

FORMATO DE REGISTRO PARA PACIENTE NUEVO

(Favor de Imprimir)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE			
Nombre Legal del Paciente (Nombre, Segunda inicial, Apellido)		Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: / /
Nombre preferido:	Nombre de Soltera		Género al Nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal: <input type="checkbox"/> Igual que arriba		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	
Correo electrónico: <input type="checkbox"/> @gmail.com <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @yahoo.com <input type="checkbox"/> @live.com	Número de teléfono principal para dejar mensajes: ()	Número de Teléfono secundario para dejar mensajes: ()	
		<input type="checkbox"/> Telefono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro	
Farmacia Preferida:		Domicilio de la farmacia preferida, calle y Ciudad:	
¿Tiene el paciente problemas para?: <input type="checkbox"/> Ver <input type="checkbox"/> Escuchar <input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Hablar Explique las razones:			

MENORES DE EDAD Y/O PACIENTES MENORES ACOMPAÑADOS POR UNO DE LOS PADRES/ INFORMACIÓN DEL TUTOR O GUARDIAN LEGAL		
Las personas descritas deben ser ambos padres legales y/o guardianes legales del menor. Se requiere documentos legales si las personas enunciadas no son los tutores o guardianes legales del menor o si los derechos parentales han sido terminados.		
Nombre:	Numero de Teléfono:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor o Guardian Legal (adjunte los documentos probatorios)	Dirección: <input type="checkbox"/> Igual a la del Menor	
Nombre:	Numero de Teléfono:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor o Guardian Legal (adjunte los documentos probatorios)	Dirección: <input type="checkbox"/> Igual a la del Menor	

PERSONAS QUE PUEDEN SER NOTIFICADAS EN CASO DE EMERGENCIA Y QUE NO SEAN LOS PADRES O GUARDIANES LEGALES		
Estas personas no están autorizadas para acompañar al menor a citas médicas o acceso a sus expedientes médicos.		
Nombre:	Número Telefónico:	Relación con el Paciente:
Nombre:	Número Telefónico:	Relación con el Paciente:
Nombre:	Número Telefónico:	Relación con el Paciente:

Al participar en ciertos programas federales, debemos solicitar la siguiente información

Raza

Por favor marque todos los que apliquen:

Blanco Negro/Afroamericano
 Indígena Americano/ Nativo de Alaska Asiático Hindú
 Chino Filipino
 Japonés Coreano
 Vietnamita Medio Oriente
 Native Hawaiian Islas del Pacífico
 Guam Samoano Chamorro
 Elijo no contestar

Nivel máximo de Estudios:

Aun no esta en escuela
 Pre-Escolar/Kinder
 Primaria
 Secundaria
 Actualmente estudiando Preparatoria
 Preparatoria
 Preparatoria Trunca
 Escuela Técnica
 Universidad Trunca
 Universidad

Identidad de Género

Masculino
 Femenino
 Transgénero Masculino(Female-to-Male)
 Transgénero Femenino(Masculino a Femenino)
 Género Neutral
 Elijo no contestar

Etnicidad

Mexicano, Mexico-Americano, Chicano
 Boricua (Puerto Rico)
 Cubano
 Diferente a Hispano Latino/a u Origen Español
 No Hispano Latino/a u Origen Español
 Elijo no contestar

Situación Laboral:

Tiempo completo Medio Tiempo
 Temporal Sin Empleo

Orientación Sexual:

Heterosexual
 Lesbiana, homosexual o gay
 Bisexual
 Diferente a lo nombrado
 No lo sé
 Elijo no contestar

Lenguaje principal:

Inglés
 Español
 Ruso
 Ucraniano
 Otro: _____

Situación de Vivienda:

Propietario/Renta
 Sin hogar/Indigente
 Comparte Vivienda
 Refugio
 Hogar transitorio

Public Housing:

Actualmente vive en vivienda pública de bajos ingresos?:
 SI NO

Es usted Veterano?

