



BEAUFORT- JASPER – HAMPTON  
COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.

NAME: \_\_\_\_\_

CHART #: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

### LA FORMA DEL REGISTRO

Today's Date: \_\_\_\_\_

Review Date: \_\_\_\_\_

FOR REGISTRATION PERSONNEL ONLY – DO NOT WRITE IN THIS SPACE

**¿Cuales de estos centros ha visitado usted? :** (Por favor marque los centros que aplican)

- Port Royal Center    Hampton Center    Chelsea Center    Hardeeville Center  
 Sheldon Center    Ridgeland Center    St. Helena Center    Estill Center

#### LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Número de Seguro Social			
Dirección		Ciudad		Estado		Código		Condado	
Dirección Postal/ PO Box		Ciudad		Estado		Código		Condado	
Teléfono de Casa ( )		Teléfono del Trabajo ( )		Fecha de Nacimiento		Sexo		Núm. de Licencia de Conducir	
Correo Electronico:									
Relación Con la Persona Responsable <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro									
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a									
Raza <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Pacífico Islándico <input type="checkbox"/> No declarado <input type="checkbox"/> Hawaiano									
Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro									
Contacto de Emergencia					Teléfono de Emergencia				

#### INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Escribir la información de la persona responsable de pagar su cuenta)

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre		Número del Seguro Social					
Dirección		Ciudad		Estado		Código		Condado			
Dirección Postal/ PO Box		Ciudad		Estado		Código		Condado			
Teléfono de Casa ( )		Teléfono del Trabajo ( )		Fecha de Nacimiento		Sexo		Núm. de Licencia de Conducir		Estado Civil	
Nombre del Empleador					Dirección y Teléfono del Empleador						

#### AGRICULTOR

- No    Temporal    Emigrante    Otro  
 Campesino Empleado    Campesino Desempleado
- Con Hogar    Sin Hogar    Transitorio    Otro  
 Viviendo con Muchas Personas    En la Calle

#### COMPAÑÍA DE SEGURO

Seguro Principal		Número de Identificación		Número del Grupo		Dirección de la Compañía de Seguro			
Nombre del Asegurado		Empleador del Asegurado		Relación con la Persona Responsable <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					
Seguro Secundario		Número de Identificación		Número del Grupo		Dirección de la Compañía de Seguro			
Nombre del Asegurado		Empleador del Asegurado		Relación con la Persona Responsable <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro					



BEAUFORT- JASPER – HAMPTON  
COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.

NAME: \_\_\_\_\_

CHART #: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo por este medio autorizo a Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. a proveer tratamiento medico, quirúrgico, dental y hospital incluido-pero no limitado- a los rayos-x, los exámenes, inyecciones y trabajos de la laboratorio incluyendo, examen opcional para el SIDA según sea recomendado o necesario según el personal profesional.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente:  Uno mismo  
 Esposo/a  
 Padre/Tutor  
 Otro \_\_\_\_\_

### LIBERACIÓN GENERAL / CONSIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo por este medio garantizo los pagos de todos los gastos incurridos de este paciente incluyendo la transportación y los servicios médicos en cualquier hospital u otra facilidad de un medico y asigno cualquier beneficio para ese paciente a **BEAUFORT-JASPER-HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.**

Yo autorizo a **BEAUFORT-JASPER-HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.**, a proveer de los expedientes la información requerida para el seguro medico de tercer responsables con relación a la "Consignación de Beneficios".

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente:  Uno mismo  
 Esposo/a  
 Padre/Tutor  
 Otro \_\_\_\_\_

### LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDICARE / CONSIGNACIÓN

Yo certifico que la información dada por mí en aplicar pago bajo el **Título XVIII del Acto de Seguro Social** es correcta. Yo autorizo a quien posee la información medica u otra información acerca de mí a revelar cualquier información según se requiere por este o cualquier cargo de Medicare a la Administración de Seguro Social, o sus intermediarios, o a cualquier tercer responsable adicional por el pago de los beneficios. Yo pido que se haga de mi parte el pago de beneficios autorizados.

Yo asigno el pago por cargos no pagados de visitas medicas a la clínica u hospital por médicos a quien **BEAUFORT-JASPER-HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.**, está autorizado a cobrar. Yo entiendo que soy responsable por los deducibles de seguro y co-seguro.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente:  Uno mismo  
 Esposo/a  
 Padre/Tutor  
 Otro \_\_\_\_\_

Favor de Contestar las Preguntas Sigüentes

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha