

Actualización de la Información de Paciente

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Información del paciente					
Apellido (legal):		Nombre (Legal):		Inicial:	Nombre preferido:
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):		Nombre(s) anterior(es):		# Seguridad social	
Dirección postal (# Apartamento si corresponde):		Apartado de correos:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa ()	Teléfono celular ()	Teléfono de trabajo ()	Correo electrónico: _____		
Se le inscribirá en la comunicación de la clínica y en el portal del paciente. Por favor, notifique a la recepción si desea optar por no participar.					
Sexo al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer		Estado civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Pareja ☐ Viudo ☐ Soltero			
Raza: (Por favor, marque todo lo que corresponda) ☐ Asiático ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Samoano ☐ Otros: _____ ☐ Indios americanos/nativos de Alaska ☐ Filipinos ☐ Nativos Hawaianos ☐ Vietnamitas ☐ Optaron por no revelar su raza ☐ Negro/Afroamericano ☐ Japonés ☐ Otros Isleños del Pacífico ☐ Blanco					
Origen étnico (¿se identifica como hispano/latino?): ☐ No hispanos/latinos ☐ Sí, cubano ☐ Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano ☐ Negarse a especificar ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, otros hispanos/latinos					
Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____			¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No		
¿Eres un veterano? ☐ Sí ☐ No		¿Es usted un trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, seleccione una clase de trabajo ☐ Migratorio ☐ Estacional			
¿Eres actualmente una persona sin hogar? ☐ Sí ☐ No EN CASO AFIRMATIVO: ¿Esta utilizando alguno de los siguientes? ☐ Vivienda/Refugio de Transición ☐ Calle ☐ Otro: _____					
Número de personas en el hogar: _____ Ingreso anual del hogar: _____ El Centro de Salud Comunitario Konza Prairie es un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC). Recibimos fondos federales y subvenciones. Como parte de esta financiación, estamos obligados a recopilar datos de ingresos de todos los pacientes al menos una vez al año. Esta información se utiliza para establecer programas que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes. Los pacientes deben volver a aplicarlo periódicamente.					
Nombre y ubicación de la farmacia preferida: (KPCHC necesita una copia de todas las tarjetas de seguro) ☐ Farmacia de Konza – JC ☐ Farmacia de Konza - Manhattan ☐ Otra Farmacia _____					
Persona Responsable del Paciente (Completar para pacientes menores de 18 años)					
Relación con el paciente: ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Otro: _____					
Nombre completo:				# de Seguro social	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)		Empleador:		# de teléfono:	
Dirección:		Ciudad y Estado:		Código postal:	

Actualización de la Información de Paciente

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Autorización para divulgar información de atención médica/HIPAA

Autorizo al Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC) a divulgar mi información de salud personal a las personas que se enumeran a continuación. 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 permanecerá en vigor hasta que lo cancele por escrito. Además, puedo incluir a la(s) persona(s) con mi consentimiento en el formulario de Divulgación de Información.

Nombre: _____ Teléfono: _____	Relación: _____	Acceso a: ☐ Información de salud ☐ Facturación ☐ Programación de citas ☐ Contacto de emergencia ☐ Todas las anteriores
Nombre: _____ Teléfono: _____	Relación: _____	Acceso a: ☐ Información de salud ☐ Facturación ☐ Programación de citas ☐ Contacto de emergencia ☐ Todas las anteriores

Información de seguro médico/de salud conductual: (KPCHC necesitará una copia de todas las tarjetas de seguro)

☐ Marque si no tiene seguro		☐ Marque si el paciente NO tiene seguro secundario	
Nombre del seguro principal:		Nombre del seguro secundario:	
# de póliza:	# de grupo:	# de póliza:	# de grupo:
Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):	# de teléfono	Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):	# de teléfono
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro social:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro social:
☐ Propio ☐ Esposo ☐ Padre ☐ Otro: _____		☐ Propio ☐ Esposo ☐ Padre ☐ Otro: _____	

Información sobre el seguro dental: (KPCHC necesitará una copia de todas las tarjetas del seguro)

☐ Marque si no tiene seguro		☐ Marque si el paciente NO tiene seguro secundario	
Nombre del seguro principal:		Nombre del seguro secundario:	
# de póliza:	# de grupo:	# de póliza:	# de grupo:
Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):	# de teléfono	Nombre del titular de la póliza (si es diferente al anterior):	# de teléfono
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro social:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)	# de Seguro social:
☐ Propio ☐ Esposo ☐ Padre ☐ Otro: _____		☐ Propio ☐ Esposo ☐ Padre ☐ Otro: _____	

POR FAVOR, CONTINÚE A LA PÁGINA SIGUIENTE

Actualización de la Información de Paciente

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Consentimiento para tratamiento menor (SOLO PARA PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS))

No hay órdenes judiciales que me prohíban firmar este consentimiento. Por la presente, solicito y autorizo al proveedor de atención médica y al personal del consultorio a realizar los servicios necesarios para el niño mencionado anteriormente, incluidos (entre otros) laboratorios y tratamientos, que el proveedor de atención médica y el personal del consultorio consideren aconsejables. Asumiré toda la responsabilidad del pago de los servicios prestados.

