



Bienvenido a su Hogar Médico

Bienestar a su alcance

Foothills Community Health Care (FCHC) será su hogar médico. Como su hogar médico, realizaremos un seguimiento de todos los análisis de laboratorio, radiografías, referencias y medicamentos, y coordinaremos la atención entre su equipo de atención médica. FCHC también le recordará exámenes de salud importantes. FCHC también lo ayudará a establecer metas para su salud y lo ayudará a realizar un seguimiento de qué tan bien cumple con esas metas.

Como paciente, su responsabilidad será brindar información completa y exhaustiva sobre su salud y notificar a cualquier otro centro de atención médica que FCHC es su hogar médico. Si se encuentra en el Departamento de Emergencias o en el hospital, infórmeles que FCHC es su hogar médico.

En una organización de hogar médico centrada en el paciente, se alienta a los pacientes a elegir su proveedor de atención primaria. Una vez hecha esta elección, nuestro personal intentará programar todas sus citas con el proveedor que seleccionó. La ventaja para usted es que tiene un proveedor con el que le gusta trabajar y que es específicamente responsable de la coordinación de su atención. El proveedor también se asegurará de que reciba toda la atención preventiva recomendada y de que cualquier problema que se descubra sea objeto de un seguimiento oportuno.

Puede haber ocasiones en las que lo mejor para usted sea ver a un proveedor diferente por puntualidad o urgencia. Su proveedor de atención primaria tendrá información actualizada sobre estas visitas para garantizar que reciba la continuidad de la atención. Pida al personal de recepción un Formulario de transferencia de pacientes si desea cambiar de proveedor dentro de FCHC.

Puede informarse sobre nuestros proveedores en www.myfchc.org

POR FAVOR TRAIGA LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS A SU CITA:

- Identificación con foto (tarjeta de identificación emitida por el gobierno)
- Tarjeta de Seguridad Social (Si aplica)
- Tarjeta de Medicare, Tarjeta de Medicaid, Tarjeta del Plan Rx, Seguro Comercial de Terceros (Co-Pago si se requiere)
- Registro de Vacunas (inyectadas) *Requerido para pacientes pediátricos
- Frascos de Medicamentos Actuales

FCHC ofrece un descuento de tarifa variable basado en el tamaño de la familia y los ingresos con co-pagos desde \$20. Puede calificar incluso si tiene seguro.

Para determinar si califica para un descuento, proporcione prueba de ingresos de cada persona que viva en el hogar y que tenga 18 años de edad o más. Se puede cobrar una tarifa nominal por la visita al consultorio y variará según el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. Los cargos por el servicio además de una visita al consultorio pueden adeudarse al momento de la salida o facturarse. (Ej: Cargos por laboratorios, procedimientos, etc.)

Comprobante de ingresos, que puede incluir:

- Tres (3) talones de pago recientes
- Declaración de impuestos presentada más recientemente
- Declaración de la Oficina de Desempleo
- Declaración de la Administración del Seguro Social

Política de Programación de Citas y Ausencias

Trataremos de programar su cita en una fecha y hora más conveniente para usted. Como cortesía, intentamos comunicarnos con cada paciente para recordarles su cita. Sin embargo, es responsabilidad del Paciente llegar a tiempo a su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, puede ser necesario reprogramar su cita para una fecha posterior. Si no puede asistir a una cita programada, llame a nuestra oficina lo antes posible. **Las cancelaciones deben recibirse con 24 horas de anticipación.** Si no notifica a nuestra oficina con 24 horas de anticipación, se documentará como una "Ausencia". **Tres (3) citas de "Ausencia" dentro de un período de 6 meses pueden resultar en que se le coloque en un período de prueba de 12 meses.** Durante este tiempo, no podremos programar citas para usted. Las visitas serán sin cita previa cuando el tiempo lo permita.

CÓMO CONTACTARNOS:

Recetas y Mensajes

- *Las sustancias controladas no se recetarán en su primera visita.*
- Los mensajes médicos se contestarán dentro de siguientes 48 horas hábiles.
- Al dejar un mensaje por favor deje su
 - Nombre, Fecha de Nacimiento, Número Telefónico y Motivo de su llamada.
- Las llamadas telefónicas se procesarán entre las visitas de los pacientes.
- Evite dejar varios mensajes, ya que esto puede retrasar nuestro tiempo de respuesta.

