



BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.

REGISTRATION / REGISTRACION

OFFICE LOCATION (Ubicación de la oficina)

Section Completed By Office Staff (Sección completada por el personal de oficina):

Chelsea Estill Hampton Hardeeville Port Royal Port Royal II Ridgeland Sheldon St. Helena
Patient #: _____ Guarantor #: _____ Today's Date: _____

PATIENT INFORMATION (Información del paciente)

Last (Última) _____ First (Primero) _____ Middle Initial (Inicial intermedia) _____

Social Sec # (Numero Seguro Social): _____ - _____ - _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____

State (Estado): _____ Zip (Postal): _____ Place of Birth (Lugar de nacimiento): _____

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

Employer (Empleador) _____ Work (Tel. Trabajo) (_____) _____

Sex at Birth (Sexo al nacer): Male (masculine) Female (Mujer)

Gender Identity (Identidad de género): Male (masculine) Female (Mujer) Genderqueer

Female-to-Male/Transgender Male/Transman/FTM (Macho/TRANSMAN/FTM de mujer a hombre/transgénero)

Male-to-Female/Transgender Female/Transwoman/MTF (Hembra/Transmujer/SMN macho a hembra/transgénero)

Other (Otro): _____ Refuse to Report (Negarse a reporter)

Sexual Orientation (Orientación sexual): Straight (Recto) \ Heterosexual Lesbian (lesbian) / Gay (gay) / Homosexual
 Bisexual (Bisexuales) Something else (Algo más) Don't know (No sé)

Marital Status (Estado Civil): Married (Casado) Single (Soltero) Divorced (Divorciado) Widowed (Viuda)
 Legally Separated (Legalmente separadas) Partner (Socio)

Race (Razo): Black (Negro) White (Blanco) Hispanic (Hispano) Chinese (Chino) Japanese (Japonés) Filipino
 Asian (Asiático) American Indian Pacific Islander (Islas del Pacífico) Other (Otro) _____

Primary Language (Idioma principal): English (Inglés) Spanish (Español) Other (Otro) _____

METHOD OF PAYMENT (Metodo de Pago)

PRIMARY INSURANCE (Primario Seguro Nombre de Compania) _____

Policy Number (Numero de la Norma): _____ Group (Grupo)# _____

Address (Dirección): _____ Phone Number (Número de teléfono)(_____) _____

Subscribers Name(Nombre de los suscriptores) _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

SECONDARY INSURANCE (Secundario seguro nombre de compania): _____

Policy Number (Numero de la Norma): _____ Group (Grupo)# _____

Address (Dirección): _____ Phone Number (Número de teléfono)(_____) _____

Subscribers Name (Nombre de los suscriptores) _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento) _____

If "No" Insurance have you applied for or received Medicaid (Ha solicitado o recibido, Medicaid): Yes (Sí) No

If yes, when (En case afirmativo, cuando)? _____



BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.

REGISTRATION / REGISTRACION

GUARANTOR INFORMATION (Información del Garante):

Name (Nombre) _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
Address (Direccion): _____ City (Ciudad): _____
State (Estado): _____ Zip (Postal): _____
Home (Tel. Casa) _____ Cell(Tel. Celular) _____

EMERGENCY INFORMATION (Informacion de Emergencia)

Emergency Contact Name (Persona De Emergencia): _____
Emergency Address (Dirección de emergencia): _____
Emergency Telephone Number (Numero de Emergencia): _____
Person's Relationship to Patient (Persona relacionada con el paciente): _____

GENERAL RELEASE/ASSIGNMENT OF BENEFITS (Liberacion General/Asignacion 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 Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. I hereby authorize Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, 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 contraidos por la sma de este paciente incluyendo tranportacion y cuidado en cualquier hospital o en otra facilidad por un medico y asigno cualquira informacion pedida por seguros de partidos responsables in conexon con las asignaciones de arriba. You autorizo Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. para proveer de sus registros toda la informacion solicitada por el seguro de los sujetos pasivos en relacion con las asignaciones anteriores.

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

MEDICARE RELEASE/ASSIGNMENT OF BENEFITS (Liberacion de Medicare/Asignacion 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 be released 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 the 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 Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. is authorized to bill. I understand that I am responsible for any health insurance deductibles, co-pays, and co-insurances.

