

Registro del Paciente

Konza Prairie Community Health Center (KPCHC)

Cualquier espacio dejado en blanco será considerado "Se niega a contestar".

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido (Legal)		Nombre (Legal)		Nombre que prefiere	
Fecha de nacimiento	# de seguro social	Nombre anterior		Género al nacer:	<input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre
Estado civil <input type="checkbox"/> divorciado (a) <input type="checkbox"/> legalmente separado(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> soltero(a) <input type="checkbox"/> viudo(a)					
Dirección de domicilio (# de apartamento-si aplica)		Caja de correo (si aplica)	Ciudad		Estado <input type="checkbox"/> Código postal <input type="checkbox"/>
Número de celular	Número de teléfono de casa	correo electrónico		Preferencia de recordatorios de cita (seleccione 1): <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Portal de la red (ver página 4)	
Estado de trabajo <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Empleado independiente <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> ¿Es refugiado? Si ___ No ___				Nivel de educación: <input type="checkbox"/> < 12 años <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universidad: sin título <input type="checkbox"/> Título asociado <input type="checkbox"/> Título universitario	

¿Está sin hogar? ___ Si ___ No Es migrante o trabajador agrícola? ___ Si ___ No ___ Es veterano? ___ Si ___ No Es refugiado? ___ Si ___ No

Origen étnico: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Otro/ Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una etnia	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (M a H) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (H a M) <input type="checkbox"/> Otro: _____ Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No soy Hispano/Latino	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---	--

¿Tiene una DIRECTIVA ANTICIPADA (¿testamento vital o una orden de NO RESUCITAR)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿SI es NO, le interesa recibir más información? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Tiene actualmente un dentista primario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ ¿Tiene actualmente un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ Farmacia que prefiere: _____
---	--

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

Seguro de salud médica			Seguro dental -Secundaria		
Nombre de la compañía	Numero de ID	Numero de grupo	Nombre de compañía	Numero de ID	Numero de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Relación al paciente	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento:	Relación al paciente
	Seguro social			Seguro social	
Seguro médico-Secundaria			Seguro dental - Secundaria		
Nombre de la compañía	Número de ID	Número de grupo	Nombre de compañía	Numero de ID	Numero de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Relación al paciente	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento	Relación al paciente

INFORMACIÓN DEL GARANTE

El garante siempre es el paciente, al menos que el paciente sea un menor o incapacitado.

¿Cuál es la relación del paciente con el garante? _____ Nombre del garante _____

Seguro social:	Fecha de nacimiento:	Numero de teléfono	Dirección de domicilio:		
	Genero <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro: _____		Ciudad:	Estado:	Código postal:

CONTACTOS DE EMERGENCIA (DEBE SER ALGUIEN QUE NO SEA USTED)

Nombre de la persona en caso de emergencia	Numero de teléfono
Relación con la/el paciente	
Yo, certifico que la información anterior es verdadera, he leído, entiendo y acepto todos los términos de las pautas anteriores.	
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL	FECHA

Registro del Paciente

Konza Prairie Community Health Center (KPCHC)

Cualquier espacio dejado en blanco será considerado "Se niega a contestar".

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA (Opcional)

Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario Konza Prairie (KPCHC) a divulgar mi información personal de salud médica con las personas indicadas (abajo). Yo entiendo que esta autorización es **VOLUNTARIA**. Entiendo que una vez que se divulga mi información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Entiendo que este consentimiento se mantendrá vigente hasta que yo lo cancele por escrito. Adicionalmente puedo incluir a persona(s) a mi consentimiento con el formulario de Divulgación de Información.

Nombre	Relación al paciente	<input type="checkbox"/> Info. de salud	<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Horario	<input type="checkbox"/> Todo
Nombre	Relación al paciente	<input type="checkbox"/> Info de salud	<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Horario	<input type="checkbox"/> Todo
Nombre	Relación al paciente	<input type="checkbox"/> Info de salud	<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Horario	<input type="checkbox"/> Todo

ACUERDO DE PAGO

Yo estoy de acuerdo que rápidamente y en la totalidad pagare la cuenta por los servicios recibidos en KPCHC. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo no pagado por mi seguro. Entiendo que soy responsable de consultar con mi proveedor de seguros para ver qué servicios están cubiertos. Entiendo que las cuentas morosas están sujetas a actividades de cobranza, incluida la derivación a una agencia de cobranza.