Fuera de Horario

Cuando la oficina esté cerrada, puede llamar a nuestro número de teléfono habitual para que lo remitan a nuestro servicio de contestador. El servicio tomará la información necesaria y llamará al proveedor de FCHC de guardia. Puede esperar una respuesta en 30 minutos. ****El proveedor fuera del horario de atención no manejará los resurtidos de recetas****

Portal del Paciente

Acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana para comunicarse con su proveedor, administrar sus citas, ver sus medicamentos y solicitar recargas, y pagar su saldo. Solicite un código de acceso único en la recepción, ya sea en persona o por teléfono.

Transferencia de Registros

Su historial médico es importante para permitirnos brindar la mejor atención a nuestros pacientes. El paquete para pacientes nuevos incluye un formulario de consentimiento para transferir sus registros médicos a FCHC. Complete este formulario y entrégueselo al personal de recepción en su primera visita. Esto ayudará a garantizar que tengamos lo que necesitamos.

FCHC - Clemson

Lunes, Miércoles, Jueves, Viernes – 8.00 am a 5:00 pm
Martes 8am a 7pm
(Cerrado para el almuerzo: del mediodía a la 1:00 p. m. todos los días)
110 Liberty Drive, Suite 100 ▪ Clemson, SC 29631 ▪ (864) 722-0283

FCHC Easley

Lunes – Viernes 8:00 am a 5:00 pm
(Cerrado para el almuerzo: del mediodía a la 1:00 p. m.
todos los días)
403 Hillcrest Drive, Suite E, Easley, SC 29640
(864) 343-1220

FCHC - Anderson

Lunes - Viernes- 8.00 am a 5:00 pm
(Cerrado para el almuerzo: del mediodía a la 1:00 p. m.
todos los días)
1100 W. Franklin, St., Anderson, SC 29624
(864) 224-0822



www.myfchc.org

Formulario de Registro de Pacientes

El (los) padre(s) debe(n) traer al niño para la primera visita. Si es tutor legal, usted debe proporcionar prueba adecuada de la tutela.

Número de seguridad social: _____ - _____ - _____ Prefijo: _____ Señorita _____ SEÑOR. _____ SEÑORA. _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido: _____

Apodo: _____ Sufijo: _____ jr. _____ Sr. _____ II _____ III _____ IV

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): ____/____/____ Sexo (Género): _____ Femenino _____ Masculino

Dirección: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Correo _____ Teléfono móvil: (_____) _____ - _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____

Número de contacto de emergencia: _____

La mejor manera de contactarle: Teléfono de casa Teléfono móvil Teléfono del trabajo

¿Puede FCHC enviarle mensajes de texto sobre próximas citas y resultados? Sí No

Farmacia preferida: Nombre _____ Ubicación _____

Farmacia preferida por correo: Nombre _____ Ubicación _____

POR FAVOR MARQUE SU RESPUESTA

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Compañero de vida Legalmente separado Desconocido

¿Es usted un veterano militar de los EE. UU.? Sí No

Identidad de género: Masculino Femenino TranGénero: Masculino/Femenino-a-Masculino TranGénero: Femenino/Masculino-a-Femenino Opta por no revelar Otro

Orientación sexual: Derecho Bisexual Lesbiana o gay No sabe Algo más Elige No divulgar

Ingreso Anual del Hogar: \$0-\$25,000 \$25,001-\$50,000 \$50,001-\$75,000 \$75,001-\$100,000 \$100,000+ Se niega a informar

Tamaño del hogar: _____ ***Incluso con seguro, si califica para la escala móvil de tarifas, podría reducir su copago y los cargos por la visita. Consulte al personal de recepción para obtener más detalles ***

Estado de Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado Desactivado Desempleados Ninguna

Nombre del empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Alumno: Tiempo completo Tiempo parcial No en la escuela

Idioma: Inglés Español Francés Chino Lenguaje de señas Otro No informado Se negó a informar

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro Afroamericano Nativo Hawaiano Otro isleño del Pacífico Blanco No Informado Se negó a informar

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino No Informado Se negó a informar