Yo, _____, soy el padre, tutor o representante personal de:

Nombre del niño

Fecha de nacimiento del niño

En mi ausencia, por la presente autorizo a las siguientes personas a actuar en mi nombre:

Nombre: _____ # de teléfono: _____ Relación con el niño: _____

Nombre: _____ # de teléfono: _____ Relación con el niño: _____

Firma del padre o tutor

Relación con el paciente

Políticas y procedimientos de KPCHC

La siguiente información es para todos los pacientes. Por favor, ponga sus iniciales en cada una de las secciones a continuación. Sus iniciales certifican el reconocimiento de cada sección.

Iniciales

Consentimiento para el tratamiento:

Doy mi consentimiento para recibir atención médica profesional de KPCHC que brinda servicios médicos, dentales y/o de salud conductual (o a mi hijo menor de edad), incluidos los servicios de planificación familiar, 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. Si el paciente es menor de edad o un adulto incapacitado, certifico que soy el padre, tutor legal o representante personal designado del paciente nombrado. Tengo la autoridad legal para dar mi consentimiento a los proveedores y al personal de KPCHC para el tratamiento médico, dental y/o de salud conductual que se considere necesario para el paciente. No hay ninguna orden judicial que me prohíba firmar este consentimiento. Tendré que presentar la documentación legal adecuada al personal de KPCHC si así lo solicita. **Entiendo que cualquier adulto que lleve al niño a las citas debe figurar en la sección Consentimiento para el tratamiento de menores anterior.**

Iniciales

Tecnología de la información electrónica de salud:

La KPCHC participa en la tecnología electrónica de información sanitaria (HIT). Esta tecnología permite a un proveedor o a un plan de salud hacer una sola solicitud a través de una Organización de Información de Salud (HIO), para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes de HIT con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Las IO están obligadas a utilizar las medidas de seguridad adecuadas para evitar usos y divulgaciones no autorizados. Tiene dos opciones con respecto a HIT. Primero, puede permitir que las personas autorizadas accedan a su información de salud electrónica a través de una HIO. Si eliges esta opción, no tienes que hacer nada. En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de una HIO (excepto por ley). Si desea restringir el acceso, debe enviar la información requerida en línea en <http://www.kanHIT.org> o completando y enviando un formulario. 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://kanHIT.org>.

Autorizo a KPCHC a grabar mis visitas con los proveedores de atención médica para fines de tratamiento y operaciones utilizando tecnología de IA. Estas grabaciones pueden compartirse con socios comerciales para la resolución de problemas y la mejora del producto. Se conservarán hasta por 7 días para fines de validación antes de ser eliminadas.

Iniciales

Política de citas:

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 las visitas en el mismo día deben llegar quince (15) minutos antes de su cita.

Llegar más de diez (10) minutos después de la hora programada resultará en la reprogramación de su cita.

Actualización de la Información de Paciente

Centro de Salud Comunitario de Konza Prairie (KPCHC)
Cualquier espacio que se deje en blanco se considerará "Se niega a responder"

Iniciales	Acuerdo de pago: Estoy de acuerdo en que pagaré rápida y en su totalidad cualquier responsabilidad del paciente por los servicios en KPCHC. Si estoy asegurado, es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros para ver qué servicios están cubiertos. En KPCHC, queremos trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica a costos asequibles. Llame al departamento de facturación para organizar un plan de pago para cualquier saldo adeudado. KPCHC acepta pagos en la oficina, por teléfono, correo o en línea. Entiendo que si no realizo un pago o un plan de pago sobre cualquier monto adeudado desde la fecha del primer pago, KPCHC puede enviar mi cuenta a una agencia de cobro de terceros.
Iniciales	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 cómo se usará, divulgará y cómo puedo acceder a esta información. Se me ha otorgado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que incluye una descripción detallada del uso y la divulgación de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que KPCHC se reserva el derecho de cambiar estos términos de vez en cuando. Puedo comunicarme con KPCHC en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso. 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 _____ rechazo una copia impresa de los documentos enumerados en esta vez. Entiendo que puedo obtener una copia en el _____ - Reconocimiento del paciente de las iniciales de las pólizas de KPCHC _____ o en el sitio web en cualquier momento. - Aviso de Prácticas de Privacidad _____ Solicito que se envíen copias electrónicas o enlaces para estos documentos al correo electrónico a continuación: Correo electrónico: _____
Reconozco que he leído, entendido y acepto completamente todas las políticas, procedimientos y términos de este formulario y he completado la información lo mejor que puedo.	
Firma del paciente o tutor legal	Fecha