

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) da su consentimiento para la administración de servicios médicos, de salud conductual, dentales y quirúrgicos razonables y necesarios en relación con el tratamiento del paciente nombrado en el Centro de Salud de Memphis (MHC). Este consentimiento incluye los servicios prestados por los miembros del personal médico, sus representantes y/o asociados y los empleados del centro de salud, incluidos, entre otros, procedimientos de laboratorio, procedimientos de radiología, administración de medicamentos, anestesia y procedimientos quirúrgicos bajo la instrucción del médico o dentista. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la 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 de salud.

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	
Ingresos mensuales brutos		Ingresos mensuales brutos	

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