



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	
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. 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 jueves: 7:30am-5:30pm

Viernes: 7:30am-11:30am

Sábado: 8:00am-12:00pm (Primero & Tercero)

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DL PACIENTE					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	Nombre preferido
Fecha de nacimiento / /	Nº de Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Dirección postal (calle o apartado postal)		Depto.	Ciudad		Estado
Teléfono de casa ()		Número de teléfono celular ()		Dirección de correo electrónico	
Nombre del contacto de emergencia		Relación con el paciente		Teléfono de contacto en caso de emergencia ()	
¿Tiene un documento de voluntad anticipada/testamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Desea crear un documento de voluntad anticipada/testamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es su idioma principal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			
PARTE RESPONSABLE (Llene si es otra persona diferente de la anterior)					
Apellido		Nombre		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____	
Fecha de nacimiento / /	Nº de Seguro Social	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Dirección postal (calle o apartado postal)		Depto.	Ciudad		Estado
Teléfono particular ()	Número de teléfono celular ()	No. de teléfono del trabajo ()	Dirección de correo electrónico		
Compañía de seguros primaria	Identificación de póliza/miembro #		Grupo de póliza #	Copago	
Compañía de seguros secundaria	Identificación de póliza/miembro #		Grupo de póliza #	Copago	
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA					
Nuestra subsidio federal nos obliga a recopilar y comunicar la información que figura a continuación en un esfuerzo por proporcionar servicios de salud culturalmente competentes. La información se reporta sobre la población, no por personas específicas.					
Ingresos anuales del hogar _____ <i>Se utiliza para evaluar su necesidad de programas de ayuda económica y su capacidad para acceder a ellos.</i>		¿Es persona sin hogar ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (marque el cuadro que mejor describa el lugar donde vive) <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Lugar provisional <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Compartido (con familiares/amigos)		Condición de veterano (¿Sirvió alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE.UU.?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuántas personas a su cargo hay en su hogar, incluyéndolo a usted? (usted, cónyuge/pareja e hijos menores de 18 años) _____				¿Es trabajador migrante o temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, cuál _____)	
¿Necesita ayuda económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Raza (Por favor, marque TODO lo que mejor describa su raza) <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Prefiero no darlo a conocer		Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Prefiero no darlo a conocer		Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual Masculino <input type="checkbox"/> Transexual Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no darlo a conocer	
				Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiero no darlo a conocer	
				¿Cómo supo de MHC? Paciente/Amigo; Evento comunitario; Radio/TV; Otro _____	

*Por favor, proporcione su dirección actual, número de teléfono y tarjeta(s) de seguro en cada cita.



CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

Memphis Health Center (MHC) se compromete a proporcionar servicios integrales de atención primaria, odontología y salud conductual. Dado que la atención colaborativa y centrada en el paciente desempeña un papel integral en la atención que usted recibe, nuestro equipo multidisciplinario de médicos trabaja conjuntamente para garantizar que se atienden sus necesidades y ofrecerle una atención sanitaria integral de alta calidad.

Algunos servicios de MHC pueden implicar el uso de equipos de telemedicina y la interacción con médicos que no se encuentran físicamente en las instalaciones. Estas sesiones se transmiten a través de líneas seguras y dedicadas de alta velocidad y no se graban en vídeo, ni se enrutan a través de Internet, ni se guardan de ninguna manera.

Entiendo que, si tengo 13 años o más, puedo dar mi consentimiento para los servicios de planificación familiar u obstétricos; si tengo 16 años o más, puedo dar mi consentimiento para ciertos tipos de servicios sanitarios, incluidos los servicios de salud mental; y si tengo 18 años o más, puedo dar mi consentimiento para todos los demás servicios sanitarios; de lo contrario, será necesario que mi padre, madre o tutor legal dé su consentimiento para los servicios.

Por la presente autorizo a los médicos de MHC a proporcionar servicios médicos, dentales y de salud conductual razonables y necesarios en relación con la evaluación y el tratamiento del paciente mencionado.

Por lo tanto, por la presente solicito, acepto y doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento para mí y/o para mi(s) hijo(s) según lo indicado anteriormente, incluyendo cualquier prueba o procedimiento que los profesionales médicos de MHC decidan que es necesario o apropiado. Si firmo como padre o tutor legal, por la presente declaro y garantizo que estoy legalmente facultado y autorizado para tomar tales decisiones.

