

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE**

Nombre (legal):		M.I.	Apellido (legal):		Nombre Preferido:	
Fecha de nacimiento:			Seguridad Social #:		Nombres previos:	
Estado civil:		Pronombres:		Dirección postal (# de un apartamento si corresponde):		
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		<input type="checkbox"/> Ella/ella <input type="checkbox"/> él/él <input type="checkbox"/> Ellas / Ellas		Apartado postal:		Ciudad:
				Estado:		Código postal:
Recordatorios de citas y promociones de salud:				<input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
(Consulte Preferencias de comunicación en la página 2)						

Konza Prairie Community Health Center es un centro de salud calificado a nivel federal (FQHC). Recibimos fondos y subvenciones federales. Como parte de esta financiación, debemos recopilar datos de ingresos de todos los pacientes al menos una vez al año. Esta información se utiliza para configurar programas que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes. Los pacientes deben volver a certificarse en la fecha de aniversario de la tarifa móvil o antes para recibir un descuento en los servicios.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Seguro Médico Primario		Seguro dental primario	
Nombre de Empresa	Grupo#:	Nombre de Empresa	Grupo#:
Número de identificación	FDN:	Número de identificación	FDN:
Tenedor de una póliza	Seguridad#:	Tenedor de una póliza	Seguridad#:

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre:	Teléfono:
Relación:	<input type="checkbox"/> Otorgar acceso a: Divulgación de PHI (Acceso a toda la información medica, de facturación y de programación)
Nombre:	Teléfono:
Relación:	<input type="checkbox"/> Otorgar acceso a: Divulgación de PHI (Acceso a toda la información medica, de facturación y de programación)

<b>Etnicidad:</b>		<b>Preferencia sexual:</b>		<b>Identidad de género:</b>		<b>¿Eres votante registrada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una etnia <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexuales <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> No revelar		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> No revelar		
				<b>Grupo étnico:</b>		<b>Lenguaje principal:</b>
<b>¿Eres refugiada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Eres un migrante (Tiene hogar temporal)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es usted un trabajador agrícola estacional (no establece un hogar temporal)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Está usted sin hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Hispana / latina <input type="checkbox"/> No hispana / latina		<input type="checkbox"/> Inglesa <input type="checkbox"/> Española <input type="checkbox"/> Otro:
<b>¿Tiene una directiva anticipada para atención médica, un testamento en vida o una orden de no reanimación?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				Si no, ¿está interesado en más información? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Solicito consentimiento para atención médica profesional de KPCHC que brinda servicios médicos, dentales y/o de salud conductual (o a mi hijo menor), incluidos planificación familiar, trabajos de detección temprana y otros servicios patrocinados. Todos los servicios son voluntarios, prohíben la coerción y no requieren requisitos previos. Entiendo que puedo optar por suspender los servicios cuando usted lo decida. Si el paciente es un menor o un adulto incapacitado, autorizo que sea el padre, tutor legal o representante personal designado del paciente nombrado. Tengo la autoridad legal para dar consentimiento a los proveedores y al personal de KPCHC para el tratamiento médico, dental y de salud conductual que se considere necesario para el paciente. Ninguna orden judicial me prohíbe firmar este consentimiento. Tendré que presentar la documentación legal adecuada a KPCHC si el personal lo solicita. Entiendo que si hay otros adultos que traen al niño a las citas, tendré que completar el formulario de Consentimiento para niños/menores en la recepción.

Iniciales

**TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA EN SALUD**

KPCHC participa en la tecnología de información de salud electrónica (HIT). Esta tecnología permite que un proveedor o un plan de salud realice una solicitud única a través de una Organización de información de salud (HIO), para obtener registros electrónicos para un paciente específico de otros participantes de HIT para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Se requiere que los HIO utilicen medidas de seguridad adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizados. Tienes dos opciones con respecto a HIT. Primero, puede permitir que las personas autorizadas accedan a su información de salud electrónica a través de un HIO. Si eliges esta opción, no tienes que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de un HIO (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe enviar la información requerida ya sea en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando un formulario por correo. No puede restringir el acceso solo a cierta información; su elección es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene preguntas sobre HIT o HIO, visite <http://www.KanHIT.org>.

Iniciales

**POLÍTICA DE NOMBRAMIENTOS**

Se espera que los pacientes asistan a todas las citas de KPCHC. Los pacientes nuevos deben llegar veinte (20) minutos antes de su cita para completar los documentos necesarios. Los pacientes establecidos o visitas del mismo día deberán llegar quince (15) minutos antes de su cita. Llegar más de diez (10) minutos después de su cita resultará en la reprogramación de su cita. Si el paciente no puede asistir a su cita, deberá notificar a KPCHC 24 horas antes de su cita para cancelarla o reprogramarla. Si no cancela, notifica o asiste a su cita, se considerará que no llama o no se presenta. Si un paciente no llama o no se presenta (4) a cuatro citas en 12 meses consecutivos, se le puede dar de alta de la atención y se le notificará por correo certificado. Si existe alguna barrera que le impida asistir a sus citas, informe al personal.

