

UNIVERSITY MEDICAL CENTER

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE) (Please print) (por favor escriba en letra de molde)

Full Legal Name: Nombre Completo Legal \_\_\_\_\_ Preferred Name: \_\_\_\_\_  
 Last (Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle (Segundo Nombre) Nombre Preferido  
 Date of Birth: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año Completo \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female  
 Fecha de nacimiento Month/Day/Complete Year Número de Seguro Social Sexo Masculino Femenino  
 Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Phone Number: (número de teléfono) \_\_\_\_\_  
 Médico de Cabecera  
 Preferred Pharmacy Name: (Nombre de la Farmacia que Prefiere) \_\_\_\_\_  
 Marital Status:  Single  Married  Divorced  Widowed  Life Partner  Legally Separated  
 Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Compañero de Vida Legalmente Separado  
 Race:  Caucasian (white)  American Indian  African American (black)  Hispanic  Hispanic/Latino/Hispano/Latino   
 Raza Caucásico/blanco Indio Americano Afro-Americano(negro) Hispano Non-Hispanic/Non-Latino/   
 Biracial  Asian Oriental  Other  Unknown  Refused/Declined/Rehuso/Declino'   
 Desconocido Non -Hispano/Non-Latino  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ City(Cuidad) \_\_\_\_\_ State(Estado) \_\_\_\_\_ Zip(CP) \_\_\_\_\_  
 Mail to Address (Dirección de Correo): \_\_\_\_\_ City(Cuidad) \_\_\_\_\_ State(Estado) \_\_\_\_\_ Zip(CP) \_\_\_\_\_  
 County (Condado): \_\_\_\_\_ Primary Phone: Tel. Principal ( ) \_\_\_\_\_ Secondary Phone: Tel Secundario ( ) \_\_\_\_\_  
 Preferred language (lenguage Preferido): \_\_\_\_\_ E-mail (Correo electrónico): \_\_\_\_\_  
 Veteran (Veterano): Yes (Si) No Unknown Religion (Relección): \_\_\_\_\_

GUARANTOR INFORMATION (If guarantor is SELF complete SECTION I only)  
 INFORMACIÓN DEL FIADOR (Si el fiador es USTED MISMO complete solo la SECCIÓN I)

Parent/guardian presenting minor child for treatment will be listed as the guarantor. If 18 or older, patient will be listed as guarantor and does not have to complete this section. The guarantor will be responsible for any balance due.  
 Padre/tutor que se presente para el tratamiento de un menor será considerado como el fiador. Si el paciente es mayor de 18 años será considerado como el fiador y no tendrá que completar esta sección. El fiador será responsable de cualquier saldo a pagar.

Name (Nombre): \_\_\_\_\_ Patient relation to Guarantor (Relación del paciente con el fiador) : \_\_\_\_\_  
 Last(Apellido/s) First(Primer Nombre) Middle(Segundo Nombre) Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel. Secundario): ( ) \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento # de Seguro Social  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ (City) \_\_\_\_\_ (State) \_\_\_\_\_ (Zip) \_\_\_\_\_ (Country)  
 Mail to Address (if different): \_\_\_\_\_ (City) \_\_\_\_\_ (State) \_\_\_\_\_ (Zip) \_\_\_\_\_ (Country)  
 (Dirección de Correo [si es diferente]): \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (CP) \_\_\_\_\_ (Condado)

EMERGENCY CONTACT (Pediatric Patients please list someone other than parent(s)/guardian)

CONTACTO DE EMERGENCIA (Los Pacientes Pediátricos favor de nombrar a otra persona que no sea el padre(s)/tutor)

Primary Contact Name (Nombre del Contacto Principal): \_\_\_\_\_ Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_  
 Patient Relation to Emergency Contact (Relación del Paciente con el Contacto): \_\_\_\_\_  
 Secondary Contact Name (Nombre del Contacto Secundario): \_\_\_\_\_ Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_  
 Patient Relation to Emergency Contact (Relación del Contacto con el Paciente): \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel. Secundario): ( ) \_\_\_\_\_

