NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES!

¡Gracias por escoger a NHFHS como su consultorio médico!
Por favor lea esta información para nuevos pacientes antes de su visita.

UBICACIONES DE SERVICIOS
Faris 975 West Faris Road Greenville, SC 29605 Teléfono: (864) 729-8330 8:00 AM-9:00 PM Lunes-Sábado **HORAS DE FARMACIA:** 8:00 AM-9:00 PM Lunes-Sábado
Mallard 130 Mallard St., PO Box 287 Greenville, SC 29601 Teléfono: (864) 233-1534 8:00 AM-5:00 PM Lunes-Viernes **HORAS DE FARMACIA**: 8:00 AM-5:00 PM Lunes-Viernes
Travelers Rest 1588 Geer Hwy, PO Box 1370. Travelers Rest, SC 29690 Teléfono: (864) 836-1109 8:00 AM-8:00 Lunes y Miércoles 8:00 AM-5:00 Martes, Jueves, Viernes **HORAS DE FARMACIA:** 8:00 AM-12:00 PM, 1:30 PM-5:00 PM Lunes-Viernes pero cerramos para el almuerzo 12:00 PM-1:30 PM
Greer 111-A Berry Avenue Greer, SC 29651 Teléfono: (864) 801-2035 8:00 AM-5:00 PM Lunes, Miércoles, Viernes 8:00 AM-8:00 PM Martes y Jueves **HORAS DE FARMACIA:** 8: 00 AM- 12:00 PM, 1:30 PM-5:00 PM Lunes-Viernes pero cerramos para el almuerzo 12:00 PM-1: 30 PM
New Horizon Family Dental Care 1 Memorial Medical Drive Greenville, SC 29605 Teléfono: (864) 351-2400 8:00 AM-5:00 PM Lunes, Miércoles, Viernes 8:00 AM-7:00 PM Martes y Jueves
Atención Médica para Personas sin Hogar Unidad Móvil 130 Mallard Street, PO Box 287 Greenville, SC 29601 Lunes-Viernes

¡BIENVENIDOS A

NUESTRAS HORAS LABORALES:
Atendemos a pacientes con citas, pero ofrecemos servicios para personas con enfermedades repentinas o agudas **(programamos citas del mismo día solo para los pacientes establecidos).**

Los horarios de oficina dependen de la ubicación. Consulte la columna a la izquierda para nuestras ubicaciones de servicios.
**Todas las ubicaciones cierran el día de Año Nuevo, la Conmemoración de Martin Luther King Jr., el Viernes Santo, el Día de los Caídos, el Día de la Independencia, la Noche Buena y Navidad.

PROGRAMACIÓN DE CITAS:
Para programar citas, llame directamente al lugar más conveniente. Oprima 1 para inglés o 2 para español, y luego siga las indicaciones.

Si usted tiene una emergencia después de las horas laborales de oficina, por favor llame a NHFHS y hable con la enfermera en turno.

CANCELACIONES/ REPROGRAMACIÓN DE CITAS:
LLAME A LA OFICINA POR LO MENOS 24 HORAS ANTES DE LA CITA PARA CANCELARLA O REPROGRAMARLA. Esto nos permite servirle mejor a usted y a nuestros otros pacientes.

MEDICAMENTOS:
Por favor traiga **todos** sus medicamentos a la cita.

HORAS DE FARMACIA:
Oprima 3 para contactar la farmacia; el último jueves de cada mes, llame para las horas laborales. Las horas regulares varían según la ubicación. Consulte la columna a la izquierda para las horas de farmacia.

PAGOS:
Aceptamos seguros privados, Medicare y Medicaid. Ofrecemos un programa de descuento según su ingreso económico si no tiene seguro médico y cumple con los requisitos del programa.

- Si tiene Medicare o Medicaid, traiga la **tarjeta de identificación** en cada visita.
- **Si usted califica para el programa de descuento, el gobierno federal requiere que tengamos registros de su situación económica.** (La última declaración fiscal de ingresos, 3 talones de pago más recientes que muestran las horas trabajadas/ingresos brutos, o una carta **certificada por notario** del empleador indicando salario por hora / semana y el número de horas trabajadas). Lo que cobramos depende del número de miembros en el hogar y los ingresos brutos familiares.
- **El copago solo cubre la CONSULTA MÉDICA: usted tiene que pagar por inyecciones, procedimientos, exámenes de laboratorios, etc.**
- Tiene que presentar una identificación con fotografía. Alértenos inmediatamente si cambia su dirección de hogar, su situación familiar o su ingreso. Si no actualiza su información, tendrá que pagar el pago completo. También presente su **tarjeta de seguro social**.

