



¡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

Mallard

130 Mallard St., PO Box 287
Greenville, SC 29601
Teléfono: (864) 233-1534
8:00 AM-8:00 PM Lunes-Jueves
8:00 AM-5:00 PM Viernes

HORAS DE FARMACIA:

8:00 AM-6:00 PM Lunes-Jueves

8:00 AM-5:00 PM Viernes

Travelers Rest

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

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 Dental Care
Derechos y Responsabilidades del Paciente



Usted tiene el derecho a:

- Respeto y dignidad
- Privacidad y confidencialidad
- Conocer las reglas y reglamentos
- Consultar con un especialista
- Rechazar tratamiento
- Conocer los gastos
- Obtener información
- Ayuda
- Identidad del Personal

Sus Responsabilidades son:

- Respeto y consideración
- Cooperar con su propio tratamiento
- Seguir las reglas y reglamentos
- Seguir las instrucciones sobre su tratamiento
- Consecuencias de rechazar tratamiento
- Pagar las facturas a tiempo
- Proveernos información correcta

TRES PASOS PARA UN CUIDADO DE SALUD MÁS SEGURO

- 1. EXPRESE SUS PREGUNTAS Y PREOCUPACIONES.** Escoja un dentista por la cual usted se sienta seguro(a) de hablar sobre su salud y tratamiento oral. Venga acompañado(a) de un familiar o amigo(a) si esto le ayuda a hacer preguntas y entender las respuestas. Es normal hacer preguntas y esperar respuestas que usted pueda entender.
- 2. MANTENGA UNA LISTA DE TODAS LAS MEDICINAS QUE USTED TOMA.** Informe a su dentista y al higienista sobre las medicinas que usted toma, incluyendo las que se venden sin receta, como aspirina e ibuprofeno, y suplementos dietéticos como vitaminas y hierbas. Infórmeles si tiene alergias a algunas medicinas. Cuando le receten la medicina, lea la etiqueta y las advertencias. Pregunte sobre los efectos secundarios de las medicinas y cuales alimentos puede o no ingerir mientras las toma. Asegúrese de que le despacharon las medicinas correctas y que sepa cómo usarlas. Si la medicina tiene una apariencia diferente a la esperada, aclare su duda con el farmacéutico.
- 3. ASEGÚRESE DE QUE ENTIENDE LO QUE VA A SUCEDER SI NECESITA CIRUGÍA.** Pregúntele al dentista o cirujano: ¿Quién estará a cargo de mi atención dental? ¿Qué exactamente me van a hacer? ¿Cuánto tiempo se tomará? ¿Qué sucederá después de la cirugía? ¿Cómo debería sentirme durante la recuperación? Infórmele al cirujano, al anestesiólogo y a las enfermeras si tiene alergias o si en alguna ocasión ha tenido una reacción adversa a la anestesia. Asegúrese de que tanto usted, como el dentista y el cirujano, han llegado a un acuerdo respecto a lo que va a suceder durante la operación.



**New Horizon Family Dental Care
1 Memorial Medical Drive
Greenville, SC 29605**

PARA COMPLETAR SU REGISTRACION, NECESITA TRAER LO SIGUIENTE:

1. Prueba de identidad
Adultos: Licencia Para Conducir U Otra Identificacion Con fotografia
Ninos: Certificado 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. Formulario 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
REPONSABLE POR TODOS LOS HONORARIOS.**

**LOS SERVICIOS NO SON GRATUITOS,
SIN EXCEPCIÓN ALGUNA.**



NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC

Patient Registration Form

Fecha: _____

Numero de Seguro Social: _____

Nombre: _____

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

APELLIDO

SUFIJO

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

Raza: (Marque uno)

Afroamericano/a

Caucásico/a

Asiático/a

Nativo Americano/a

Otra Raza

Decide no revelar

Grupo étnico: (Marque uno)

Latino/Hispano

Non-Latino/Non-Hispano

Decide no revelar

Idioma: _____

Marque todas las que apliquen:

Empleado

Trabajador migrante

Decide no revelar

Empleado propio

Estudiante di tiempo parcial

incapacitado

Retirado/a

Vive en un refugio

Estudiante di tiempo complete

Veterano/a

Vive con sus padres/amigos

Trabajador Agricola

Sin albergue

Identidad de Genero: (Marque uno):

Masculino

Transgenero hembra/

Varon a hembra

Femenino

Otro

Asexual

Transgenero varon/

Hembra a varon

Decide no revelar

Sexual Orientation: (Check one)

Heterosexual

Lesbiana, gay u homosexual

Bisexual

No sabe

Otra cosa

Decide no revelar



NEW HORIZON FAMILY HEALTH SERVICES, INC
Formulario de Registro

¿Cuál es la razón de la visita?: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre: _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO SUFIJO

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

Número de Seguro Social: _____

Raza/Grupo étnico: (Marque una) Afroamericano/a Caucásico/Raza Blanca Asiático/a Nativo Americano/a Latino-Hispano
 Mas de una raza Otra Raza Rechazo responder Idioma Preferido: _____

Marque todas las que apliquen: Empleado Trabajador por propia cuenta/autónomo Desempleado
 Incapacitado/Discapacitado Jubilado Veterano Estudiante de tiempo parcial Estudiante de tiempo completo
 Centro de Salud Escolar Recluido/confinado Vivienda pública Vive en un refugio para los desamparados
 Sin albergue Vive con sus padres/amigos Empleado agrícola Trabajador migrante Rechazo responder

