

Midtown Health Center

Información Del Seguro Médico

Para poder cobrarle a su seguro médico, usted debe proveer una copia de su cobertura médica

Nombre del asegurado: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Esta el paciente asegurado/ tiene cobertura médica? Si No Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Número de identificación: _____ Número de póliza _____ Número del grupo _____

Dirección del asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de seguro social del asegurado: _____ Número Telefónico del Asegurado: _____

Nombre del empleador del asegurado: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Relación del paciente con el asegurado: yo mismo esposa(o) Hijo (a) Otra _____

Información del Seguro Dental

Para poder cobrarle a su seguro dental, usted debe proveer una copia de su cobertura dental

Nombre del asegurado: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Esta el paciente asegurado/ tiene cobertura dental? Si No Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Número de identificación: _____ Número de póliza _____ Número del grupo _____

Dirección del asegurado: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Número de seguro social del asegurado: _____ Número Telefónico del Asegurado: _____

Nombre del empleador del asegurado: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Relación del paciente con el asegurado: yo mismo esposa(o) Hijo (a) Otra _____

Declaración

Yo entiendo que la información provista en este formulario es completa y correcta con el mejor de mi conocimiento en este momento.

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente, Padre, madre o guardian

HIPAA / Consentimiento para el tratamiento y privacidad

Mi firma en la parte de abajo del formulario indica que de acuerdo con el HIPAA, Yo estoy de acuerdo con la políticas de privacidad del Centro de Salud Midtown (MHC) / Clínica Médica de Madison (MMC). Los Derechos del paciente y las políticas financieras están disponibles en la dirección de internet www.midtownhealthne.org o yo puedo solicitar a un empleado del Centro de Salud Midtown / Clínica de Madison por una copia de estas políticas.

Iniciales Mi firma también le da autorización al Centro De Salud Midtown/ Clínica de Madison para examinarme o tratarme a mi o a mi hijo(a) o persona que yo sea el guardian legal dentro de los límites de los servicios provistos por la clínica: _____

Nombre del Paciente

Firma del paciente or persona responsable

Fecha

Midtown Health Center

Autorización para divulgar información

Si voy a ser referido por un proveedor del Centro de Salud Midtown/ La Clínica de Madison a otro proveedor de salud para continuar mi tratamiento médico, yo autorizo la divulgación de mi información médica. _____ **Iniciales**

Yo autorizo al Centro De Salud Midtown/ Clínica de Madison para divulgar mi información médica y para discutir mi necesidades de cuidado de salud con las personas que yo autorice. Yo también autorizo la divulgación de mi información financiera y les doy permiso a los individuos que yo autorice para recoger medicamentos o recetas médicas en mi lugar. Estos individuos serán considerados mis contactos de emergencia. Sin mi autorización, ninguna información será proporcionada. Yo autorizo al Centro De Salud Midtown/ Clínica de Madison para divulgar mi información con las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____

Nombre _____ Relación _____ Número telefónico _____

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente, padre, madre o guardian

(Consentimiento financiero) Asignación de Beneficios

Mi firma en la parte de abajo indica que yo asigno cualquier pago de mi compañía de seguros para que sea pagado directamente al Centro de Salud Midtown/ Clínica De Madison. Yo entiendo que el cobro de mi seguro secundario es mi responsabilidad. Yo entiendo que yo soy responsable financieramente por todos los cargos que no sean pagados por mi seguro médico. Yo entiendo que mi información médica puede ser proporcionada a las compañías de seguro mencionadas en la parte de arriba y sus agentes con el propósito de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios de mi cobertura médica.

Como condición de mi tratamiento con el Centro De Salud Midtown/ Clínica De Madison, yo entiendo que los co-pagos de mi compañía de seguros o cualquier otro cargo deberán ser pagados el día del servicio a menos que arreglos financieros hayan sido hechos con anterioridad. Yo entiendo que la Clínica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado de salud y de la responsabilidad financiera por parte de cada paciente.

Todos los servicios dentales prestados sin arreglos financieros previos deben ser pagados en efectivo el mismo día que los servicios sean prestados.

Pacientes que tengan seguro dental deben entender que la clínica hace estimados por los servicios dentales. La porción de los servicios estimados debe ser pagada el día de servicio a menos que se hayan hecho arreglos financieros por adelantado. Yo entiendo que estas porciones son estimados y yo soy responsable de cualquier diferencia en el monto estimado.

Yo doy mi permiso a la clínica de divulgar toda o parte de mi información médica o dental a una o más agencias con el proposito de recibir autorización previa por servicios , para cumplir con los requisitos o regulaciones gubernamentales o para asistirme en la continuidad de mi cuidado médico hecho por mi proveedor de servicios de salud.

- Oficina Local, Estatal o Federal de Medicaid
- La compañía de Seguro médico o dental
- Hospitales o salas de cuidado ambulatorio que yo haya designado
- La hogar de ancianos que yo haya seleccionado
- Departamento de salud del Condado o estatal
- Otras oficinas de este centro de salud
- Oficina de Medicare
- Médico al que voy a ser referido que yo haya designado
- Agencias de Salud a la casa designadas por mi
- Oficiales de Salud de La escuela de programas de salud escolar
- El programa del WIC (Women's, Infants & Children)
- Número de seguro social para la salud materna y de los niños

Yo doy mi permiso a ustedes o la persona que hayan designado para que me llamen por teléfono a mi casa o al trabajo para discutir cualquier cosa en referencia a este formulario. Yo he leído todas la condiciones de tratamiento y de pagos y estoy de acuerdo en su contenido

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente, padre , madre or guardian legal

Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del garante de pagos/persona responsable

Midtown Health Center

Información de los miembros del hogar

Número de
personas en
el hogar

Monto de ingresos anuales- Por favor ponga un círculo al monto que representa su hogar

1 →	Debajo de \$11,490	entre \$11,491 - \$17,235	entre \$17,236 - \$22,980	Arriba de \$22,980
2 →	Debajo de \$15,150	entre \$15,151 - \$23,265	entre \$23,266 - \$31,020	Arriba de \$31,020
3 →	Debajo de \$19,530	entre \$19,531 - \$29,295	entre \$29,296 - \$39,060	Arriba de \$39,060
4 →	Debajo de \$23,550	entre \$23,551 - \$35,325	entre \$35,326 - \$47,100	Arriba de \$47,100
5 →	Debajo de \$27,570	entre \$27,571 - \$41,355	entre \$41,356 - \$55,140	Arriba de \$55,140
6 →	Debajo de \$31,590	entre \$31,590 - \$47,385	entre \$47,386 - \$63,180	Arriba de \$63,180
7 →	Debajo de \$35,610	entre \$35,610 - \$53,415	entre \$53,416 - \$71,220	Arriba de \$71,220
8 →	Debajo de \$39,630	entre \$39,630 - \$59,445	entre \$59,446 - \$79,260	Arriba de \$79,260
9 →	Debajo de \$43,650	entre \$43,650 - \$65,475	entre \$65,476 - \$87,300	Arriba de \$87,300

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

FAVOR DE INCLUIR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES FUENTES DE IGRESOS:

Ganancias de Empleo

Desempleo

Compensación de Trabajador

Seguro Social

Ayuda Suplemental

Pagos de Veteranos

Beneficios de Sobrevivientes (Seguro Social)

Pensiones o Ingresos de Retiro

Rentas

Interes o Dividendos (excluya ganancias o pérdidas)

Posesiones o Fideicomisos

Pension Matrimonial/ Manutención de niños

Asistencia Educacional (no incluya prestamos de estudiante)

Asistencia Pública (no incluya estampillas de comida o ayudas de vivienda)