Agrícola: Dependiente del Migrante Dependiente de lo Estacional Trabajador Migrante No Trabajador Agrícola Trabajador Temporal

Sin hogar: Sí No

En caso afirmativo: Vivienda Pública Refugio para Indigentes duplicando Transicional Calle Otro Desconocido

PARA QUE FACTUREMOS A SU COMPAÑÍA DE SEGURO POR LOS SERVICIOS, DEBE PROPORCIONAR UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO- FAVOR DE TRAER TARJETAS DE SEGURO Y COPAGOS EN CADA VISITA

Suscriptor: Es la persona que lleva el seguro. Si el suscriptor es el paciente, salte al campo de nombre de la compañía de seguros.

Nombre del Suscriptor en la Tarjeta: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente _____

Sexo: Femenino/Masculino SS#: _____

Si la dirección y el número de teléfono son los mismos que los del paciente, indíquelos.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de Póliza/Certificado: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO- FAVOR DE TRAER TARJETAS DE SEGURO Y COPAGOS EN CADA VISITA

Nombre del suscriptor en la tarjeta: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el Paciente _____

Sexo: Femenino/ Masculino SS#: _____

Si la dirección y el número de teléfono son los mismos que los del paciente, indíquelos.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Empleador: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de Póliza/Certificado: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Si tiene 18 años o más, no tiene que completar esta sección y aparecerá como garante. El garante será responsable de cualquier saldo adeudado. El padre/tutor que presente al niño menor de edad para recibir tratamiento figurará como garante.

Nombre: _____ Relación del paciente con el garante: _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ SS# _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Dirección postal (si es diferente a la anterior): _____

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

¿Como supo de nosotros? _____

Autorización para ingreso de paciente pediátrico a tratamiento por Atención médica y/o de salud del comportamiento por parte de la persona designada (se aplica a todos los pacientes pediátricos de -18 años)

Si es tutor legal, debe proporcionar prueba adecuada de la tutela.

Entiendo que yo, padre/tutor, debo llevar a mi hijo a la primera cita médica y/o de salud del comportamiento con un proveedor de Foothills Community Health Care para brindar un historial médico completo. Después de la primera visita, doy permiso para que las siguientes personas traigan a mi hijo a Foothills Community Health Care para recibir tratamiento y atención médica o de salud del comportamiento. Entiendo que al dar permiso para que esta(s) persona(s) traiga(n) a mi hijo(a) para recibir atención médica y/o de salud del comportamiento, la(s) persona(s) está(n) totalmente autorizada(s) a dar su consentimiento para el tratamiento médico y/o de salud del comportamiento prescrito por el proveedor Foothills Community Health Care.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

En su ausencia, ¿hay alguien autorizado para buscar tratamiento médico para su hijo? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Individuos alternativos que pueden traer al niño a FCHC para atención y tratamiento médico y/o de salud del comportamiento:

Nombre	Relación
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre del Padre en letra de imprenta **Fecha**

Firma del Padre **Fecha**



Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Firma del personal FCHC: _____

Es necesario completar este consentimiento para ofrecer servicios a un paciente. Es posible que algunos elementos no se apliquen a su situación actual; sin embargo, con el fin de brindar atención integral durante la esta visita y visitas futuras, le solicitamos que complete este consentimiento en su totalidad. Usted tiene el privilegio de revocar este consentimiento, mediante notificación por escrito, en cualquier momento.

Consentimiento para Tratamiento Médico y de Salud del Comportamiento

Al poner mis iniciales, doy voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento médico y/o de salud del comportamiento y los procedimientos de diagnóstico proporcionados por Foothills Community Health Care y sus médicos asociados, clínicos y otro personal. Doy mi consentimiento para las pruebas de enfermedades infecciosas, como, entre otras, sífilis, SIDA, hepatitis y pruebas de drogas si mi proveedor lo considera aconsejable. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha garantizado el resultado de los tratamientos y exámenes..