CO-PAGOS Y SERVICIOS NO CUBIERTOS

Como su proveedor médico, dental y/o salud conductual, nuestra relación es con usted y no su cobertura médica. KPCHC reportara su reclamo a su aseguranza, **pero usted es el único partido responsable en todos los cargos pendientes después que la aseguranza haya cubierto la parte que le corresponde.**

En caso de que usted no estipule a KPCHC con cobertura médica al corriente, los cargos acumulados serán del paciente y/o el partido responsable. **Todos los co-pagos, co-seguros, y la tarifa del programa de descuento, pago nominal será pagado antes de que se le dé el servicio.** Este pago no garantiza pago completo. La factura se enviará por correo para los cargos que excedan el pago inicial realizado.

Para pacientes con Medicare o Medicaid, por favor tengan en cuenta que puede haber un co-pago aplicable para servicios retenidos. Si no tenemos contrato con su compañía de seguro, usted será 100% responsable del pago en el momento del servicio.

ARREGLOS DE PAGOS

En KPCHC queremos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica a costos asequibles. Por favor llame a recepción si usted necesita organizar un arreglo de pago para los saldos de cuentas vencidas. KPCHC acepta pagos en la oficina o por teléfono.

NO PAGO DE SERVICIOS

Si no ha realizado ningún pago o arreglos en cualquier cantidad vencida desde la fecha del primer estado de cuenta, KPCHC enviara su cuenta a una agencia de cobro externo. Si se niega a pagar su factura, puede correr el riesgo de que se le dará de alta de KPCHC.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Por el presente asigno y autorizo el pago directo a KPCHC de todos los pagos del seguro o terceros pagadores.

PROGRAMA DE TARIFAS DE DESCUENTO

Me han ofrecido e informado del programa de tarifas de descuento de KPCHC. Entiendo que los cargos médicos pueden ser ajustados basado en mis ingresos. Si no tengo ingresos, yo trabajare con el personal para determinar el descuento. Se espera que pague una tarifa mínima para la mayoría de los servicios. Personal solicitara ingresos anuales actuales para determinar descuento. Estoy de acuerdo en proveer los ingresos cuando sean solicitados o cuando mi situación financiera cambie. Si no doy ingresos, entiendo que los descuentos no se aplicarán a mis honorarios. Entiendo la inhabilidad de no pagar, no será una barrera para servicios de KPCHC.

Fuentes de ingresos aceptadas: Forma W2, Impuestos federales, (3) talones de cheque más reciente, Carta del empleador que incluya el membrete, declaración de pensión, carta de Centro de Fuerza Laboral, Declaración de ingresos por un día, Carta de manutención/alimenticia infantil, Carta de asistencia del gobierno, Carta de adjudicación financiera, Carta de otro partido declarando asistencia financiera.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo, KPCHC que divulgue cualquier información de salud que pueda ser necesaria para el tratamiento médico, pagos de terceros y operaciones del centro de salud. Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare/Medigap/Medicaid a Centro de Salud Comunitario Konza Prairie y autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar los beneficios de seguro a los Centros de Medicare y Medicaid y otros agentes de seguros.

Consulte nuestro "Aviso de prácticas de privacidad" que se puede encontrar en nuestro sitio de la red. El aviso le informa de las formas en que podemos usar y divulgar información sobre usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica. KPCHC está obligado por ley hacer lo siguiente: garantizar que la información relacionada con la salud que lo identifica se mantenga privada; proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y siga los términos del aviso que está en vigor.

Yo, certifico que la información anterior es verdadera, he leído, entiendo y acepto todos los términos de las pautas anteriores.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL	FECHA
----------------------------------	-------

Registro del Paciente

Konza Prairie Community Health Center (KPCHC)

Cualquier espacio dejado en blanco será considerado "Se niega a contestar".

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Solicito consentimiento para cuidado de salud profesional a KPCHC proveerme servicios médicos, dentales y/o salud conductual (o a mi hijo/a menor de edad) incluir Planificación de familia, funcionamiento de temprana detección, y otros servicios patrocinados. Todos los servicios son voluntarios y no requieren prerequisites. Entiendo que puedo optar por detener los servicios cuando lo decida.

Si el paciente es un menor o un adulto discapacitado, autorizo que soy el padre/madre, tutor legal, o el representante personal designado del paciente nombrado. Tengo la autoridad legal para dar consentimiento a los proveedores y personal de KPCHC consentimiento para tratamiento médico, dental, salud conductual considerado necesario para el paciente. Ni una orden judicial me está prohibiendo firmar este consentimiento. Tendré que presentar documentos legales si KPCHC lo solicita.

Entiendo que si hay otros adultos que traen al menor a las citas, tendré que llenar el formulario Consentimiento para Niños/Menores

PÓLIZA DE CITAS

Se espera que el paciente asista a todas sus citas a KPCHC. Nuevos pacientes deben llegar veinte (20) minutos antes de su cita para llenar documentos necesarios. Pacientes ya establecidos o visitas al mismo día deben llegar quince (15) minutos antes de su cita.

