



www.memphishealthcenter.org

Estimado/a paciente:

¡Gracias por ser paciente nuevo o volver a certificar su registro en Memphis Health Center (MHC)! ¡Estamos muy emocionados de tener la oportunidad de servirle a usted y a su familia con la gama más completa y de alta calidad de servicios de apoyo médico y social primario disponibles en todo el Medio Sur!

MHC proporciona los siguientes servicios de atención primaria y auxiliares:

Pediátrico/Adolescente	Radiología
Medicina para adultos	Mamografía
Obstetricia/Ginecología	Farmacia
Salud conductual	Laboratorio
Dental	Podología
Oftalmología	Telesalud

Como paciente que recibe servicios en MHC, también tiene acceso a servicios habilitadores y programas de valor agregado.

Servicios de habilitación	Programas de Valor Agregado
Gestión de casos	Descuento en la tarifa móvil
Traducción/Interpretación	Oficina de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
Transporte	Atención médica para personas sin hogar
Asistencia de elegibilidad/inscripción	Ryan White Parte A y MIA
Educación para la salud	340B Descuento Medicamentos Recetados
Asistencia con medicamentos	Un paso adelante
Asistencia de vivienda	TN Detección de cáncer de mama/cuello uterino

**Tenga en cuenta que lo siguiente es obligatorio para completar su registro:**

**\*Adulto (18 años o más)\***

- ✓ **Dos (2) formas de identificación válidas (una DEBE ser una identificación con foto)**
- ✓ **Verificación de ingresos**
- ✓ **Tarjeta de seguro (si corresponde)**

**\*Menores de edad (0 a 17 años)\***

- ✓ **Dos (2) formas de identificación válidas (padre)**
- ✓ **Comprobante de residencia (padre)**
- ✓ **Verificación de ingresos (padre)**
- ✓ **Tarjeta de seguro (si corresponde)**
- ✓ **Certificado de nacimiento**
- ✓ **Tarjeta de seguridad social**

Para programar su próxima cita o para obtener más información sobre nuestros servicios y programas, llame al (901) 261-2000 durante el horario comercial regular o solicite una cita en línea en [www.memphishealthcenter.org](http://www.memphishealthcenter.org). Si necesita atención médica después del horario de atención, llame al (901) 261-2000. Si no se siente bien cuando nuestros sitios de servicios están cerrados, llame al 901-261-2000.

**Horario de atención:**

- Lunes y miércoles: 7:30am-7:30pm
- Martes y jueves: 7:30am-5:00pm
- Viernes: 7:30am-12:00pm
- Sábado: 8:00am-12:00pm

**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: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Otro	Fecha de nacimiento:	Núm. de seguridad social:	Número telefónico:	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 empleador:			
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	Otro: _____
Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____			Es veterano de las fuerzas armadas: Sí No		Es indigente: 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.

Firma

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:

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

**Ingresos mensuales** (indique la fuente de los ingresos mensuales ANTES de los impuestos y de TODOS los miembros del hogar)

Fuente de los ingresos	Cantidad	Fuente de los ingresos	Cantidad
Salario del cliente		Asistencia para vivienda: cantidad que HUD paga	
Salario del cónyuge		Ingresos de seguridad social	
Salario de pareja		Ingresos por discapacidad	
Salario de padre/tutor		Otros ingresos pensión/veterano/jubilación	
Asistencia General o AFS/AFDC		Otros ingresos pensión alimenticia/manutención para menores	
Indemnización para trabajadores		Otros ingresos dividendos/inversión de intereses	
Desempleo		Otra fuente: relación con el cliente	
<b>Ingresos mensuales brutos</b>		<b>Ingresos mensuales brutos</b>	

Tamaño de familia en hogar: \_\_\_\_\_

**ACUERDO FINANCIERO:** Los abajo firmantes ACEPTAN individualmente, ya sea que firmen como pacientes o de otra manera, que en consideración de los servicios prestados a los pacientes de la cuenta están garantizados por los abajo firmantes de acuerdo con las tarifas y los términos regulares del centro y otros prestadores de servicios médicos, y es pagadero al centro y otros prestadores de servicios médicos. Si bien cualquier seguro u otra protección relacionada con la cuenta del centro y otros prestadores de servicios de atención médica pueden ser asignados y pagaderos directamente al centro y otros proveedores, el abajo firmante entiende claramente que la obligación de pagar al centro y otros prestadores de servicios de atención médica se basa principalmente en el paciente y el abajo firmante, y mientras que el seguro recibido por el centro y otros proveedores médicos se apliquen a la cuenta del paciente, cualquier parte de la cuenta que el seguro no pague deberá ser pagadera. En caso de incumplimiento de pago, y si estas cuentas se deben colocar en manos de un cobrador o de un abogado para el cobro, todos los honorarios de cobro, honorarios de abogado (que equivaldrán a un tercio de cualquier saldo pendiente), costos y otros gastos los sufragará el abajo firmante. Se renuncia al aviso de deshonra, demanda y protesta. Además, se acuerda que, debido al alto costo de la facturación y el reembolso de cantidades pequeñas, el centro no facturará ni reembolsará los pagos insuficientes o sobrepagos de menos de cinco dólares (\$5) en saldos finales, salvo que lo solicite el paciente o la parte responsable.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Memphis Health Center (MHC) cuenta con la autorización para divulgar todo o parte del registro médico del paciente a cualquier persona que sea o pueda ser responsable del pago de cualquiera de los cargos del centro o prestadores de servicios de atención médica, incluidas, entre otros, aseguradoras, empresas de servicios médicos u hospitalarios, empresas de seguros de indemnización para trabajadores, empleadores y fondos de previsión social. Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago conforme al Título XVIII o al Título XIX de la Ley de Seguridad Social es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre el paciente a divulgar a la Administración del Seguro Social, sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para esta o alguna reclamación relacionada con Medicare o Medicaid/TennCare.

