MIDTOWN HEALTH CENTER

Updated: 5/2026

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

Seleccione una respuesta para cada pregunta y proporciona información adicional cuando sea requerido:

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No **Idioma:** ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro

¿Eres veterano de guerra? ☐ Sí ☐ No **¿Necesita transporte?** ☐ Sí ☐ No

¿Eres estudiante? ☐ No ☐ Sí, Tiempo Completo ☐ Sí, Medio Tiempo

¿Eres trabajador migrante de agricultura? ☐ Sí ☐ No ☐ Temporal

Seleccione 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

Seleccione 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 / Prefiero no responder

Seleccione cuál de los siguientes mejor describes su origen étnico. Por favor elije solo uno:

☐ Cubano(a) ☐ Mexicano Americano ☐ Puertoriqueño

☐ Chicano(a) ☐ Hispano(a) ☐ Otra

☐ Mejicano(a) ☐ No Hispano(a) ☐ Prefiero no responder

Contacto De Emergencias / Divulgación De Información

Nombre: _____ Relación Al Paciente: _____

Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

¿El contacto anterior también está aprobado para recibir su información médica? ☐ **Sí** ☐ **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: _____

Updated: 5/2026

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 solicitor tarifas de descuento.

Para fines de declaración, los ingresos deben ser superiores a $0. Cualquier ingreso registrado como $0 se ajustará 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

Compañia 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: _____ Apellido del titular de la póliza:'s Teléfono: _____

Dirección del titular de la póliza: _____

Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Dental

Compañia 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: _____ Apellido del titular de la póliza:'s Teléfono: _____

Dirección del titular de la póliza:

Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Seguro Secundario

Compañia 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: _____ Apellido del titular de la póliza:'s Teléfono: _____

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 Al Paciente _____ Fecha De Nacimiento: _____ # Del Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono De Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____ Lenguaje primario: _____

Empleador: _____

Calle *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Updated: 5/2026

Consentimiento para Diagnóstico y Tratamiento

Consiento voluntariamente y autorizo a mi médico asistente, sus asociados, asistentes u otros profesionales del Midtown Health Center (MHC) a atenderme a mí, a mi hijo menor o a mi pupilo. Además, autorizo a MHC a proporcionar servicios clínicos dentro de los límites del alcance de la clínica, incluyendo, pero no limitado a procedimientos diagnósticos, radiografías, administración de medicamentos y otros servicios que se consideren necesarios y aconsejables.

Reconozco que tengo el derecho de rechazar cualquier servicio específico de diagnóstico, consulta o tratamiento sin poner en peligro mi derecho a recibir otros servicios presentes o futuros en el centro. Entiendo que podría pedírseme firmar un consentimiento específico para procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos especiales que incluyen analgesia por inhalación y/o anestesia local extensa. También soy consciente de que los servicios clínicos no se basan en una ciencia exacta, y reconozco que no se me han hecho garantías sobre los resultados de ninguno de los servicios de tratamiento.

Consiento y acepto permitir al personal de MHC comunicar información relacionada con mis citas, cuidados y facturación a través de comunicación electrónica en forma de correo electrónico y/o mensajes de texto, pero entiendo que puedo optar por no recibir estos tipos de comunicación en cualquier momento.

Además, entiendo que:
1. En algunos casos, podrían estar disponibles servicios de telemedicina para mí. Si participo en servicios de telemedicina, se me informará de todas las personas presentes, y si la cita está siendo o no grabada. Mantengo el derecho de excluir a cualquier persona de estar presente. Si rechazo los servicios de telemedicina, existen otras opciones alternativas disponibles para mí, incluyendo servicios presenciales.
2. Todas las protecciones de confidencialidad se aplicarán tanto a los servicios presenciales como a los de telemedicina.
3. Tendré acceso a todos mis registros médicos/dentales/de salud conductual según lo dispuesto por la ley.
4. La información de los servicios proporcionados (imágenes que pueden ser identificadas como mías u otra información médica de servicios presenciales o de telemedicina) no podrá ser divulgada a investigadores o a cualquier otra persona sin mi consentimiento por escrito.

Además de lo mencionado anteriormente, mi firma a continuación indica que, de acuerdo con HIPAA, estoy al tanto de la Política de Privacidad de MHC, Derechos y Responsabilidades del Paciente y Políticas Financieras, que están disponibles para mí a petición. Entiendo que este consentimiento es válido por 1 año y que en ese momento se me solicitará un consentimiento continuo.

He leído este documento cuidadosamente y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Nombre del Paciente	*Firma (Firmar en la clínica)*	*Fetcha*

Consentimiento Financiero para Servicios

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

Mi firma indica que asigno el pago de mis aseguradoras para que se pague directamente a Midtown Health Center. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos, ya sea que el seguro los pague o no. Entiendo que mi compañía de seguros solo pagará por los servicios que determine como 'razonables y necesarios' y cubiertos por mi plan. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y actualizada del seguro al momento del servicio. Si la información proporcionada es inexacta, incompleta, o si no notifico a la oficina sobre un cambio en la cobertura, entiendo que soy personal y completamente responsable por el pago de todos los servicios que la compañía de seguros niegue como resultado.

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 estima la cobertura para los servicios dentales. La porción estimada se debe al momento del servicio, y estas estimaciones están sujetas a cambios basados en la cobertura del seguro. Entiendo que soy responsable por cualquier diferencia entre el monto estimado y el cubierto real.

Nombre del Paciente	*Firma (Firmar en la clínica)*	*Fetcha*