Llegar más de diez (10) minutos después de su cita resultara en reprogramación de su cita.

Si el paciente no puede asistir a su cita, deben notificar a KPCHC 24 horas antes de su cita para cancelar o reprogramar. Si no cancela, notifica, o asiste a su cita resultara en un No Llamo/No se presentó. Si el paciente No Llamo/No se presentó (4) cuatro veces a la cita en 12 meses consecutivos, pueden ser dados de alta de la atención y notificado por correo certificado.

Si hay una barrera que le impide atender a sus citas por favor infórmele al personal.

AUTORIZACIÓN DEL PORTAL PARA EL PACIENTE

Autorizo KPCHC que me de acceso a un portal seguro para pacientes que será utilizado para contener y comunicar información médica protegida. Entiendo que el portal seguro para pacientes no se utilizara para reportar emergencias potencialmente mortales u obtener asesoramiento medico de un proveedor. He enumerado mi correo electrónico (correo electrónico del niño/niña, si aplica), como acuerdo.

Correo electrónico: _____

Correo electrónico de hijo/hija (si aplica): _____

Otro correo electrónico(identifique): _____

DOCUMENTOS

Reconozco que recibí copias de los siguientes documentos. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y recibí respuestas a mi satisfacción.

- Derechos y responsabilidades del paciente
- Reconocimiento de pólizas de KPCHC para el paciente Inicial aquí
- Aviso de prácticas de privacidad

-O-

Estoy rechazando una copia en papel de los documentos enumerados en este momento, entiendo que puedo obtener una copia en la instalación o en el sitio de la red en cualquier momento

Estoy solicitando copias electrónicas o enlaces para estos documentos y que sean enviados al siguiente correo electrónico

Inicial aquí

Correo electrónico: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he revisado y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad de KPCHC, que describe como se utilizara, divulgara mi información de salud y como puedo acceder esta información. Se me ha dado el derecho de revisar y asegurar una copia de Aviso de prácticas de privacidad, que incluye una descripción en detalle del uso y divulgación de mi información de salud protegida y mis derechos bajo HIPPA. Entiendo que KPCHC reserva el derecho de cambiar estos términos periódicamente. Puedo contactar a KPCHC en cualquier momento para obtener la copia más actual de este aviso.

Reconozco que he leído, entiendo y acepto plenamente todos los términos de la guía y pólizas anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

FECHA

Registro del Paciente

Konza Prairie Community Health Center (KPCHC)

Cualquier espacio dejado en blanco será considerado "Se niega a contestar".

¿Alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones? Circule si es así			¿Alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes cirugías o procedimientos? Circule si es así		
Anemia	Diabetes tipo 1	Hepatitis	Apendicectomía	Vesícula biliar	Estomago Tiroides
Artritis	Diabetes tipo 2	HIV/SIDA	Bariátrico	Reparación de hernia	Amigdalectomía
Asma	ERGE	Enfermedad renal diabética/ nefropatía	Cerebro	Histerectomía	Muelas de juicio
Coágulos sanguíneos	Glaucoma	Convulsiones Colitis	Rodilla/cadera	Cirugía de espalda	Otro: _____
Cáncer	Infarto Válvula	Derrame Cerebral	Seno baja	Mastectomía	
EPOC	Presión arterial alta	Enfermedad ulcerosa de la tiroides	Carótida	Marca pasos	
ICC	Stents	Otro: _____	Catarata	Prostatectomía	
Crohn's	Erostoma		Cesárea próstata	Espina dorsal	
Depresión			Colectomía		
			D&C		

¿Actualmente toma medicamento recetado o de venta libre?

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

¿Tiene alguna alergia a medicina, comida, látex, vacunas, etc.?

NOMBRE	REACCIÓN

¿Actualmente ve a un especialista fuera de KPCHC? (ej. OB/GYN, GI, Cardiólogo, Terapeuta, etc.)

NOMBRE DEL DOCTOR/CLINICA	TIPO DE MEDICO/CLINICA

Información adicional...

CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. MARQUE SI ES ASI.

¿Actualmente está embarazada?	¿Actualmente está amamantado o bombeando?	¿Toma medicamento(s) para: Osteoporosis	Anticoagulantes
¿Bebe alcohol? ¿Si es así, con qué frecuencia?	¿Se siente nervioso/ansioso al ir al dentista?		
¿Usa tabaco? ¿Si es así, de qué tipo y frecuencia? _____	¿Cunado fue la última vez que fue al dentista? _____		

Indique aquí cualquier otra cosa que le gustaría compartir con su proveedor/a
