



# FORMA DE REGISTRO DE PACIENTE

(EN LETRA IMPRENTA Y CLARA)

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos: nombre:		Nombre:		Segundo		Ha sido paciente aquí antes:	
						Sí      No	
Dirección de domicilio:		Apt/Suite:		Ciudad:		Estado:	
						Código postal:	
Estado civil:		Fecha de nacimiento:		Núm. de seguridad social:		Número telefónico:	
Soltero/a Casado/a						Sexo: Hombre    Hombre trans    Otro: Mujer    Mujer trans    Sin respuesta	

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:		Relación con paciente:		Dirección:		Número telefónico:	
---------	--	------------------------	--	------------	--	--------------------	--

## PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES LA ANTERIOR)

Nombre:		Relación con paciente:		Dirección:		Número telefónico:	
---------	--	------------------------	--	------------	--	--------------------	--

## INFORMACIÓN DE INGRESOS

Empleador:		Dirección de									
Ingresos		Relación		Edad		Ingresos mensuales brutos		Total Personas:		Total bruto ingresos:	

## INFORMACIÓN DE SEGURO

PACIENTE CUBIERTO POR SEGURO:		Sí      No		(Omita esta sección si responde No)									
Indique el seguro primario:		Medicare		SCHIP		TN Care		Otro: _____					
Persona responsable del pago:		Fecha de nacimiento		Dirección: (si es otra):				Teléfono de casa:					
Núm. de SS del suscriptor:		Nombre de grupo:		Núm. de grupo:		Núm. de póliza:		Copago: \$					
Relación de paciente con suscriptor:		Misma persona		Cónyuge		Hijo		Otro: _____					
Seguro secundario:		Nombre de suscriptor:		Núm. de SS del suscriptor:		Fecha de nacimiento		Núm. de grupo:		Núm. de póliza:			
Relación de paciente con suscriptor:		Misma persona		Cónyuge		Hijo							
Idioma preferido:		Inglés    Español    Otro: _____		Es veterano de las fuerzas armadas:				Es indigente:					
				Sí      No		Sí      No							
Raza:		Blanca    Asiática    Afroamericana    Isleño del Pacífico		Indígena americana    Más de una    Desconocida		Latina/Hispana: Sí      No		Orientación sexual: Heterosexual (no gay ni lesbiana) Lesbiana o gay Bisexual No se sabe      Sin respuesta					
¿Cómo se enteró de MHC?		Familiar/amistad		Escuela		Hospital		Iglesia		Correo		Internet	
Revista		Periódico		Radio		A Step Ahead		CAAP		Feria de salud/Evento comunitario		Otro: _____	

## ASIGNACIÓN DE SEGURO

Autorizo: (a) el pago de las prestaciones del seguro, que de otro modo me deben dar, a Memphis Health Center; (b) la divulgación de información, incluida la información de salud protegida a las aseguradoras según sea necesario para solicitar el pago por servicios incurridos; (c) que Memphis Health Center obtenga los registros de otras fuentes que puedan ser necesarios para el diagnóstico o tratamiento y (d) entiendo que tengo responsabilidad económica ante Memphis Health Center por los cargos relacionados con los servicios prestados o incurridos por mí o la persona por la que soy responsable.

Certifico que la información declarada en esta forma es verdadera e íntegra a mi mejor saber y entender. Entiendo que el descuento de escala de tarifas flexible vencerá seis (6) meses a partir de esta fecha.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO**

El abajo firmante, (padre o tutor legal), otorga su consentimiento para la administración de servicios quirúrgicos razonables y necesarios en relación con el tratamiento del paciente mencionado en Memphis Health Center (MHC). Este consentimiento incluye, entre otros, procedimientos de laboratorio, procedimientos radiológicos, administración de medicamentos, anestesia, procedimientos quirúrgicos u otros servicios prestados al paciente por parte de miembros del personal médico, sus representantes o asociados y empleados del centro de salud bajo la instrucción del médico o dentista. Soy consciente de que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en el centro.

**RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA**

¿Tiene un documento de voluntad anticipada?                      **Sí**      **No**

Lea las siguientes cuatro declaraciones y coloque sus iniciales delante de cada declaración si aplica a su caso:

1. \_\_\_\_\_ Me han proporcionado materiales escritos sobre mis derechos para aceptar o rechazar un tratamiento médico.
2. \_\_\_\_\_ Me han informado sobre mis derechos para preparar un documento de voluntad anticipada.
3. \_\_\_\_\_ Entiendo que no tengo la obligación de tener un documento de voluntad anticipada para recibir tratamiento médico en el Memphis Health Center o en sus clínicas filiales.
4. \_\_\_\_\_ Entiendo que este centro de atención médica y mis cuidadores seguirán los términos de todo documento de voluntad anticipada que haya ejecutado en la medida en que lo permita la ley.

El soporte vital básico se iniciará hasta que lleguen los equipos médicos de emergencia (EMT). Una copia del reconocimiento de documento de voluntad anticipada acompañará al paciente al hospital.

**ACERCA DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nos comprometemos a proteger su información de salud personal de conformidad con la ley. El aviso de privacidad de MHC estipula:

- Nuestras obligaciones por ley con respecto a la información de su salud personal
- Cómo podemos usar y divulgar su información de salud que mantenemos
- Sus derechos en cuanto a su información de salud personal
- Nuestros derechos para cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad
- Cómo presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones no descritos en este aviso
- La persona a la que se puede contactar para recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad

Por ley debemos proporcionarle una copia de este aviso y recibir su reconocimiento escrito de que lo recibió.

**USO DE COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS**

**(Marque la opción correcta)**

- Entiendo que MHC y yo podemos intercambiar información por correo electrónico o mensaje de texto, si lo solicito:
  - Deseo que MHC se comunique conmigo por correo electrónico. Esto puede incluir confirmaciones de citas. Mi correo electrónico es: \_\_\_\_\_
  - Deseo que MHC se comunique conmigo por correo mensaje de texto. Mi número de teléfono celular es: (    ) \_\_\_\_\_
- No deseo que MHC se comunique conmigo por correo electrónico ni por mensaje de texto.

**ACEPTACIÓN DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_, por la presente reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad, he rellenado el consentimiento para tratamiento médico, recibido información sobre documentos de voluntad anticipada, rellenado y entendido el uso de comunicaciones electrónicas.

- Memphis Health Center usa los números de seguridad social para obtener información sobre los ingresos de las personas que desean prestaciones.
- Memphis Health Center no envía reportes al Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente: \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad legal para actuar en nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**USO ÚNICO PARA LA OFICINA**

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Núm. MR: \_\_\_\_\_



