



Registration/Registracion



Date: _____

___ Denmark ___ Holly Hill ___ St. George ___ Norfield Account # _____

___ St. Matthews ___ Vance ___ Bamberg ___ Orangeburg Patient #: _____

Name (*Nombre*) _____ Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) _____

Address (*Dirección*) _____

City (*Ciudad*) _____ State (*Estado*) _____ Zip _____

Telephone Home (*Tel. Casa*) _____ Telephone Cell (*Tel. Celular*) _____

Telephone Work (*Tel. Trabajo*) _____ Email Address (*Correo Electronico*) _____

Social Sec # (*Numero Seguro Social*) _____ Sex (*Sexo*): Female (*Fem*) _____ Male (*Masc.*) _____

Race (*Raza*): Black (*Negro*) _____ White (*Blanco*) _____ Hispanic (*Hispano*) _____ Other (*Otro*) _____

Method of Payment (Metodo de Pago)

Insurance Company Name (*Seguro Nombre de Compañía*) _____

Policy Number (*Numero de la Norma*) _____

Medicare Number (*Numero de Medicare*) _____

Medicaid Number (*Numero de Medicaid*) _____

Other Specify (*Especificacion*) _____

Emergency Information (Informacion de Emergencia)

1. Emergency Contact Name _____
(*Persona de Emergencia*)

2. Emergency Telephone Number _____
(*Numero de Emergencia*)

3. Patient/ Guardian Cell Phone Number _____
(*Numero de Celular de Paciente/ Guardian*)

4. Emergency Contact Person Relationship to Patient _____
(*Relacion de la person emergencia al paciente*)

Would you like to receive text message reminders and information? ___ Yes ___ No

(Te gustaria recibir recordatorios de mensajes de texta e informacion?) ___ Si ___ No

If yes, at which telephone number (En caso afirmativo, en que numero de teléfono?) _____

Fees (Honorarios)

To be considered eligible for our sliding fee discount, you must complete the Sliding Fee Scale portion of the registration form. If you fail to complete the Sliding Fee Scale portion of the registration form, you will be assigned a full pay code for all your services provided by Family Health Centers, Inc.

Para ser considerado elegible para nuestro descuento de programa de bajo recursos/ingreso, debe completar la porción de verificación de salario en el registro de tarifas escala. Si usted falla en completar esta porción del registro usted será asignado el código de pagó por completo por todo sus servicios proporcionado Family Health Centers, Inc.

General Release/Assignment of Benefits (Liberación General/Asignación de Beneficios)

I hereby guarantee payments of all charges incurred for the amount of this patient including transportation and care at any hospital or other facility by a physician/healthcare provider and assign any benefits for that patient to the **Family Health Centers, Inc.** I hereby authorize **Family Health Centers, Inc.** to furnish from its records any information requested by insurance of liable parties in connection with the above assignments.

Quedo por garantizo pagos de todo los cargos contraídos por la suma de este paciente incluyendo transportación y cuidado en cualquier hospital o en otra facilidad por un médico y asigno cualquiera información pedida por seguros de partidos responsables en conexión con las asignaciones de arriba. Yo autorizo Family Health Center, Inc. para proveer de sus registros toda la información solicitada por el seguro de los sujetos pasivos en relación con las asignaciones anteriores.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Medicare Release/Assignment of Benefits (Liberación de Medicare/Asignación de Beneficios)

I certify that the information given by me in applying for payment under **Title XVIII** of the Social Security Act is correct. I authorize the holder of medical or other information about me to release to the **Social Security Administration** or its intermediaries or carriers, or any additional third party responsible for payment of benefits, any information needed for this or any **Medicare** claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign payment for the unpaid charges for outpatient and inpatient visits by physicians/healthcare provider for whom **Family Health Centers, Inc.** is authorized to bill. I understand that I am responsible for any health insurance deductibles and co-insurance.