Certifico que la información que me da al solicitar el pago en virtud del título XVIII de la ley de seguridad social es correcta. Autorizo al titular de información médica o de otra índole sobre mí a ser liberado a la administración del seguro social o a sus intermediarios o transportistas, o a cualquier tercero adicional responsable del pago de los beneficios, cualquier información necesaria para esto o cualquier otro tipo de Medicare Reclamación. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre. Asigno el pago de los cargos impagos para las visitas de pacientes ambulatorios e hospitalizados por médicos/proveedores de atención médica para quienes Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. está autorizada a facturar. Entiendo que soy responsable de los deducibles de seguro de salud, copagos y co-aseguranzas.

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

Relationship to patient (Relacion al paciente):

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



BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.

REGISTRATION / REGISTRACION

CONSENT FOR TREATMENT (Consentimiento para Tratamiento)

I hereby authorize Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, 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.

You autorizo a Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. para proporcionar servicios medicos quirurgicos, odontologicos, de compartamiento, education sanitaria y tratamiento en el hospital, incluyendo pero sin limitarse a, los examines de rayos X y las inyecciones que pueden ser ordenados como conviene o necesario por el personal de asistencia professional.

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

Relationship to patient (Relacion al paciente):

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

ADDITIONAL INFORMATION (Informacion Adicional)

1. Do you have an Advance Directive? (¿Tiene una directiva anticipada?) **Yes (Sí)** **No**
2. Did you receive your Patient's Rights and Responsibilities? (¿Recibiste los derechos y responsabilidades de tu paciente?) **Yes (Sí)** **No**
3. Do you work on a farm? (¿Trabajas en una granja?) **Yes (Sí)** **No**
* **Is it?** (¿Es?) **Year Round (Era toda el ano)** **Seasonal Basis (Por bas estacional)**
4. Are you a veteran? (¿Eres un veterano?) **Yes (Sí)** **No**
5. Please provide your email address if you would like to register for the Patient Portal. (Indique su dirección de correo electrónico si desea registrarse en el portal del paciente.)
Email Address (Correo Electronico): _____
6. Would you like to receive automated calls and text message reminders and information? (¿Desea recibir recordatorios e información de llamadas automatizadas y mensajes de texto?) **Yes (Sí)** **No**
7. **Is Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. your preferred pharmacy? (¿Es Beaufort Jasper Hampton servicios integrales de salud, Inc. su farmacia preferida?)** **Yes (Sí)** **No**

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

Pharmacy Location (Farmacia ubicación) _____

Pharmacy Telephone Number (Número de teléfono de farmacia) _____

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 examindo toda la informacion en esta forma, y en cualquier declaracion de acompanamiento de las formas, y es verdadera y correcta a lo mayor 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 (Relacion con el paciente): _____ **Date (Fecha):** _____

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



BEAUFORT JASPER HAMPTON COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.

REGISTRATION / REGISTRACION

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE (Aviso de prácticas de privacidad)

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Receipt of Notice of Privacy Practices Obtained

(Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad Obtenido)? Yes (Sí) No Date (Fecha): _____

For your protection, please list individuals whom you are granting access to your health information.

(Para su proteccion, a liste las personas a quien se le dan acceso a su informacion de salud.)

Print Name (Nombre) Relationship (Relacion) Telephone (Telefono)

Print Name (Nombre) Relationship (Relacion) Telephone (Telefono)

Restriction(s) Requested by Patient (Approved by the Organization) (Restriccion(s) Solicitada por el Paciente (Aprobado por el Organizacion):

For Your Protection, please list any restrictions for communicating your health information below:

Para su protección, por favor enumere cualquier restricción para comunicar su información de salud a continuación:

Organizational Restriction(s) Approved (Restriccion(s) de Organizacion Aprobo) Yes (Sí) No

I understand that the access granted and restrictions listed above will apply until I officially request a change.

Yo entiendo que el acceso concedido y las restricciones mencionadas anteriormente se aplicaran hasta que oficialmente solicitor un cambio. Yes (Sí) No

Patient/Legal Guardian Signature (Paciente/Tutor Legal Firma) Date (Fecha)

Witness Print (Firma de Testigo) Witness Signature (Firma testigo) Date (Fecha)