

## Formula De Registracion Para Paciente

Section I					Informarmativo Sector Demografico		
Nombre Legal		MI	Apellido		Nombre de Preferencia		- - - Numer de Seguro Social
<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Varon	<input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Rehusar	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Otro		____/____/____
<input type="checkbox"/> Varon		<input type="checkbox"/> Transgendero A Varon (HaV)		<input type="checkbox"/> Transgendero A Hembra (VaH)	<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Rehusar		
<b>Sexo al Nacer</b>		<b>Identidad de Genero (18+)</b>			<b>Tendencia Sexual (18+)</b>		<b>Fecha De Nacimiento</b>
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciadc <input type="checkbox"/> Legalmente Separado			<input type="checkbox"/> Blanco Americano		<input type="checkbox"/> Salvadoreno(na)		<input type="checkbox"/> Indio Americano(a)
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Sin Saver			<input type="checkbox"/> Mexicano(a)		<input type="checkbox"/> Cubano(a)		<input type="checkbox"/> Hondureno(a)
			<input type="checkbox"/> Guatemalteco(a)		<input type="checkbox"/> Otra Rasa: _____		<input type="checkbox"/> Puertoriqueno(a)
<b>Estado Civil</b>			<b>Rasa</b>				
<input type="checkbox"/> Latino/Hispano		<input type="checkbox"/> No-Latino/Hispano		<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Lenguaje Con Senas		<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sim Empleo <input type="checkbox"/> Mismo	
<input type="checkbox"/> Not Reportado				<input type="checkbox"/> Otro:Especifique _____		<input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado	
<b>Identidad Etnica</b>		<b>Primer Idioma Hablando</b>			<b>Estado De Empleo</b>		
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Temporario <input type="checkbox"/> Migrante		<input type="checkbox"/> No- Sin Hogar		<input type="checkbox"/> Doble Hogar <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> En La Calle <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Veterano</b>		<b>Temporario o Migrante Trabajador</b>		<input type="checkbox"/> Refugio Para Indigentes <b>Arreglos de Vivienda (Resente)</b>			
<b>Direccion</b>					<b>Codigo Postal</b>		
<b>Correo Electronico</b>				<b>Numero de Casa</b>		<b>Numero de Trabajo</b>	
( )				<input type="checkbox"/> Casa		<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electronic	
<b>Numero De Celular</b>				<b>Numero de Preferencia</b>		<b>Metodo De Preferencia de Cita</b>	
<input type="checkbox"/> Internet				<input type="checkbox"/> Celular		<input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> No contactar	
<input type="checkbox"/> SCMC Empleado <input type="checkbox"/> Afuera de Proveedor <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Entrar					<b>Medico (Si no es SCMC)</b>		
<input type="checkbox"/> Fuente De Referencia <input type="checkbox"/> Otro: _____							

Section II					Encargado (Persona Responsable del Individual)			
<input type="checkbox"/> PACIENTE SE ENCARGADO DE SI MISMO (No necesita completar)					<input type="checkbox"/> Persona		<input type="checkbox"/> Compania	
<input type="checkbox"/> Nino(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Padres			<input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Empleado		<b>Seguro Social De Persona Encargada</b>			
<input type="checkbox"/> Depende Especial <input type="checkbox"/> Niento(a)			<input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Tia/Tio			<input type="checkbox"/> Sobrina/Sobrino		<b>Relacion De Paciente Con La Persona Encargada</b>			
<b>Nombre Legal De Persona Encargada</b>			<b>Medio Inicial</b>		<b>Apellido</b>			
<input type="checkbox"/> Mujer	____/____/____		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciadc <input type="checkbox"/> Legalmente Separado(a)		<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Lenguaje con Senas			
<input type="checkbox"/> Hombre	____/____/____		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Sin Saver		<input type="checkbox"/> Otro:Especifique _____			
<b>Sexo Al Nacer</b>	<b>Mes/Dia/Ano</b>		<b>Estado Civil</b>			<b>Primer Lenguaje Al Hablar</b>		
<b>Direccion</b>					<b>Codigo Postal</b>			
<b>Correo Electronico</b>					<b>Numero De Casa</b>		<b>Numero De Trabajo</b>	
( )					( )		( )	

### Informacion De Seguro

SEGURO PRINCIPAL				SEGURO SECUNDARIA			
Tipo: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno				Tipo: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno			
Nombre del Plan:				Nombre del Plan:			
Nombre del Suscriptor				Nombre Del Suscriptor			
Direccion del Suscriptor				Direccion del Suscriptor			
Codigo Postal de Suscribido		Fecha de Nacimiento del Suscribido		Codigo Postal De Suscribido		Fecha de Nacimiento De Suscribido	
Seguro Social Del Suscribido		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Sexo Del Suscribido		Seguro Social Del Suscribido		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Sexo Del Suscribido	
Numero del Grupo				Numero Del Grupo			
Numero de Poliza				Numero De Poliza			
Relacion Del Suscribido al Paciente				Relacion Del Suscribido al Paciente			

### INFORMACION DE PHARMACIA

FARMACIA PRINCIPAL			FARMACIA SECUNDARIA		
Nombre De Farmacia			Nombre De Farmacia		
Ciudad De Farmacia		Estado De Farmacia	Ciudad De Farmacia		Estado De Farmacia

Esta teniendo problemas con:  Vista  Oido  Leer  Hablando

### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre De Contacto	Relacion Con Paciente	(      ) Numero De Telefono
--------------------	-----------------------	--------------------------------

Yo, \_\_\_\_\_, Doy permiso de divulgar cualquier informacion de mi salud a los siguientes :

Nombre	Relacion	Numero De Telefono
--------	----------	--------------------

Nombre	Relacion	Number De Telefono
--------	----------	--------------------

La informacion de arriba es cierta conforme mi habilidad de conocimineto. Yo autorizo deberes de beneficio por servicios recibidos para pagar directamente a South Central Medical Center. Yo entiendo que estoy financieramente responsable por cualquier balance. Y tambien autorizo a SMCRC o mi seguridad para divulgar cualquier informacion requecida para el proceso de mis reclamos.

Firma de Paciente/Tutor	Fecha
-------------------------	-------

## Concentimiento de Tratamiento/Servicios

Yo entiendo el cuidado de este programa basado en la informacion presentada y permiso dada al personal de South Central Medical Center para verificar la informacion dada.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

Yo entiendo que la informacion (edad, sexo, ingreso, etc.) demografico sobre mi persona/ familia y otras informaciones sobre el numero de servicios que Yo/hemos recibido puede ser usado sin mi nombre o otra informacion que pueda indentificarme. La informacion ba asistir a South Central Medical Center en el efecto de obtener servicios que puedan ayudar me a mi o mi familia.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

Yo he dado autorizacion al los empeados de South Central Medical Center para que hagan procedimientos diagnosticos y otros procedimientos medico conforme me sean necesario o avisado de tiempo en tiempo.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

Yo doy autorizacion a South Central Medical Center para dar informacion medica a cualque hospital, a quien yo/ mi familia podramos ser trasladados al ser admitidos y/o sea dada dejaba por SCMRC PracticasDe Notas De Privacidad.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

Yo entiendo que si yo fallo en dar informacion correcta y completa conforme a las preguntas que seme fue preguntas, y que yo/ mi familia que estamos en la lista damos palabra de pagar 100% de la factura ademas de cualquier procedimiento de delinquencia en la cuenta que fue presentada y en cual quere caso los pagos que fueron hechos.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

Yo entiendo que soy responsable por los pagos de todos los servicios que seme fueron recibidos en South Central Medical Center y que no fueron pagados por ningun otra ayuda.

\_\_\_\_\_  
*Iniciales*

<b>Firma de Paciente/Tutor</b>	<b>Fecha</b>

## Informacon Sobre Nuestras Practicas Privadas

*Estamos conprometidos con su informacion de salud a su persona conforme la ley. Las estatutas de Practicas Privadas de SCMRC's se son:*

1. nuestra obligacion debajo de la ley es respetar su informacion medical personal.
2. que nosotros podemos usar or desaser cualquier infromacion sobre su informacion medica.
3. sus derechos relacionados con su informacion de salud.
4. nuestros derechos para cambiar la nota de nuestra practica de polica.
5. como poder crear un archivo de reclamo si usted piensa que sus derechos fueron violados.
6. las condiciones que aplican al usar o desaser cualquier divulgacion no especificado .
7. la persona que podamos contactar para dar informacion en relacion con nustra polica.

*Nosotros estamos requecidos por la ley a darle a usted una copia de esta nota con su firma aceptando que usted si ha recibido una copia de esta nota.*

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente admito que seme fue ofrecido/ recibido una copia de la Nota de Practicas Privadas.

<b>Firma de Paciente/Tutor</b>	<b>Fecha</b>

## Acuerdo Médico Para El Hogar Con South Central Medical Center

*Este Acuerdo Médico Domiciliario es un ACUERDO entre USTED y SU PROVEEDOR del Centro de Salud Comunitaria, para enfocarse en cumplir TODAS sus NECESIDADES de atención médica.*

Los principios del Hogar Médico con South Central Medical Center son los siguientes:

**Personal Médico / Proveedor**- cada paciente tiene una relación continua con un médico personal capacitado para brindar atención de primer contacto, cuidado continuo e integral.

**Médico / proveedor de práctica médica dirigida** - el médico personal lleva a un equipo de personas en el nivel de práctica que colectiva asumir una responsabilidad por el cuidado continuo de los pacientes.

**Orientación de toda la persona**- el médico personal es responsable de proporcionar todas las necesidades de atención de salud del paciente o asumir la responsabilidad de organizar adecuadamente la atención con otros profesionales calificados. Esto incluye cuidado de todas las etapas de la vida, atención aguda, atención crónica, servicios preventivos; Y cuidado al fallecer.

