

HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre _____ Núm. de Seguro Social: _____
(Apellidos) (Nombres de pila)

Fecha de Nacimiento _____ Sexo (circle) H M Raza (circle) Blanca Negra Hispana Otra

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Condado _____

Número de tel. en casa _____ Celular _____ Otro # _____

Estado civil (circle) Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Contacto en caso de emergencia _____ Num. de tel. _____
Relación _____

Estado de empleo: Trabajando Desempleado/a Jubilado/a Discapacitado/a Compensación para Trabajadores

Ocupación _____ Empleador _____

¿Solicita Ud. la discapacidad? Sí NO

Número de personas en casa _____ Número de hijos menores de 19 años _____

¿Tiene Ud. alguno de los siguientes?

Medicaid: Sí NO Medicare: Sí NO Ayuda para los veteranos: Sí NO

¿Tiene seguro médico que cubra una visita al médico? Sí NO

¿Tiene un médico general (de cabecera)? Sí NO ¿Quién es? _____

¿Cuándo fue su última consulta con un médico? _____ ¿Dónde? _____

Personas que viven en la misma casa con el/la paciente (no tienen que ser parientes):

Nombre: Edad: Fuente del ingreso: Ingresos mensuales

Paciente _____

("Los ingresos" incluyen: el sueldo, el desempleo, el seguro social, la discapacidad, la pensión para hijos menores, la manutención del cónyuge divorciado, la pensión, etc.)

Si usted no tiene ingresos, ¿recibe cupones de comida? Sí NO ¿Cuánto por mes? _____

¿Recibe el paciente ayuda de familia o amigos? Sí NO ¿Cuánto por mes? _____

Nombre de la persona que ayuda al paciente: _____ Relación: _____

PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA:

¿Hemos recibido todas las pruebas de elegibilidad? Sí NO Indica cuáles tiene que entregar el/la paciente:

___ Pruebas de ingresos (circle) Talones de pago Cupones de comida Seguro Social Pensión Otras

Screenener _____ Firma del paciente _____

LA CLÍNICA MÉDICA GRATUITA GOOD SHEPHERD
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Por favor escriba sus iniciales junto a cada declaración para dar su consentimiento.

_____ Reconozco que Good Shepherd Free Medical Clinic del condado de Laurens es una clínica gratuita y que no pago por los servicios. Entiendo que la responsabilidad de Good Shepherd Free Medical Clinic del condado de Laurens, si tiene alguna, está limitada por la ley de Carolina del Sur e incluye las provisiones de la Sección 33-55-210 (conocida como la "Good Samaritan Law" [la "Ley del Buen Samaritano"]).

_____ Autorizo que la clínica tenga acceso a mi historia médica de Laurens County Memorial Hospital.

_____ Autorizo que la clínica tenga acceso a mi historia médica de cualquier otro doctor o hospital.

Firma: _____

Fecha: _____

Este consentimiento permanece en vigor hasta que sea anulado por el/la paciente.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- 1. Saber las horas de operación de la clínica Good Shepherd y de la farmacia PC Community.**

Good Shepherd:

Martes, 8:30 am – 3:00 pm (cerrada entre las 12:00 – 1:00)

Miércoles, 8:30 am – 3:00 pm (cerrada entre las 12:00 – 1:00)

Jueves, 8:30 am – 3:00 pm (cerrada entre las 12:00 – 1:00)

Jueves, solamente citas previas—no se les atiende a pacientes sin cita

PC Pharmacy:

Jueves, 11:00 am – 1:00 pm (recogida de medicamentos)

- 2. Mantenerse al día con las citas.** Esto incluye llamar y hablar con un empleado de la clínica o dejar un mensaje para pedir una cita. También significa presentarse para todas sus citas, o dar un aviso de al menos 24 horas si tiene que cancelarla. Por favor, tenga en cuenta que si se ordenan análisis de laboratorio antes de su cita y Ud. no los hace, no puede ser atendido y será como si no se presentara para esta cita.
- 3. Mantenerse al día sobre sus medicamentos.** Esto incluye: saber cuántas renovaciones tiene; pedirle una renovación a tiempo a la clínica Good Shepherd (el martes o el miércoles para recogerla el jueves); saber de dónde viene su medicamento – PC Pharmacy, Welvista u otro programa de asistencia para recetas; y notificar a la clínica cuando haya recogido su última renovación para que se pueda volver a renovar la receta antes de que se le acabe. Esto puede involucrar una nueva cita.
- 4. Notificar a la clínica cuando su número de teléfono cambia** para que podamos ponernos en contacto con usted.
- 5. Tener en cuenta que si Ud. va a un hospital fuera de Laurens County para hacer análisis o rayos equis, que se le puede cobrar.**

**Información sobre la farmacia para
PC Community Pharmacy
307 North Broad St.
Clinton, SC 29325
864-938-3932**

Lea con cuidado, por favor:

Usted es responsable de mantenerse al día sobre el número de renovaciones para cada medicamento que Ud. toma. Cuando la botella dice "1" o "NO refills," Ud. debe llamar a la clínica Good Shepherd al 833-0017 para pedir una nueva receta. En la mayoría de los casos, tendrá que pedir cita para conseguirla. Cuanto antes llame, más probable es que no tenga que pasar sin su medicina. No hacemos citas de emergencia porque se le ha acabado la medicina.

HORAS DE FARMACIA: DEBIDA A LA PANDEMIA DE LA COVID-19, LA FARMACIA ESTÁ CERRADA AL PÚBLICO. EFECTIVO 3 SEPT 2020. TODOS LOS MEDICAMENTOS SE RECOGEN EN EL ESTACIONAMIENTO DE LA FARMACIA PC COMMUNITY LOS JUEVES DE 11 am a 1 pm.

Nuevas recetas son enviadas por fax por el personal de la clínica Good Shepherd después de una cita con el médico.

Pedidos de renovaciones se tienen que hacer por llamar a la oficina de la clínica: 864-833-0017. Puede dejar un mensaje de voz con el pedido (nombre y concentración del medicamento) si no hay respuesta cuando Ud. llama o si llama fuera del horario de la clínica.

Para llegar a la Facultad de Farmacia de Presbyterian College:

- **Desde Laurens, Gray Court, Fountain Inn, Waterloo,** tome la Carretera 76 hacia Clinton. Gire a la izquierda en la calle Broad cuando vea un restaurante de McDonald.
- **Desde Joanna,** siga la carretera 76 hasta Clinton. Gire a la derecha en la calle Broad cuando vea un restaurante de McDonald.
- **Desde Cross Hill,** siga la carretera 72 hasta el centro de Clinton. Cruce las vías del tren.

Pase por 3 semáforos. La escuela está a la izquierda frente a la iglesia *Broad Street United Methodist*. Pase por la escuela y gire a la izquierda entre la escuela y una gasolinera que se llama *G-8*. Doble a la izquierda para entrar en el estacionamiento de atrás. La farmacia PC le pedirá \$2.00 por cada receta para cubrir el costo de proveer el medicamento.