_____(Iniciales)

Aviso de Reconocimiento de Prácticas de Privacidad

Recibí o leí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. El aviso describe cómo se puede usar o divulgar mi información de salud. Entiendo que debo leerlo detenidamente. Soy consciente de que el Aviso puede cambiar en cualquier momento. Se puede acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad en www.myfchc.org

_____(Iniciales)

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Al poner mis iniciales a continuación, entiendo que si califico para los servicios a través de un programa financiado por subsidios, como la escala móvil de tarifas y/o el Departamento de Planificación Familiar de Servicios de Salud del Estado (Título X), estos recursos son pagadores de último recurso. Lo que significa que, si actualmente o en el futuro tengo Medicare, Medicaid y/o un seguro de terceros, es posible que no sea elegible para recibir servicios en virtud de estos subsidios. Por lo tanto, acepto informar de inmediato cualquier cambio en mi estado financiero y/o cobertura de seguro al personal de recepción. Si tales cambios no han sido informados adecuadamente y si esos cambios en mi estado resultan en mi inelegibilidad para los servicios bajo un programa financiado por un subsidio en FCHC, entiendo que soy totalmente responsable por el costo de los servicios brindados por FCHC.

_____(Iniciales)

Asignación de Beneficios del Seguro

Al poner mis iniciales a continuación, entiendo y acepto que la cobertura de seguro de salud o de salud del comportamiento es un acuerdo entre la compañía de seguros y yo. Entiendo que Foothills Community Health Care preparará todos los informes y formularios necesarios para ayudarme a realizar los cobros a la compañía de seguros y que cualquier cantidad autorizada se pagará directamente a Foothills Community Health Care. Sin

embargo, entiendo claramente y acepto que todos los servicios que se me brindan se me cobran directamente y que soy personalmente responsable del pago. Autorizo a Foothills Community Health Care a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi enfermedad y tratamientos.

Reconozco mi responsabilidad de pagar por esa atención de acuerdo con las tarifas establecidas.

Si el paciente es menor de edad, soy el padre o tutor de dicho paciente y acepto que soy responsable de todos los servicios prestados al paciente en este documento.

____(Iniciales)

Entiendo que soy responsable por el costo de los servicios entregados que no están cubiertos por mi seguro. También entiendo que puedo ser responsable de que se pague mi copago antes de que me vea un profesional de la salud.

____(Iniciales)

Autorización para la divulgación de información médica

Foothills Community Health Care está autorizado a divulgar cualquier información médica requerida en el procesamiento de solicitudes o presentación de información para cobertura financiera y tratamiento médico adicional. Incluir información referente a atención psiquiátrica, agresión sexual o pruebas de enfermedades infecciosas, incluido el SIDA/VIH, para los servicios prestados durante esta visita. También acepto la divulgación de información médica o de otro tipo sobre mí a las agencias reguladoras estatales o federales del gobierno según lo exija la ley.

____(Iniciales)

Personas Autorizadas

Al poner mis iniciales, autorizo a FCHC y al personal médico a comunicarse y discutir mi información de atención médica con los siguientes, que pueden incluir información sobre mi diagnóstico médico, estado de elegibilidad y citas con los contactos que se enumeran a continuación. **Entiendo que al dejar espacios en blanco, estoy indicando que mi elección es "Sin información", y no quiero que se divulgue ninguna información sin mi consentimiento expreso.**

Nombre

Apellido

Relación

Divulgación de registros Apoderado de atención médica (persona designada por el paciente para tomar decisiones de atención médica en su lugar) El paciente vive con el contacto Comunicarse con el cuidador principal Comunicarse con el equipo de atención ¿Esta persona es su pariente más cercano?

Primer nombre

LasNombre

Reuforia

Divulgación de registros Apoderado de atención médica (persona designada por el paciente para tomar decisiones de atención médica en su lugar) El paciente vive con el contacto Comunicarse con el cuidador principal Comunicarse con el equipo de atención ¿Esta persona es su pariente más cercano?

____(Iniciales)

POLÍTICA DE NO-LLEGAR TARDE/CITA PERDIDA

Nosotros, en Foothills Community Health Care (FCHC), entendemos que a veces necesita cancelar o reprogramar su cita y hay emergencias. Si no puede asistir a su cita, notifique a la oficina al menos 24 horas antes de su cita. Para garantizar que a cada paciente se le dé la cantidad de tiempo adecuada para su visita y para brindar la más alta calidad de atención, es muy importante que cada paciente programado asista a su visita a tiempo. Haremos todo lo posible para programar su cita en el momento más conveniente posible. Como cortesía, intentamos comunicarnos con cada paciente para recordarles su cita; sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a tiempo a su cita. Si esta es su primera visita a FCHC, le pedimos que llegue 30 minutos antes de la hora de su cita para completar la documentación.