**Calidad y seguridad**- son las características de la atención en South Central Medical Center

**Acceso mejorado**- al centro médico y de recursos de South Central está disponible a través de sistemas tales como horarios abiertos y horas ampliadas para brindarle el mejor cuidado.

Como paciente de SCMRC, hay reglas que debe seguir. Es su responsabilidad al SCMRC:

Sea consciente de las horas de oficina de SCMRC para que usted sepa cuándo puede ser visto.

**Monday through Thursday:** 8 a.m. to 5 p.m.

**Friday:** 7 am to 8:45 am (Caminar en las citas de atención de urgencia, no hay cita necesaria) 9 am to 1 pm

Programación regular de citas

Llame para una cita tan pronto como sea posible y mantenga las citas que usted hace.

Usted puede tener que esperar hasta dos (2) semanas para ser visto para chequeos y vacunas.

Incluso si tiene una cita, puede que tenga que esperar más allá de ese momento para ver a su proveedor, debe pedir que vuelva a programar si no puede esperar.

Si no puede mantener sus citas, debe llamar al proveedor con al menos 24 horas de antelación para cancelar o reprogramar su cita. SCMRC se reserva el derecho de despedirle como paciente si usted falla continuamente sus citas.

Debe reprogramar su cita para otra hora si tiene más de 15 minutos de retraso para cualquier cita programada, incluso si llama con antelación para decir que llegará tarde.

Cuando llame a SCMRC siempre debe:

Dígale al personal por qué necesita una cita. Informe al personal si se trata de una situación aguda que debe abordarse en un plazo de 24

¿Dispone de información sobre el seguro médico, si corresponde?

Llame a SCMRC si su problema empeora antes de la visita programada. Pida hablar con nuestra enfermera de triaje y dígame sus síntomas, ellos pueden recomendarle si necesita ser visto antes de su cita programada.

Durante su visita al SCMRC siempre debe:

Dé la información del personal que necesitan para ayudarlo. Esto incluye decirles acerca de todos sus síntomas.

Dígale al personal ya los proveedores TODOS sus antecedentes médicos.

Informe a SCMRC de TODOS los medicamentos recetados, medicamentos sin receta y suplementos de hierbas que está usando.

Inform SCMRC of any other health care appointments you have so they can follow up with those providers.

Follow the treatment plans and guidelines that your provider gives you. SCMRC providers practice evidence based care which includes the patient's participating in their healthcare options, treatments and referrals. All patients are asked to participate in the coordination of self care management goals and participate in health education activities as recommended by their provider.

Después de horas de cobertura

SCMRC tiene una línea de enfermería después de la hora disponible para todos los pacientes en cualquier momento en que nosotros no esté disponible (405)756-1414. Las enfermeras le darán consejos sobre cómo manejar su situación médica si SCMRC no está disponible y se pondrá en contacto con su médico si sienten necesarios para que usted reciba instrucciones específicas de

su proveedor.

Si cree que tiene una verdadera emergencia médica, vaya a la sala de emergencias más cercana o llame al 911. Como paciente de SCMRC usted debe esperar que los proveedores y el personal lo traten profesional y respetuosamente. También se espera que usted y los miembros de su familia traten a los proveedores y al personal respetuosamente y se abstengan de usar un comportamiento grosero, ofensivo o amenazante. Usted puede llamar a Dana Ramming, Director Ejecutivo, al 405-756-1414 para reportar cualquier queja o preocupación con respecto a proveedores y personal.

**Yo Elijo:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. Susan Jones    | <input type="checkbox"/> Dr. Don K. Ferguson                |
| <input type="checkbox"/> Maria Morales APRN | <input type="checkbox"/> Novyce "Ginger" Ferguson, APRN-CNP |
|   | <input type="checkbox"/> Charles "Blaise" Jones, PA-C       |

Como mi proveedor personal en SCMRC. Entiendo que este proveedor será mi contacto principal para mi atención médica en SCMRC, sin embargo entiendo que en una situación podría ser programado para ver cualquier miembro disponible del equipo médico para asegurar que todas mis necesidades sean satisfechas. Entiendo que SCMRC se esfuerza por programar cada paciente con su proveedor, pero debido a las vacaciones, eventos estacionales y / o imprevistos, puede que tenga que ser visto

por otro proveedor en SCMRC.

South Central Medical Center y Centro de Recursos se ha comprometido a proporcionar la más alta calidad de la atención a todos nuestros pacientes. Con el fin de proporcionarle la más alta calidad de atención es importante que seamos informados de cualquier otro proveedor de atención médica que le proporcione atención. Por favor complete el siguiente formulario lo más completamente posible:

Nombre De Proveedor	Numero De Telefono	Especialidad
Nombre De Proveedor	Numero De Telefono	Especialidad
Nombre De Proveedor	Numero De Telefono	Especialidad
Nombre De Proveedor	Numero De Telefono	Especialidad
Nombre De Proveedor	Numero De Telefono	Especialidad

Nombre Impreso del Paciente

---

