

Physician _____

Chart Number _____

Patient Information

Palmetto Health USC
MEDICAL GROUP

Patient Name (first, middle, last) _____

Social Security # _____ Birth Date _____ Sex M F

Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed Life Partner

Address _____

City/State/Zip _____

Phone: Home _____ Cell _____ Work _____

Email _____

Ethnic Origin: Native American Asian Black Hispanic White Other _____

Primary Language _____

Referring Physician _____ Pharmacy _____

Emergency Contact Information

Name _____

Relationship to Patient _____ Phone Number _____

Guarantor Information (Financially Responsible Party)

Check if information is same as above

Name (first, middle, last) _____

Social Security # _____ Birth Date _____ Sex M F

Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed Life Partner

Address _____

City/State/Zip _____

Phone: Home _____ Cell _____ Work _____

Guarantor's Relationship to Patient _____

Employer Name _____ Occupation _____

Address _____

City/State/Zip _____

Release of Information

I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits otherwise payable to me directly to the doctor. I understand that I am responsible for any amount not covered by my insurance. I request that payment of authorized Medicare benefits be made to my physician.

Signature of Patient (Parental Signature if Minor)

Date

Médico _____

No. de hoja clínica _____

Información del paciente

Palmetto Health USC
MEDICAL GROUP

Nombre del paciente (primero, segundo, apellido) _____

No. del seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Unión libre

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfono: Residencia _____ Celular _____ Trabajo _____

Email _____

Origen étnico: Nativo americano Asiático Negro Hispano Blanco Otro _____

Idioma principal _____

Médico de referencia _____ Farmacia _____

Información del contacto para casos de urgencia

Nombre _____

Parentesco con el paciente _____ No. de teléfono _____

Información del fiador (persona económicamente responsable)

Marque si la información es igual a la de arriba

Nombre del paciente (primero, segundo, apellido) _____

No. del seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Unión libre

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Zip _____

Teléfono: Residencia _____ Celular _____ Trabajo _____

Parentesco del fiador con el paciente _____

Nombre del empleador _____ Ocupación _____

Domicilio _____

Ciudad/Estado/Zip _____

Información de divulgación

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica, mis recomendaciones o mi tratamiento médico (o los de mi hijo), suministrada con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios de los seguros médicos. Además, autorizo también por el presente que se le paguen directamente al médico los beneficios cubiertos por los seguros que de otro modo se me pagarían a mi. Entiendo la responsabilidad que tengo sobre cualesquiera sumas que no están cobijadas por mi seguro. Solicito que se le paguen a mi médico los beneficios autorizado por Medicare.

Firma del paciente (Firma del padre/madre si se trata de un menor de edad)

Fecha