



¡BIENVENIDOS A 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

Travelers Rest

1588 Geer Hwy, PO Box 1370.
Travelers Rest, SC 29690
Teléfono: (864) 836-1109
8:00 AM-8:00 Lunes
8:00 AM-5:00 Martes, Miércoles, Jueves, y 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 y Miércoles
8:00 AM-7:00 PM Martes y Jueves
8:00 AM – 12:00 PM Viernes

Atención Médica para Personas sin Hogar

Unidad Móvil
111-A Berry Avenue
Greer, SC 29651
Lunes-Viernes

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.**
- 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.



IMPORTANT

New Horizon Family Health Services

Reglamento de Inasistencia

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

Es muy importante mantener todas las citas y “No Presentarse” debe ser evitado. Por favor llegue a tiempo a su cita. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se le pedirá que espere a que su Doctor esté disponible o rehacer su cita.

Si tiene que cancelar una cita, deberá llamar por lo menos con 24 horas de anticipación o se le considerará “Ausente”. Este aviso es necesario para permitir la disponibilidad de los espacios de tiempo para otros pacientes que necesitan una cita.

Si tiene problemas para mantener sus citas, por favor póngase en contacto con nosotros tan pronto como le sea posible. Estaremos gustosos de ayudarle en todo lo que sea posible para que pueda asistir a sus citas.

Una multa de \$3.00 le será cargada por cada visita al consultorio a la que no se presente. Una multa de \$10.00 le será cargada por no presentarse a cita de procedimiento programado. Después de tres “Ausencias” a sus citas Usted podría ser restringido de cualquier cita programada. Tendrá que llamar en la mañana del día en que desea ser visto y le haremos saber lo que tenemos disponible en ese momento.

Gracias por su colaboración.

Reconozco que he recibido y comprendido la información acerca del Reglamento de Inasistencia de New Horizon Family Health Services.

Firma del Paciente (Persona Responsable): _____ **Fecha:** _____

Relación con el Paciente: _____



NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
Formulario de Registro

Fecha: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del Paciente: _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDOS NOMBRE PREFERIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____ Ex Apellido: _____

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

Edad: _____ Sexo: (Marque uno) Masculino Femenino

Teléfono: _____
HOGAR CELULAR TRABAJO

Contacto preferido: (Encierre uno) **Hogar teléfono Celular teléfono Trabajo teléfono Correo Portal del Paciente**
(ENCIERRE EN UN CIRCULO) **YO DOY / YO NO DOY** autorización para dejar mi historial médico en una máquina contestadora o buzón de voz en la casa, el trabajo o celular.

¿Cómo prefiere su resumen de atención al paciente? (Encierre uno) **Papel Portal del paciente Rechazó**

Correo electrónico: _____ ¿Está usted interesado en usar el Portal del Paciente? (Encierre uno) **SI NO**
(El correo electrónico se utilizará para el acceso al portal del paciente)

Datos Demográficos Adicionales

Los datos recogidos en este formulario se utilizarán solamente para obtener información sobre usted y su familia para que podamos satisfacer mejor su salud médica, comportamiento y necesidades dentales. **Esta información no se utilizará para retener o negar servicios.**

Número de personas en el hogar: _____	Ingresos mensuales del hogar: _____	Idioma: _____
---	---	-------------------------

Raza: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Africoamericano/a <input type="checkbox"/> Caucásico/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Nativo Americano/a <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Decide no revelar	Grupo étnico: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Latino-Hispano <input type="checkbox"/> No Latino-Hispano <input type="checkbox"/> Decide no revelar	Estatus de Hogar: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Sin vivienda <input type="checkbox"/> Doblando- Vive con sus padres/amigos <input type="checkbox"/> Vive en un refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> N/A	El Estatus de Empleo: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado propio <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado/a <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Decide no revelar
Orientación sexual: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> Decide no revelar	Identidad de Género: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Transgénero masculino/ femenino á masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino/ masculino á femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decide no revelar		Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Veterano/a <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola y Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Encerrado en casa <input type="checkbox"/> Centro de Salud Escolar <input type="checkbox"/> N/A

NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
Formulario de Registro

Información Sobre los Padres del Paciente:
(responsable por el Paciente):

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO SUFJO

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono: _____
HOGAR CELULAR TRABAJO

INFORMACIÓN de SEGUROS MÉDICOS
(MEDICAID, MEDICARE, Seguro Privado, u otra cobertura de terceros)
(Por favor proporcione copias de todas las tarjetas de seguro)

Compañía de Seguros:	Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social	Relación con el paciente
Si tienes seguro privado, ¿cuál es su deducible anual por miembro de la familia?				\$ _____

Aviso do Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido una copia de aviso HIPAA de prácticas de privacidad de salud de New Horizon Family Health Services, Inc. y que me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el aviso.

Firma del Paciente (Persona Responsable): _____ Fecha: _____
Relación con el Paciente: _____

Persona Para llamar en caso de Emergencia

Se podría llamar a las personas que figuran como Contacto de emergencia después de 2 intentos fallidos de contacto con el paciente en caso de necesidad urgente. Autorizo la divulgación de la cantidad mínima de información necesaria para las personas enumeradas a continuación. La autorización expira a mi solicitud por escrito.

Contacto de emergencia primario:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia secundario:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Cómo se enteró usted de nosotros? (Encierre uno) **Online/Por Internet** **Eventos Comunitarios** **Amigos/Familia** **Referencia** **Otro** _____

ADMIN 06 (Spanish)

Rev. 8.16

Rev 5.18

Rev 5.19

Rev 7.20 KW



NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

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

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 (persona responsable): _____ **Fecha:** _____

Relacion al Paciente: _____