SECTION I SECCIÓN I

Patient Employer (Empleador del Paciente): \_\_\_\_\_ Work Phone (Número del Trabajo): ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Address (Dirección): \_\_\_\_\_ (City/Cuidad) \_\_\_\_\_ (State/Estado) \_\_\_\_\_ (Zip/CP) \_\_\_\_\_  
 Employment Status (Estado Laboral):  full-time (tiempo completo)  part-time (medio tiempo)  active military (militar activo)  student full time (estudiante de tiempo completo)  
 student part-time (estudiante de medio tiempo)  retired (retirado)  disabled (discapacitado)  self employed (negocio propic)  not employed (sin empleo)  unknown (Desconocido)

(Pediatric Patients ONLY) PARENT/GUARDIAN & IMMEDIATE FAMILY INFORMATION (SOLO Pacientes Pediátricos PADRE/TUTOR E INFORMACIÓN DE LA FAMILIA INMEDIATA)

MOTHER (If the address, phone numbers and employer information is the same as guarantor, please indicate same.)

MADRE (Si la dirección, tel. y empleador son iguales al fiador escriba "same")  
 Full Name (Nombre Completo): \_\_\_\_\_ Nickname (Apodo): \_\_\_\_\_  
 Last(Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle(segundo Nombre) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_  
 SS# (# de Seguro Social): \_\_\_\_\_ Month (Mes) / Day (Día) / Complete Year (Año Completo)  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/CP \_\_\_\_\_  
 (if different from patient/si es diferente al del paciente)  
 Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel Secundario): ( ) \_\_\_\_\_  
 Employer (Empleador): \_\_\_\_\_ Work Phone /Tel del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

FATHER (If the address, phone numbers and employer information is the same as guarantor, please indicate same.)

PADRE (Si la dirección, números telefónicos e información del empleador es la misma que la del fiador, escriba "same")  
 Full Name (Nombre Completo): \_\_\_\_\_ Nickname (Apodo): \_\_\_\_\_  
 Last(Apellido/s) First (Primer Nombre) Middle(segundo Nombre) Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_  
 SS# (# de Seguro Social): \_\_\_\_\_ Month (Mes) / Day (Día) / Complete Year (Año Completo)  
 Home Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/CP \_\_\_\_\_  
 (if different from patient/si es diferente al del paciente)  
 Primary Phone (Tel. Principal): ( ) \_\_\_\_\_ Secondary Phone (Tel Secundario): ( ) \_\_\_\_\_  
 Employer (Empleador): \_\_\_\_\_ Work Phone /Tel del Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Ext \_\_\_\_\_