- 1) Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, es posible que se le re programe para una hora o fecha posterior.
- 2) Si no puede asistir a una cita programada, llame a nuestra oficina antes de su cita para que podamos atender a otra persona durante ese tiempo. Las cancelaciones deben recibirse con 24 horas de anticipación.
- 3) Si no notifica a nuestra oficina con anticipación la imposibilidad de asistir a una cita, se documentará como una cita "perdida".
- 4) Si tiene 3 citas "ausentes/perdidas" dentro de un período de 6 meses, se le puede colocar en un período de prueba de 12 meses. Durante este tiempo no podremos programar ninguna cita. Las visitas solo se realizarán sin cita previa, según lo permita el tiempo.

Al poner mis iniciales a continuación, yo entiendo y estoy de acuerdo con la política de no llegar tarde/citas perdidas de Foothills Community Health Care y entiendo mi responsabilidad de planificar citas en concordancia y notificar a FCHC apropiadamente si tengo dificultades para cumplir con mis citas programadas.

_____(Iniciales)

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Como paciente usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, incluido el reconocimiento de creencias y valores personales.
- Recibir atención en un ambiente comprometido con la seguridad del paciente.
- Acceder a la atención de manera fácil y oportuna.
- A la privacidad y confidencialidad.
- A la coordinación y continuidad de su atención médica.
- A participar en sus propias decisiones de atención médica.
- A rechazar el tratamiento.
- A que la información se presente en términos que se puedan entender, que incluyan opciones de tratamiento y atención.
- A cambiar de proveedor, si lo desea.
- A ser escuchado si tiene un problema o queja.

Como paciente usted tiene una responsabilidad:

- A proporcionar información médica completa a sus proveedores de atención médica.
- A hacer preguntas para que tenga una comprensión clara.
- A informar cualquier cambio en su salud.
- A comprender sus problemas de salud y seguir los planes e instrucciones acordados para su atención proporcionados por su equipo médico.
- A cumplir con las citas programadas, o para reprogramarlas de manera oportuna.
- A respetar los derechos, la privacidad y la confidencialidad de otros pacientes y del personal de la clínica.

- A ser considerado y respetuoso con otros pacientes y con el personal de Foothills Community Health Care.
- A aceptar obligaciones financieras y comprender los beneficios de su seguro de salud.
- El incumplimiento de las normas y reglamentos anteriores puede dar lugar a que se le dé de baja como paciente de nuestra clínica.

Al poner mis iniciales a continuación, comprendo la Política de derechos y responsabilidades del paciente.

_____(Iniciales)

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____
Firma del Paciente o Padre/Tutor si es menor de edad: _____ Relación con el paciente: _____
Firma del personal de FCHC: _____ Fecha: _____



FCHC Clemson: Dirección: 110 Liberty Drive, Suite 100, Clemson, SC 29631 **Teléfono** (864) 722-0283 **Fax** (864) 722-0261

FCHC Easley: Dirección: 403 Hillcrest Drive, Suite E, Easley, SC 29640 **Teléfono:** (864) 343-1220 **Fax** (864) 307-8870

FCHC Anderson: Dirección: 1100 West Franklin Street, Anderson, SC 29624 **Teléfono:**(864) 224-0822 **Fax** (864) 261-8130

E-Fax (864) 643-4519- Results

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Mi firma a continuación autoriza voluntariamente la liberación o divulgación de mi información de salud.. (Solo un paciente por autorización)

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____
Por medio de la presente autorizo a Foothills Community Health Care (FCHC) a:	<input type="checkbox"/> LIBERAR y/o INTERCAMBIAR información especificada de mi registro a lo siguiente: <input type="checkbox"/> OBTENER información especificada de lo siguiente:
Dirección, número de teléfono o número de fax: (de persona/instalación/consultorio médico) Dirección: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____	NOMBRE DE LA PERSONA/CENTRO/CONSULTORIO MÉDICO: _____