El paciente de Memphis Health Center consiente la divulgación de información con fines de tratamiento, pago y atención médica. El paciente también puede dar su consentimiento para recibir o divulgar información sobre la atención médica para otros fines.

Si tiene cónyuge, un amigo o un familiar que pueda llamar en su nombre para obtener las fechas y los horarios de las citas, los resultados de las pruebas, etc., no divulgaremos dicha información a menos que se incluyan sus nombres en nuestros registros. Por la presente, doy permiso al MHC para que permita recibir los siguientes datos a las siguientes personas en caso de que llame o solicite información. Marque lo que va a permitir que se revele.

- Resultados de pruebas médicas
- Medicamentos
- Confirmación de citas
- Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**No doy mi** consentimiento para que la información sobre mí sea revelada a otras personas, a menos que haya dado **mi** consentimiento, o puedo otorgar mi consentimiento en el futuro en otras autorizaciones o consentimientos proporcionados por Memphis Health Center o según lo exija la ley.

**Las condiciones anteriores se aplican a todas las áreas dentro del centro y esta forma es válida en todos los sitios. La divulgación de la información mencionada anteriormente es válida durante un año a partir de la fecha de los servicios, y la asignación de beneficios de seguro y acuerdo financiero es válida y vinculante hasta que se reciba la liquidación final de la cuenta. Además, acepto que los términos de este acuerdo se apliquen a todos los servicios subsiguientes y futuros prestados a mí, a mi cónyuge o a mis dependientes por parte del centro y otros prestadores de servicios de atención médica, salvo que este acuerdo sea revocado por un aviso escrito enviado por correo certificado antes de la siguiente fecha de los servicios.**

Firma del paciente (o representante/representante sustituto) para dar consentimiento para el tratamiento y la divulgación de información:

\_\_\_\_\_  
 Firma Fecha Hora Responsable del asegurado





**SIN INGRESOS: DECLARACIÓN PERSONAL  
LLENE SOLO SI NO TIENE FUENTES DE INGRESOS**

Nombre del último empleador: \_\_\_\_\_ Fecha del último empleo: \_\_\_\_\_

**INDIQUE SU SITUACIÓN DE HOGAR:**

\_\_\_\_\_ Actualmente estoy en un albergue para personas sin hogar: Nombre del albergue: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Actualmente estoy compartiendo habitación: vivo con un familiar/amigo sin pagar (debe presentar comprobante)

\_\_\_\_\_ Actualmente estoy en transición (Halfway House). Nombre de la casa de transición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Actualmente estoy soy propietario o alquilo mi propio hogar o espacio.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he tenido una fuente de ingresos de **\$0.00** desde \_\_\_\_\_.

**Veracidad de la declaración y reconocimiento**

Entiendo que no proporcioné documentación de ingresos al momento de recibir los servicios y que solicito que se me permita utilizar la exención de autodeclaración de MHC de una única ocasión para los servicios de hoy.

Entiendo y acepto que esto únicamente es válido en una sola ocasión por paciente donde se preste el servicio durante el día, y que si no se proporciona comprobante de ingresos después de esta visita, se cargará el 100% de los servicios de mi próxima visita.

Los hechos expuestos en esta solicitud son verdaderos e íntegros a mi mejor saber y entender. Entiendo y acepto el hecho de que una declaración falsa o incompleta en esta solicitud será motivo para rechazar mi solicitud, momento en el cual seré responsable del 100% de los gastos médicos o dentales acumulados en MHC.

\_\_\_\_\_  
Testigo y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente y fecha

**Divulgación de la escala de tarifas flexible**

Las normas relativas a ingresos cambian anualmente. Se requiere una reevaluación de la escala de tarifas flexible si ocurre un cambio en su estado de ingresos a lo largo el año. Se requiere que su aplicación se actualice **anualmente**, incluso si sus ingresos se mantienen iguales, o bien, **bianualmente** si no tiene ingresos. Si no cumple con esto, se le cobrará el **CARGO COMPLETO** por los servicios prestados.

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Entiendo que si no proporciono la documentación requerida, puedo continuar recibiendo mis servicios de atención médica en este centro, pero tendré que pagar el 100% de mi factura médica/dental.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de MHC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Lista de verificación</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Identificación: Licencia de conducir, tarjeta de seguridad social, pasaporte u otro		
<b>Comprobante de residencia:</b> Factura de servicios públicos, factura de cable, tarjeta de registro para votar u otro		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, comprobante de ingresos u otro		
Seguro: Tarjetas de seguro		