autorizo a HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC y sus afiliados, empleados y agentes a utilizar y divulgar información de salud protegida (por ejemplo, información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, pago de reclamos y servicios de atención médica proporcionados o que se proporcionarán a mí y que identifica mi nombre, dirección, número de seguro social, número de identificación de miembro) con el propósito de ayudarme a resolver problemas de reclamos y cobertura de beneficios de salud.

Entiendo que cualquier información de salud personal u otra información divulgada a la persona u organización identificada anteriormente puede estar sujeta a nueva divulgación por parte de dicha persona/organización y puede ya no estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización proporcionando un aviso por escrito. Sin embargo, esta autorización no podrá ser revocada si sus empleados o agentes han tomado medidas sobre esta autorización antes de recibir mi aviso por escrito. También entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede ya no estar protegida por las leyes federales o estatales.

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios, inscripción o pago por o cobertura de servicios.

He sido informado sobre las prácticas de privacidad de esta práctica, la política de Liberación 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, represento que soy el representante legal del miembro identificado anteriormente y proporcionaré prueba por escrito (por ejemplo, Poder Notarial, testamento en vida, documentos de tutela, etc.) de que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del miembro con respecto a este formulario de autorización.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha: _____

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

UCHENNA DIKE, M.D
2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607
Ph: (864) 729-8556 | Fax: (864) 729-8558

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social

Yo, o mi representante autorizado, solicito que la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento sea liberada tal 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 de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), entiendo que:

1. HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC utiliza Surescripts, Inc., un sistema de prescripción que permite el intercambio de recetas e información relacionada entre mis proveedores y la farmacia. La información enviada entre estos sistemas puede incluir detalles de todos los medicamentos recetados que estoy tomando actualmente y/o que he tomado en el pasado. Esta información será utilizada por HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC.
2. Esta autorización puede incluir la divulgación de información sobre prescripciones relacionadas con 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 haya tomado acción basada en esta autorización.
4. Firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización para esta divulgación.
5. La información divulgada bajo esta autorización podría ser redistribuida por el receptor, y esta redistribución podría ya no estar protegida por las leyes estatales o federales.
6. Esta autorización expira un año después de la fecha de mi firma abajo.
7. ESTA AUTORIZACIÓN NO AUTORIZA A HOPEWELL MEDICAL CARE, LLC A DISCUTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD O ATENCIÓN MÉDICA CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA AQUELLOS PERMITIDOS SEGÚN LA LEY APLICABLE.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley:	**Fecha:**
Relación con el paciente:	**Intérprete (si se utilizó):**
Firma del testigo:	

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

UCHENNA DIKE, M.D

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

Ph: (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. Para aclarar las responsabilidades del paciente y del seguro por los servicios prestados, hemos desarrollado la siguiente política de pagos. Por favor, léala cuidadosamente, haga cualquier pregunta que pueda tener y firme en el espacio proporcionado. Le proporcionaremos una copia a solicitud.

1. Seguro: Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Si no está asegurado por un plan con el que trabajamos, se espera el pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que trabajamos, pero no tiene una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo en cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Es su responsabilidad conocer sus beneficios de seguro. Por favor, contacte a su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.
2. Copagos y Deducibles: Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. El incumplimiento de nuestra parte para cobrar copagos y deducibles a los pacientes puede considerarse fraude. Ayúdenos a cumplir con la ley pagando su copago en cada visita.
3. Servicios no cubiertos: Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos, los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otros aseguradores. Debe pagar estos servicios en su totalidad en el momento de la visita.
4. Prueba de Seguro: Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y tarjeta de seguro válida y actual para proporcionar prueba de seguro. Si no proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, puede ser responsable del saldo de una reclamación.
5. Presentación de Reclamos: Presentaremos sus reclamos y lo asistiremos en todo lo que podamos para ayudar a que sus reclamos sean pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que usted suministre 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 o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; nosotros no somos parte de ese contrato.

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

UCHENNA DIKE, M.D

2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607

Ph: (864) 729-8556 | Fax: (864) 729-8558

6.Cambios en la Cobertura: Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados y ayudarle a recibir sus beneficios máximos. Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de los 45 días, el saldo será facturado automáticamente a usted.

7.Incumplimiento de Pago: Si su cuenta está más de 90 días vencida, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. Los pagos parciales no serán aceptados a menos que se negocie de otra manera. Tenga en cuenta que si un saldo queda impago, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobros, y usted y sus miembros inmediatos de la familia pueden ser dados de baja de la práctica. Si esto ocurre, se le notificará por correo ordinario y certificado que tiene 30 días para buscar atención médica alternativa. Durante ese período de 30 días, nuestro médico solo podrá tratarlo en base a emergencias.

8.Citas Perdidas: Nuestra política es cobrar por las citas perdidas que no sean canceladas dentro de un tiempo razonable. Estos cargos serán su responsabilidad y se facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita programada regularmente.

Nuestra práctica está comprometida a brindar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos usuales y costumbres para nuestra área.

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

He leído y comprendido la política de pagos y acepto cumplir con sus directrices:

Firma del paciente o parte responsable/Fecha: _____

HOPEWELL MEDICAL CARE LLC

UCHENNA DIKE, M.D
2090 Woodruff Rd, Greenville, SC 29607
Ph: (864) 729-8556 | Fax: (864) 729-8558

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

- **He leído y entiendo la Política de Privacidad/HIPAA de HOPEWELL MEDICAL CARE LLC.**
- **Por la presente, asigno mis beneficios de seguro para que sean pagados directamente al proveedor de atención médica.**
- **Autorizo a HOPEWELL MEDICAL CARE LLC a liberar la información médica necesaria para procesar mi reclamo.**
- **He leído y entiendo la Política Financiera de HOPEWELL MEDICAL CARE LLC.**
- **Autorizo a HOPEWELL MEDICAL CARE LLC a obtener/tener acceso a mi historial de medicamentos.**
- **Autorizo a la oficina de mi proveedor a contactarme por teléfono móvil.**

Firma:_____ **Fecha:** _____