

**Sección I: Información Del Paciente**

Apellido legal: \_\_\_\_\_ Nombre legal: \_\_\_\_\_ Inicial Del Medio Nombre: \_\_\_\_\_  
 # Del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo Al Nacer: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero Casado Separated Divorciado  
 Viudo Niño/a

**Por favor selecciona una respuesta para cada pregunta y proporciona información adicional cuando sea requerido:**

¿Necesita un intérprete? Si No Idioma: Inglés Español Otro  
 ¿Eres estudiante? Si No ¿Estado Estudiantil? Tiempo Completo Medio Tiempo  
 ¿Eres veterano de guerra? Si No  
 ¿Eres trabajador migrante de agricultura? Si No Temporal  
 ¿Necesita transporte? Si No  
 No soy Hispano Cubano Mexicano Puertorriqueño Otra raza de Latino America  
 Mexico Americano Prefiero no revelar

**Por favor indique cuál de los siguientes mejor describe su identidad de género:**

Masculino Transgénero Hombre/Mujer a Hombre Transgénero Mujer/Mujer a Hombre  
 Hembra Otro Gender queer Prefiero no revelar

**Por favor indique cuál de los siguientes mejor describe su orientación sexual:**

Heterosexual Lesbiana, gay, o homosexual No lo se Prefiero no revelar  
 Bisexual Otro

**Por favor indique cuál de los siguientes mejor describes su vivienda actual. Por favor elije solo uno:**

Casa / Alquilando Refugio sin hogar Hogar Tradicional No sé, prefiero no revelar  
 Viviendo en la calle Casa Publica Familia o Amistad Otro – Por favor especifique

**Por favor indique cuál de los siguientes mejor describes su raza. Por favor elije solo uno:**

Blanco Asiático Hindú Nativo Hawaiano Isleño Pacifico  
 Afroamericano Indio Americano o Nativo De Alaska Mas de una raza Chino  
 Guameña o Chamorro Samoano Vietnamita Otra raza de Asia  
 Filipino Japonés Coreano No sé, no está en la lista, o prefiero no revelar

**Contacto De Emergencias / Divulgación De Información:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_  
 ¿El contacto anterior también está aprobado para recibir su información médica? Si No  
 ¿Desea que otras personas reciban su información de atención médica?  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación Al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Midtown Health Center a divulgar mi información de atención de salud, y discutir mis necesidades de atención de salud con las personas que yo designo en la porción anterior. Autorizo la divulgación de información de facturación y doy a estos individuos la capacidad de recoger mis recetas y medicamentos por mí. Estos individuos serán considerados mis contactos de emergencia. Sin autorización, no se puede compartir ninguna información.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Firma del responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Sección II: Tamaño Del Hogar y Los Ingresos:**

Número de individuos en el hogar: \_\_\_\_\_ Ingresos anual del hogar en total\*: \$ \_\_\_\_\_ \*Soy un empleado del centro de salud Midtown En caso de que sea elegible por tarifas de descuentos, no deseo solicitador tarifas de descuento.

Para propósitos de informe el ingreso debe ser mayor de \$0. Cualquier ingreso enlistado como \$0 será modificado al mínimo de \$1.00.

**Sección III: Información del seguro del titular de la póliza:**

¿Tiene la siguiente cobertura? Médico Dental Ninguno

Para facturar los servicios a su seguro, DEBE proporcionar una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro.

**Médico:**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Apellido del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Del Medio Nombre: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Dental:**

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Apellido del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Del Medio Nombre: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Seguro Secundario:**

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Apellido del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Del Medio Nombre: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

Seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

**Sección IV: Fiesta Responsable**

Complete esta sección si el paciente es menor de 19 años o si el paciente no es económicamente responsable

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Del Medio Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Lenguaje primario: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

## Consentimiento para Diagnóstico y Tratamiento

Reconozco que tengo derecho a rechazar cualquier servicio de diagnóstico o tratamiento específico sin poner en peligro mi derecho a recibir servicios de salud en el centro. Entiendo que se me pedirá que firme un consentimiento específico para procedimientos quirúrgicos o otros procedimientos especiales, incluso la anestesia local general o extensa. También soy consciente de que los servicios de salud no se basan en una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de ninguno de los servicios de tratamiento. Por la presente, autorizo a Midtown Health Center a retener, preservar y utilizar por razones científicas o de enseñanza o desechar, según su conveniencia, cualquier muestra o tejido extraído de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Mi firma a continuación indica que, de acuerdo con HIPAA, estoy al tanto de la Póliza de Privacidad, los Derechos y Responsabilidades del paciente y las Pólizas Financieras de Midtown Health Center que están disponibles para mí si lo solicito.

Solicito voluntariamente el consentimiento y autorizo a mi proveedor, sus asociados, asistentes, médico de salud conductual o otros profesionales bajo sus órdenes para atenderme a mí, a mi hijo menor o mi pupilo en Midtown Health Center. Además, autorizo a mis proveedores a brindar tratamiento médico y quirúrgico o pruebas de VIH, incluidos, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiografías y administración de medicamentos, según se considere necesario y aconsejable dentro de los límites de la clínica.

---

*Nombre del Paciente*

---

*Relación Al Paciente*

---

*Imprimir Nombre*

---

*Firma*

---

*Fecha*

## Consentimiento Financiero para Servicios

Mi firma indica que asigno cualquier pago de mis compañías de seguros para que se pague directamente a Midtown Health Center. Entiendo que la facturación de cualquier seguro secundario es mi responsabilidad. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro.

Como condición de mi tratamiento, entiendo que los copagos del seguro y las tarifas nominales se esperan el día del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos financieros antes de los servicios. Esta clínica depende del reembolso de sus pacientes por los costos incurridos por los servicios prestados.

Todos los servicios dentales realizados sin arreglos financieros previos deben pagarse en su totalidad al momento del servicio. Los pacientes que tienen seguro dental entienden que esta clínica calcula la cobertura de los servicios dentales. La porción estimada vence al momento del servicio y estas estimaciones están sujetas a cambios según la cobertura del seguro.

---

*Imprimir Nombre*

---

*Firma*

---

*Fecha*