New Horizon Family Health Services

PARA COMPLETAR SU REGISTRACION, NECESITA TRAER LO SIGUIENTE:

1. Prueba de identidad
   Adultos: Licencia Para Conducer U Otra Identificacion Con fotografia
   Ninos: Certifcado De Nacimiento
   Carnet De Escuela O Reporte De La Escuela
   Registro De La Guardería

2. Carnet De Seguro Social

3. Comprobante De Seguro Médico (Dental)
   a. Carnet De Medicaid (si aplica)
   b. Carnet De Seguro Medico (si aplica)

4. Si Esta Solicitando Un Descuento:
   a. Los Tres Ultimos Talonarios De Cheques De Pago
   b. Formularo De Impuestos De Ganancia
      Por Favor:
   c. Necesita Presentar Prueba De Identidad Y Salario Para Calificar En El Descuento.
   d. Recertificaion Annual Es Requerido.

SU VISITA PUEDE SER RETRASADA HASTA

QUE LA INFORMACION SEA PROPORCIONADA.

USTED SERA FINANCIERAMENTE

REPSONSABLE POR TODOS LOS HONORARIOS.

LOS SERVICIOS NO SON GRATUITOS,

SIN EXCEPCIÓN ALGUNA.

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC

Formulario de Registro

Fecha: _____ Numero de Seguro Social.: _____

Nombre: _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO SUFIJO

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Ex Apellido: _____

Raza: (Marque una) ☐ Africoamericano/a ☐ Raza blanca ☐ Asiático/a ☐ Nativo Americano/a ☐ Mas de una raza ☐ Otra Raza ☐ Rechazo

Grupo etnico: (Marque una) ☐ Latino-Hispano ☐ Otra ☐ Rechazo Idioma: _____

Marque todas las que apliquen: ☐ Empleado ☐ Empleado propio ☐ Desempleado ☐ Incapacitado ☐ Retirado/a ☐ Estudiante de medio tiempo ☐ Estudiante de tiempo completo ☐ Centro de Salud Escolar ☐ Veterano ☐ Vivienda pública ☐ Vive en un refugio ☐ Vive con sus padres/amigos ☐ Sin albergue

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

Teléfono: _____ _____ _____ Edad: _____
HOGAR CELULAR TRABAJO

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ ¿Está usted interesado en usar el Portal del Paciente? (Encierre uno) SI NO

Contacto de preferencia: (Encierre uno) **Hogar teléfono** **Celular teléfono** **Teléfono de trabajo** **Correo** **Portal del Paciente**

¿Cómo prefiere su resultados de la atención al paciente? (Encierre uno) **PAPEL** **PORTAL DEL PACIENTE** **RECHAZO**

Ingresos mensuales del hogar: _____ Numeros de personas en el hogar: _____

Información Del Fiador (si es diferente al paciente):
Numero de Seguro Social: _____

Nombre: _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO SUFIJO

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Estado Civil: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono: _____ _____ _____
HOGAR CELULAR TRABAJO

INFORMACIÓN de SEGUROS MEDICOS (Por favor proporcione copias de todas las targetas de seguro):

Compañia de Seguros: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nombre del empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

****El propósito de esta información es para documentación solamente. Para solicitor por un descuento, necesita completer otro formulario****

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

PROPÓSITO: Resaltar los derechos y las responsabilidades básicas de los pacientes en *New Horizon Family Health Services, Inc* (NHFHS).

***POLÍTICA*:** Nuestra política en NHFHS es ofrecer servicios que son sensibles a las necesidades básicas de los seres humanos para tener libertad de expresión, decisión y acción.

En NHFHS reconocemos la gran importancia que tienen la dignidad personal y las relaciones humanas durante una enfermedad.

En NHFHS reconocemos también que los pacientes tienen derecho a recibir servicios que tengan las siguientes características:

DERECHOS:

Respeto y Dignidad - Como paciente usted tiene el derecho de recibir atención médica con consideración y respeto en todo momento y bajo cualquier circunstancia, en reconocimiento de su dignidad personal.

Privacidad y Confidencialidad - Dentro de los parámetros de la ley, usted tiene el derecho a su privacidad personal y a la privacidad de su expediente médico.

Seguridad Personal - El paciente tiene el derecho de esperar seguridad cuando el centro este en funcionamiento y dentro de la propiedad del centro.

Identidad - Como paciente le garantizamos el derecho de conocer la identidad y nivel profesional de las personas que le proveen servicios, y de conocer el médico que está directamente a cargo de su atención médica.

Información - El paciente tiene el derecho de obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (si se conoce), su tratamiento y los pronósticos establecidos por el médico que está directamente a cargo de su atención médica.

Ayuda - Usted tiene el derecho de formular preguntas y discutir problemas que surjan durante sus visitas al médico, NHFHS facilita el personal para el manejo de quejas.

Consentimiento - El paciente tiene el derecho de gozar de una participación informativa en las decisiones que se relacionen con su atención médica.

Consultas - El paciente tiene el derecho a consultar con un especialista, si así lo solicita, cubriendo sus propios gastos.

Rechazo de Tratamiento - Hasta donde permite la ley, como paciente usted tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento.

Gastos del Paciente - Como paciente usted puede solicitar y recibir un desglose detallado de su factura por los servicios recibidos, sin importar cómo va a hacerse el pago.