II. El propósito de esta divulgación es para la continuidad de la atención o (indique el motivo) _____.

III. La información que se divulgará de mi expediente médico: (marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) y circule los documentos que se divulgarán)

- Notas de Visita a la Oficina** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Resultados de Laboratorio/Patología** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Informes de radiología** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Registros de Inmunización** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Registros de Pacientes Internados/ER** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Actas de Nacimiento** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Notas de Salud del Comportamiento** Sólo los más Recientes o Específicamente: _____
- Otro:** _____

También autorizo que se divulgue la siguiente información confidencial (marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación)

- Tratamiento/Referencia por Abuso de Alcohol/Drogas**
- Enfermedad de Transmisión Sexual**
- Tratamiento relacionado con el VIH/SIDA**
- Salud Mental (aparte de las Notas de Psicoterapia)**
 - Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [45 CFR Parte 164] y la Ley de Privacidad de 1974 [5 LISC 552a] .
 - Puedo revocar esta autorización notificando a esta práctica por escrito mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción tomada con base en esta autorización no se puede revertir y mi revocación no afectará esas acciones.
 - Esta autorización vence el: _____

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA:
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (Indique la relación con el paciente) o Testigo (si la firma es una huella digital o una marca)	FECHA:

Tarifa de Copia de Registro Pagada: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha/Hora: _____

Número de Teléfono del Paciente: _____ Pacientes, esperen de 7 a 10 días hábiles para completar esta solicitud



Cómo Contactarnos

Para expresar inquietudes, quejas o agravios

➤ **Escribir a la dirección**

Foothills Community Health Care - Clemson

110 Liberty Drive, Suite 100
Clemson, SC 29631
Atención: Gerente de Práctica

Foothills Community Health Care - Easley

403 Hillcrest Drive, Suite E
Easley, SC 29640
Gerente de Practica de Atencion

Foothills Community Health Care - Anderson

1100 oeste de la calle Franklin
Anderson, SC 29624
Gerente de Practica de Atencion

➤ **Llame a nuestra oficina**

Puede llamar al Director de Operaciones al 864-722-0283 extensión 409

➤ **Complete un Formulario de Queja del Paciente**

Si cree que no lo trataron adecuadamente, o si cree que no recibió el tratamiento que merece, comuníquese con cualquier miembro del personal de FCHC para obtener un Formulario de Queja del Paciente.

➤ **Complete un Formulario de Solicitud de Transferencia**

Si desea cambiar su atención a otro proveedor de FCHC, solicite al personal de recepción o al personal de enfermería un Formulario de Solicitud de Transferencia.

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? [] Sí [] No

En caso afirmativo, enumere los medicamentos a los que es alérgico y el tipo de reacción adversa:

Indique cualquier otra alergia _____

¿Toma algún medicamento recetado? [] Sí [] No En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos: _____

¿Toma algún medicamento sin receta? [] Sí [] No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

[] Aspirina [] Ibuprofeno/Tylenol [] Advil/Aleve [] Vitaminas Otros: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? [] Sí [] No En caso afirmativo, indique: _____

¿Usted o algún miembro de su familia tiene alguna de las siguientes condiciones? Marque todo lo que corresponda a usted o a un miembro de su familia:

	USTED	MIEMBRO DE LA FAMILIA	RELACIÓN
Úlceras/Problemas Estomacales	[]	[]	_____
Artritis	[]	[]	_____
Diabetes	[]	[]	_____
Carrera	[]	[]	_____
Cáncer	[]	[]	_____
Problemas Tiroideos	[]	[]	_____
Alta presión Sanguínea	[]	[]	_____
Enfermedad del Corazón	[]	[]	_____
Enfermedad Pulmonar	[]	[]	_____
Problemas de Riñon	[]	[]	_____
Osteoporosis	[]	[]	_____
Dependencia Química	[]	[]	_____
Depresión	[]	[]	_____
Otro	[]	[]	_____

¿Fuma usted: [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿cuántos? _____ cigarrillos/paquetes por día

¿Tomas bebidas alcohólicas? [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿cuántas?: _____

Indique cualquier necesidad cultural o étnica que pueda afectar su atención: _____