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO

Teléfono: _____ Edad: _____
HOGAR CELULAR TRABAJO

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

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

INFORMACIÓN Del FIADOR (si es diferente al paciente):

Número 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 tarjetas de seguro):

Compañía 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 solicitar para un descuento, necesita completar otro formulario****



Nombre _____

Expediente # _____

Fecha De Nacimiento _____

Fecha _____

Historia Sobre Su Salud Dental Parte I

Fecha de su última visita al dentista _____

Alguna vez ha tenido dificultad asociada con tratamiento dental? Si ____ No ____

Ha estado usted hospitalizado en los ultimos tres años? Si ____ No ____

Si es asi, liste fecha y motivo: _____

Fecha de su último examen físico _____

Esta usted bajo los cuidados de un médico? Si ____ No ____

Esta usted tomando algún medicamento? Si ____ No ____

Medicamentos:

Que tan frecuente toma usted estos medicamentos?

*Liste algún otro medicamentos en la parte atrás.

Es usted alérgico: Anestecia Dental Si ____ No ____

Penicilina u otro Antibiotico Si ____ No ____

Aspirina Si ____ No ____

Otros Medicamentos (Liste) _____

Fuma usted or mastica tabaco? Si ____ No ____

Esta usted tomando algun Anticoagulante y/o Aspirina? Si ____ No ____

Alguna vez le han hecho prueba del SIDA/VIH? Si ____ No ____

Si ya hizo, esta prueba, le gustaria hacerla otra vez? Si ____ No ____

Si no se ha hecho la prueba del SIDA/VIH, Le gustartia hacersela? Si ____ No ____



NOMBRE _____
 EXPEDIENTE # _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____
 FECHA _____

Mujeres: ¿Está embarazada? _____ Si _____ No

HISTORIAL DE SALUD DENTAL PARTE II

ENFERMEDADES	SI	NO	ENFERMEDADES	SI	NO
Fiebre Reumática o Enfermedad Reumática Cardíaca			Falta de Aire/Aliento (dificultad para respirar)		
Accidente cerebro vascular (ACV)/Problemas Circulatorios			Artritis		
Problema con Válvulas Cardíacas/Cirugía			Articulaciones Artificiales/Válvulas Cardíacas Artificiales		
Angina de Pecho (dolor de Pecho al hacer algún esfuerzo)			Diabetes		
Problema Cardíaco/Insuficiencia o Fallo Cardíaco			Hepatitis		
Prolapso de la Válvula Mitral			Tobillos Inflamados		
Presión Alta			Lupus		
Soplo Cardíaco			Alergias		
Úlceras Estomacales			Convulsiones/Epilepsia		
Problemas con los Glándulas			SIDA/VIH Positivo		
Problemas con los Riñones/Insuficiencia Renal			Enfermedades del Hígado		
Glaucoma			Tuberculosis		
Enfermedades Venéreas			Cáncer ó Tumores		
Ampollas Febriles/Herpes Simple Labial			Problemas en Senos Nasales		
Problemas Sanguíneos (Anemia, Sangrado Prolongado, Hemofilia, Leucemia)			Ictericia (bilirrubina)		
Desvanecimiento o Mareos			Transfusión de Sangre en los últimos 5 años		
Dolor o ruido en la Mandíbula			Gota		
Problema de la Tiroides			Alcoholismo		
Dientes Flojos, Sensibilidad			Problemas Emocionales		
Abuso de Drogas			Asma/Enfisema		
Dolores de Cabeza Frecuentes			Anemia Falciforme		

INDIQUE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA O PROBLEMA NO LISTADA ARRIBA QUE QUISIERA CONTARLE AL DENTISTA: _____

En lo mejor de mi conocimiento, el historial médico y dental listado está correcto. Yo autorizo que me hagan los exámenes necesarios, radiografías/rayos x, procedimientos diagnósticos, y análisis que puedan ser indicados. También autorizo realizar cirugías dentales u orales si es necesario, incluyendo el uso de sedante oral o anestesia local, y fotos necesarias y divulgar información a mi compañía de seguros.

 Firma del Paciente, Padre, o Tutor

 Fecha

 Firma del Dentista

 Fecha



NEW HORIZON FAMILY DENTAL CARE

1 Memorial Medical Drive
Greenville, SC 29605
(864) 351- 2400

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR SU INFORMACION MÉDICA A OTRAS PERSONAS

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Número de Seguro Social: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Teléfono: () _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

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

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

(ENCIERRE EN UN CÍRCULO) YO DOY / YO NO DOY autorización para dejar mi historial médico en una maquina contestadora o buzón de voz en la casa, el trabajo o celular.

Firma: _____ **Fecha:** _____



NEW HORIZON FAMILY DENTAL CARE

1 Memorial Medical Drive
Greenville, SC 29605
(864) 351- 2400

AUTORIZACIÓN PARA QUE PACIENTES PEDIÁTRICOS (NIÑOS) SEAN TRAJIDOS PARA TRATAMIENTO POR UNA PERSONA ASIGNADA

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

Nombre del Paciente: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Número de Seguro Social: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Teléfono: () _____

En su ausencia, ¿hay alguien autorizado para buscar asistencia médica para su niño? **(ENCIERRE UNO)**
SI NO

Si dijo que si, por favor complete lo siguiente:

Nombre Parentesco con el Paciente

Dirección Teléfono

Nombre Parentesco con el Paciente

Dirección Teléfono

FIRMA DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL FECHA

TESTIGO FECHA