Al firmar este formulario, (padre o tutor legal, si es necesario) acepto que he leído o me han leído y/o explicado este formulario, que lo entiendo y que se ha respondido a todas las preguntas que he formulado. Entiendo que me comprometo a decir la verdad al proporcionar información.

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento del paciente: _____
Firma: _____	Fecha: _____
Nombre en letra de molde del padre/tutor que firma: _____	

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Memphis Health Center (MHC) cree firmemente en salvaguardar la privacidad de la información médica protegida (PHI) de nuestros pacientes. PHI es información que:

- Lo identifica (o pueda utilizarse razonablemente para identificarlo); y
- Se refiere a su estado de salud física o mental, a la prestación de asistencia sanitaria a usted o al pago de dicha asistencia.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos recopilar, utilizar y divulgar su PHI y sus derechos en relación con su PHI.

Se le proporcionará una copia del Aviso de prácticas de privacidad durante el proceso de registro. El Aviso también está publicado en nuestra página web www.memphishealthcenter.org.

Mi firma a continuación sirve para confirmar que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad y la información sobre cómo obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MHC.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Fecha



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE

La política de Memphis Health Center (MHC) es prestar servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Como Centro de Salud Federalmente Calificado, el MHC ofrece un Programa de Descuentos de Tarifa Variable para permitir que los pacientes paguen los servicios de atención médica según el tamaño de la familia y los ingresos familiares. Los descuentos de tarifa variable se determinan utilizando:

Declaración de impuestos reciente	Formulario W-2 reciente	Recibos de pago actuales
Aviso de indemnización por desempleo	Aviso del Seguro Social	Carta de autodeclaración

Para solicitar el Programa de Descuentos de Tarifa Variable, llene la siguiente información y entréguela a la recepción junto con una comprobante de ingresos familiares y un documento de identidad con fotografía. Para seguir teniendo derecho al descuento, este formulario se debe llenar cada 12 meses o si cambia su situación familiar/económica.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido	Nombre		Fecha de nacimiento	
Dirección postal (calle o apartado postal)	Depto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular ()	Número de teléfono celular ()		Dirección de correo electrónico	

Enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años y los ingresos.

Miembros del hogar	Número	Ingresos brutos (antes de impuestos)
Total de miembros del hogar/ingresos brutos		

Entiendo que si solicito ayuda económica y no tengo ninguna fuente de ingresos o no tengo comprobante de ingresos actualmente, MHC descontará mis servicios hoy según los ingresos estimados. **Sin embargo, asumiré toda la responsabilidad de cualquier visita posterior a MHC si no proporciono un comprobante de ingresos en un plazo de 30 días hábiles.**

Yo, _____ (nombre en letra de molde), certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto notificar a MHC si se produce algún cambio en el número de miembros de mi familia o en mis ingresos. Si la información anterior es incorrecta, entiendo que el descuento que se me proporcionó se dará por terminado.

Firma del paciente (tutor legal)

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA			
Verificado por	Fecha de entrada en vigor	Fecha de expiración	Escala de tarifa variable (marque una opción) A B C D E F



FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS

Llene la siguiente información sólo si no tiene otra forma de documentar sus ingresos. No llenar este formulario puede dar lugar a la negativa de su solicitud del Programa de Descuentos de Tarifa Variable.

Marque todo lo que corresponda:

- Actualmente estoy desempleado.
- Recibo mi pago en efectivo.
- No recibo cheques de pago.
- No me dan recibos de pago.
- No puedo conseguir una carta de mi empleador que acredite mis ingresos. **Explique por qué:** _____

Los ingresos brutos de mi hogar ascienden a \$ _____ (marque con un círculo: por semana / mes / año) y en mi hogar viven _____ miembros de la familia.

Empleador actual _____

Dirección del empleador _____

Número de teléfono del empleador _____

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Descuentos de Tarifa Variable ("SFD"). Entiendo que Memphis Medical Center puede verificar la información en este formulario. También entiendo que si intencionalmente doy falsa información sobre mis ingresos, se me puede negar el Programa SFD.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento

Firma (paciente/padre/tutor)

Fecha

Nombre y firma del testigo

Fecha