*Yo certifico que la información dada por mí en aplicar para pagó debajo del **TITULO XVIII** del Acto del Seguro Social es correcto. Autorizo el portador de cualquiera información (medica) sobre mí para liberar a la Administración del Seguro Social sus intermediarios o portadores de tercer partido responsable para pagó de beneficios, cualquiera información necesitada para esta o cualquier reclamo. Pido que pagó de beneficios autorizados sean hecho en mi beneficio. Asigno pagó de cargos no pagados de visitas de clinica, hospital por médicos, por lo cual Family Health Centers, Inc. en autorizado de cobrar. Yo entiendo que soy responsable por cualquier deducible de seguro de salud o co-seguro.*

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Relationship to patient (Relación al paciente):

Self (Yo): Spouse (Esposo): Parent/Guardian (Padres/Guardián): Other (Otro): _____

Consent For Treatment (Consentimiento para Tratamiento)

I hereby authorize **Family Health Centers, Inc.** to provide medical, surgical, dental, behavioral health, health education and hospital treatment including but not limited to any x-ray examinations and injections as may be ordained as advisable or necessary by the attending professional staff.

Yo autorizo a Family Health Centers, Inc. para proporcionar servicios médicos, quirúrgicos, odontológicos, de comportamiento, educación sanitaria y tratamiento en el hospital, incluyendo pero sin limitarse a, los exámenes de rayos X y las inyecciones que pueden ser ordenados como conveniente o necesario por el personal de asistencia profesional.

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____

Relationship to patient (Relación al paciente):

Self (Yo): Spouse (Esposo): Parent/Guardian (Padres/Guardián): Other (Otro): _____

Additional Information (Información Adicional)

Over the past 2 years have you or anyone in your family (Durante los últimos 2 años usted o algún miembro de su familia):

Worked on a farm (trabajó en una finca)? Yes (Si) No

1. Was It – Year Round (Era todo el año): Or (O) Seasonal Basis (Por base estacional): ?
2. Received most of your income from Farm Work (Recibido la mayoría de su ingresos de trabajo Agrícola)? Yes (Si) No
3. Did you move temporarily to do Farm Work (Se mudó temporariamente para hacer trabajo Agrícola)? Yes (Si) No

Are you a veteran (Es usted un veterano)? Yes (Si) No

Is Family Health Center, Inc. your Primary Medical Home or do you have another Primary Care Physician/Provider? (Es Family Health Center, Inc. Su Casa de Salud Primaria o tiene otro Atención Primaria Medico/Proveedor)? Yes (Si) No

If yes, who (En case afirmativo, quien)? _____

Is Family Health Center, Inc. your preferred pharmacy (Es Family Health Center, Inc. su farmacia preferida)? Yes (Si) No

If "No", which pharmacy is preferred (Si "No", farmacia que se prefiere)? _____

Who referred you to Family Health Center, Inc. (Quién lo refirió a Family Health Center, Inc.)? _____

Advance Directives Questionnaire (Las Voluntades Anticipadas Cuestionario)

Have you been provided with information regarding South Carolina State law and Family Health Centers', Inc. policy on Advance Directives (Living Will or Health Care Power of Attorney) (Ha recibido información a respect a la ley del Estado de Carolina del sur Family Health Centers, Inc. política en las Directivas Anticipadas (Testamento en Vida o Poder de Abogad para Atención Medica)? Yes (Si) No

Do you have an Advance Directive (Tiene una Directiva Avanzada)? Yes (Si) No

If yes, is it a: Living Will (En caso afirmativo, es una: Testamento en Vida)

Or, Health Care Power of Attorney (Poder Notarial para Atención Medica)

If yes, bring a copy for your medical records (En caso afirmativo, por favor traiga una copia para sus registros médicos).

If your Advanced Directive is not on file at a hospital, may we forward a copy to the hospital of your choice (Si su directiva avanzada no se encuentra archivada en un hospital, podemos enviar una copia al hospital de su elección)? Yes (Si) No

If yes, which hospital (En caso afirmativo, en que hospital): _____

If you do not have an Advance Directive, would you like assistance in formulating an Advance Directive (Si usted no tiene una directiva anticipada, quieres ayuda para formular una directiva anticipada)? Yes (Si) No

Signature (Firma)

I declare under penalty of perjury that I have examined all the information on this form, and on any accompanying statements or forms, and it is true and correct to the best of my knowledge (Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en esta forma, y en cualquier declaración de acompañamiento de las formas, y es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento).

Patient or Authorized Representative's Signature (Paciente o Representante Autorizado Firma): _____

Print Patient's Name (Escriba el nombre del paciente): _____

Relationship to Patient (Relación con el paciente): _____ Date (Fecha): _____

Witness Signature (Firma de Testigo): _____ Date (Fecha): _____