<b>Patient Name (Nombre del Paciente)</b>			<b>DOB (Fecha de Nacimiento)</b>		
<b>(Pediatric Patients ONLY) BROTHERS, SISTERS, &amp; OTHER FAMILY MEMBERS (SOLO Pacientes Pediátricos) HERMANOS, HERMANAS, &amp; OTROS FAMILIARES</b>					
<b>Full Name (Nombre Completo)</b>		<b>Sex (Sexo) M or F</b>	<b>Date of Birth (Fecha de Nacimiento)</b>	<b>Relationship (Relación)</b>	<b>Lives with child (Vive con el niño)</b>
					YES(SI) NO
					YES(SI) NO
					YES(SI) NO
					YES(SI) NO
<input type="checkbox"/> <b>Check here if NO INSURANCE. Skip to SECTION I</b> <input type="checkbox"/> <b>Marque aquí si NO tiene SEGURO. Pase a la SECCIÓN I</b>					
<b>ACCIDENT INFORMATION (INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES)</b>					
Is visit the result of an accident? (Examples: auto accident, workers compensation, etc.) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
¿Es esta visita el resultado de un accidente? (Ejemplos: accidente de auto, compensación al trabajador, etc.)      Sí      NO					
Type of accident (Tipo de Accidente): _____ Date of Accident (Fecha del Accidente): _____ County of accident (Condado del accidente): _____					
<b>PRIMARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION II only) INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO (Si USTED es el suscriptor , complete la SECCIÓN II</b>					
<b>SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)</b>					
Subscriber's Name on card (Nombre del suscriptor en la tarjeta): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Month(Mes)/Day(Día)/Complete Year(Año Completo)					
Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor): _____ Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
<b>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</b> <b>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</b>					
Address (Dirección): _____ SS# (# de Seguro Social): _____					
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP): _____ Primary Phone (Número Principal): (    ) _____					
Employer (Empleador): _____ Work Phone (Número del trabajo): (    ) _____ EXT: _____					
<b>SECTION II</b>		<b>SECCIÓN II</b>			
Insurance Co. Name (Nombre de la Compañía de seguros): _____ Phone (Teléfono): (    ) _____					
CERT# (# de Certificado): _____ Group No (# de Grupo): _____ Effective Date (Fecha de Vigencia): _____					
Subscriber Status (Estado del Suscriptor): <input type="checkbox"/> full-time (tiempo completo) <input type="checkbox"/> part-time (medio tiempo) <input type="checkbox"/> active military (militar activo) <input type="checkbox"/> student full time (estudiante de tiempo completo)					
<input type="checkbox"/> student part-time (estudiante de medio tiempo) <input type="checkbox"/> retired (retirado)    date (fecha) <input type="checkbox"/> disabled (discapacitado) <input type="checkbox"/> self employed (negocio propio) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)					
<b>SECONDARY INSURANCE INFORMATION (If subscriber is SELF complete SECTION III only)</b> <b>INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (Si el suscriptor es USTED MISMO complete solamente la SECCIÓN III )</b>					
<b>SUBSCRIBER INFORMATION (This is the person who carries the insurance) INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Esta es la persona que porta el seguro)</b>					
Subscriber's Name on card (Nombre del suscriptor en la tarjeta): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Month(Mes)/Day(Día)/Complete Year(Año Completo)					
Patient Relationship to Subscriber (Relación del paciente con el suscriptor): _____ Sex (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
<b>If address and phone number is same as patient, please indicate same.</b> <b>Si la dirección y tel. es el mismo que del paciente, por favor escriba "same"</b>					
Address (Dirección): _____ SS# (# de Seguro Social): _____					
City (Ciudad), State (Estado), Zip (CP): _____ Primary Phone (Número Principal): (    ) _____					
Employer (Empleador): _____ Work Phone (Número del trabajo): (    ) _____ EXT: _____					
<b>SECTION III</b>		<b>SECCIÓN III</b>			
Insurance Co. Name (Nombre de la Compañía de seguros): _____ Phone (Teléfono): (    ) _____					
CERT# (# de Certificado): _____ Group No (# de Grupo): _____ Effective Date (Fecha de Vigencia): _____					
Subscriber Status (Estado del Suscriptor): <input type="checkbox"/> full-time (tiempo completo) <input type="checkbox"/> part-time (medio tiempo) <input type="checkbox"/> active military (militar activo) <input type="checkbox"/> student full time (estudiante de tiempo completo)					
<input type="checkbox"/> student part-time (estudiante de medio tiempo) <input type="checkbox"/> retired (retirado) <input type="checkbox"/> disabled (discapacitado) <input type="checkbox"/> self employed (negocio propio) <input type="checkbox"/> not employed (sin empleo) <input type="checkbox"/> unknown (Desconocido)					
<b>SECTION IV</b>		<b>SECCIÓN IV</b>			
<b>AUTHORIZATION</b>		<b>AUTORIZACIÓN</b>			
I authorize medical evaluation & treatment, and release of information for insurance/medical purpose concerning my illness and treatment. I hereby authorize payment from my insurance company to the Greenville Hospital System for services rendered. I will be responsible for any amount not covered by my insurance.					
Yo autorizo una evaluación médica & tratamiento, y la divulgación de información con el propósito de seguro/médico concernientes a mi enfermedad.					
Signature of Patient/Guardian/Guarantor: _____ Date(Fecha): _____					
Firma del Paciente/Tutor/Fiador					