Iniciales

**ACUERDO DE PAGO**

Acepto que pagaré rápida y completamente cualquier responsabilidad del paciente por los servicios recibidos en KPCHC. Si estoy asegurado, es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros para ver qué servicios están cubiertos.

Iniciales

En KPCHC, queremos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica a costos asequibles. Llame al departamento de facturación para concertar un plan de pago para cualquier saldo adeudado. KPCHC acepta pagos en la oficina, por teléfono o por correo.

Entiendo que si no realizo un pago o un plan de pago sobre cualquier monto adeudado a partir de la fecha del primer estado de cuenta, KPCHC puede enviar mi cuenta a una agencia de cobranza externa. Negarse a pagar su factura, con KPCHC o con la agencia de cobro externa, podría resultar en que se le dé de alta como paciente de KPCHC.

**PREFERENCIA DE COMUNICACION**

**KPCHC se compromete a proteger su información. KPCHC le enviará información importante sobre su atención médica utilizando los métodos a continuación. Marque la casilla junto a las formas de comunicación que autoriza a KPCHC a utilizar con usted.**

- Correo electrónico (NECESARIO: para registrarse en el Portal del paciente, usar la telemedicina, recibir recordatorios de citas y actualizaciones de salud)
- Mensaje de texto (NECESARIO: para realizar el registro de sus visitas en su teléfono y recibir recordatorios de citas móviles).
- Portal del Paciente (NECESARIO - para comunicarse de forma segura y electrónica con su equipo de atención - DEBE AUTORIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO).

**KPCHC nunca compartirá su información con ninguna organización externa. Puede optar por no recibir comunicaciones electrónicas en cualquier momento comunicándose con la recepción de KPCHC. Entiendo que el Portal del Paciente es un método seguro, pero los mensajes de texto, el correo electrónico y el correo de voz pueden considerarse inseguros.**

**Reconozco que he leído, entiendo y acepto completamente todos los términos de la guía y las políticas anteriores.**

Firma/o de la paciente o tutor legal

Fecha

**Formulario de actualización del paciente - Médica / Dental**

Centro de salud comunitario de Konza Prairie (KPCHC)

Cualquier espacio que quede en blanco se considerará "Se niega a contestar."

Nombre (Legal):

Fecha de Nacimiento:

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE**

¿Ha visitado algún proveedor fuera de KPCC en los últimos 2 años? (es decir, PCP, OB/GYN, GI, etc.)  No  Sí

Nombre del Doctor / Clínica	Tipo de doctora / clinica

**LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUAL (RECETADOS Y SIN RECETA)**

Nombre	Dosis	Frecuencia	Razón

Enumere a continuación cualquier alergia actual a medicamentos, alimentos, látex, vacunas, tintes de contraste, etc.

Nombre	Reacción

**Historia ginecológica**

Estás embarazada actualmente?  No  Sí En caso afirmativo, ¿está amamantando o extrayendo leche?

Edad de inicio de la menstruación: Número de embarazos:

Fecha del último ciclo menstrual: Niños Vivos: Abortos Espontáneos:

¿Ha tenido algún problema menstrual (por favor explique):

¿Ha tenido algún sangrado posmenopáusico?

**¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas de detección? Por favor indique mes/año**

Exámenes de colon:	Vacuna contra la gripe:	Prueba de azúcar en sangre/A1c:
<input type="checkbox"/> ADAPTAR	Prueba de Papanicolaou/Examen pélvico:	Examen de la vista para diabéticos:
<input type="checkbox"/> Cologuardia	Vacuna COVID y tipo:	Detección de ETS/ITS/VIH:
<input type="checkbox"/> Colonoscopia	PSA:	Mamografía:

**Hábitos**

¿Bebes alcohol? Si es así, ¿con qué frecuencia?  No  Sí

¿Consumes tabaco, tabaco sin humo o productos para vapear? Si es así, ¿de qué tipo y frecuencia?  No  Sí

¿Usas alguna droga recreativa? Si es así, ¿de qué tipo y frecuencia?  No  Sí

¿Ha tenido alguna exposición a productos químicos tóxicos? Si es así, ¿qué químicos?  No  Sí

**Uso administrativo solo a continuación | Administrative use only below**

Scanned to Chart Documents

No  Yes  Not Applicable

Staff Initials: \_\_\_\_\_

Tobacco Education Intervention Given

No  Yes  Not Applicable

Staff Initials: \_\_\_\_\_

PHQ-9 Needed

No  Yes  Not Applicable

Staff Initials: \_\_\_\_\_