Reglas y Reglamentos de los Pacientes - El paciente debe estar informado de las reglas y reglamentos relacionados con su conducta como paciente.

RESPONSABILIDADES: Como profesional de la salud, NHFHS tiene el derecho de esperar un comportamiento razonable y responsable de sus pacientes. Algunas características de ese comportamiento son:

Suministro de Información - El paciente tiene la responsabilidad de proporcionar, a su mejor entender, información correcta y completa de sus síntomas o dolencias actuales, enfermedades experimentadas en el pasado, hospitalizaciones, medicamentos y todo lo relacionado con su salud.

Conformidad con las Instrucciones - El paciente tiene la responsabilidad de seguir el tratamiento recomendado por el médico que está directamente a cargo de su cuidado.

Rechazo de Terapia - El paciente es considerado completamente responsable por sus acciones si rechaza el tratamiento ofrecido, y/o si no sigue las instrucciones dadas por el médico.

Gastos del Paciente - Es responsabilidad del paciente, después de haber recibido los servicios de salud, cumplir con el pago de las deudas relacionadas con su salud lo antes posible.

Reglas y Reglamentos - El paciente se responsabiliza por seguir las reglas y reglamentos del centro relacionados con su atención médica y conducta.

Respeto y Consideración - El paciente es responsable por respetar los derechos de otros pacientes y de los empleados del centro, de controlar los ruidos innecesarios, el fumar y el consumo de alimentos en el centro.

Firma del Paciente_____ **Fecha**: _____

ACUERDO DE PAGO DE TRATAMIENTO A NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC.

Yo solicito a New Horizon Family Health Services, Inc. que me provea a mi y a mi familia con cuidado médico. Yo reconozco mi responsabilidad de pagar por cuidado médico de acuerdo a los honorarios establecidos. Ademas, yo autorizo que los beneficios médicos o dentales obtenidos sean pagados a New Horizon Family Health Services, Inc.

Firma Fecha

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC. AVISO SOBRE EL DERECHO DE PRIVACIDAD

Yo, _____ por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de HIPAA y mis derechos sobre privacidad de New Horizon Family Health Services, Inc. y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este aviso.

Firma Fecha

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
975 West Faris Road
Greenville, SC 29605
Phone (864) 729- 8330

AUTORIZACION PARA ENTEGAR SU INFORMACION MEDICA A OTRAS PERSONAS

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Seguro Social No: _____ Masculino: _____ Fermenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

_____ Telefono: ( )_____
CIUDAD ESTADÖ CODIGO POSTAL

Yo, _____ por la presente doy permiso escrito a la siguiente persona/personas a recibir cualquier información medica acerca de mi, o mi tratamiento dado por New Horizon Family Health Services, Inc.:

1. _____ Parentesco: _____
2. _____ Parentesco: _____
3. _____ Parentesco: _____
4. _____ Parentesco: _____

(ENCIERRE UNO) YO DOY / YO NO DOY autorización para dejar mi historial medico en una maquina contestadora o buzon de voz en la casa, el trabajo o celular.

Firma: _____ **Fecha**: _____

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC

975 West Faris Road
Greenville, SC 29605
Phone (864) 729- 8330

AUTORIZACION PARA PACIENTES DE PEDIATRIA (NIÑOS) QUE SON TRAIDOS PARA TRATMIENTO POR UNA PERSONA ASIGNADA

(APLICA A TODOS LOS PACIENTES PEDIATRICOS EDADES 0-16)

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Seguro Social No: _____ Masculino: _____ Fermenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

_____ Telefono: ( )_____
CIUDAD ESTADÖ CODIGO POSTAL

En su ausencia, esta alguien autorizado para buscar asistencia medica para su niño? (ENCIERRE UNO)

SI **NO**

Si dijo que si, por favor complete lo siguiente:

_____ _____
Nombre Parentesco con el Paciente

_____ _____
Dirección Telefono

_____ _____
Nombre Parentesco con el Paciente

_____ _____
Dirección Telefono

_____ _____
FIRMA DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL **FECHA**

_____ _____
TESTIGO **FECHA**

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC

Aplicacion para un descuento/**Necesita ser certificada**

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento:_____

Direccion: _____

Ciudad: _____Estado:_____Codigo de Area:_____

Telefono: ( )_____

Estado civil: Casado_____ Soltero_____Separado_____Divorciado_____Viudo_____

Numero de Seguridad Social: _____

Miembros de su Familia	Relacion	Fecha de Nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Entrada de Ingreso:

Fuente de Empleo: _____ Telefono de Trabajo: _____

Jefe de Familia: $_____semana/mensual

Esposa: $_____semana/mensual

Otros: $_____semana/mensual

Total Fuente de ingreso mensual: $_____

Yo rectifico que la informacion adquirida es correcta. Yo autorizoal New Horizon Family Health Services, Inc. que verifique toda la informacion dada. Si por algun motivo mi situacion financie ra llegara a cambiar me compromento a informales.

Firma: _____Fecha:_____

Verified by:_____Date:_____