SI NO

NIVEL DE INGRESOS

Numero de personas en la vivienda: _____

Ingreso anual promedio: \$10,000 o menor \$10,001-\$20,000 \$20,001-\$30,000 \$30,001-\$40,000
 \$40,001-\$50,000 \$50,001-\$60,000 \$60,001-\$70,000 \$70,001-\$80,000 \$80,001-\$90,000 \$90,001-\$100,000

CONSENTIMIENTO Y ACUERDOS

Consentimiento para tratamiento

Al firmar el presente documento doy consentimiento para mi mismo o mi representado de recibir cualquier tratamiento considerado necesario de acuerdo a mi proveedor de salud. KTCH provee servicios de salud sin importar la religión, raza, color de piel, origen, condición de discapacidad, edad, sexo, número de embarazos, o estado conyugal. Al firmar al calce también doy consentimiento para tratamientos para mi mismo o mi representado proporcionados por KTCH y/o estudiantes de la escuela de Odontología de la UMKC y de SFCC donde y cuando los servicios dentales sean proporcionados. Adicionalmente, los servicios descritos por el "Title X" son proporcionados exclusivamente de forma voluntaria y aceptación de los servicios de planificación familiar y no son considerados un prerequisite para la elegibilidad o recepción de cualquier otro servicio.

Iniciales: _____

Recibo para obtener el historial de medicamentos prescritos:

Al firmar al calce, estoy otorgando consentimiento a KTCH para ver mi historial de prescripciones de medicamentos por medio del sistema de expedientes médicos electrónicos (eClinical Works). Esto permitirá a mi proveedor de servicios médicos obtener la información de los medicamentos que me han recetado o que estoy tomando para minimizar el riesgo de efectos secundarios, reacciones adversas o alergias. Al aceptar lo anterior, debe comprender que la información obtenida sobre sus medicamentos recetados por múltiples proveedores de salud, compañías de seguros, farmacias y que podrá ser revisada y vista por su proveedor de servicios médicos y personal autorizado. Este consentimiento permanecerá efectivo hasta que usted lo termine este consentimiento de manera escrita. Si usted revoca este consentimiento, no afectará a su tratamiento.

Iniciales: _____

Consentimiento y Convenio para el Portal del Paciente:

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de acuerdo con la ley. Al firmar abajo, usted reconoce que ha leído y entiende por completo, esta de acuerdo y esta consciente de los riesgos y beneficios asociados con la comunicación en línea a través del portal del paciente entre KTCH y usted. Usted se compromete a cumplir con las políticas establecidas por KTCH así como cualquier otra instrucción o guías que pueden ser impuestas por las comunicaciones en línea.

Iniciales: _____

Recibo la Declaración de Privacidad:

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de acuerdo con la ley. Al firmar abajo, usted reconoce que ha leído y esta de acuerdo con la declaración de privacidad KTCH y entiende que en cualquier momento que lo solicite, usted puede obtener una copia de la Declaración de Prácticas de Privacidad.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NOMBRE ESCRITO: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO			
<i>Por favor presente una copia de TODAS sus tarjetas de seguros</i>			
Seguro Médico Principal	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Otro Seguro Commercial: _____		
	Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
	Teléfono del Suscriptor:		
	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Dirección del Suscriptor:	Relación del Suscriptor con el Paciente:
Seguro Médico Secundario (Si aplica)	<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Otro Seguro Commercial: _____		
	Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
	Teléfono del Suscriptor:		
	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Dirección del Suscriptor:	Relación del Suscriptor con el Paciente:

INFORMATION DEL SEGURO DENTAL			
<i>Por Favor Proporcione una Copia de Todas sus Tarjetas de Seguro</i>			
Seguro Dental Principal	Nombre de la Compañía de Seguro:		
	Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
	Teléfono del Suscriptor:		
	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Dirección del Suscriptor:	Relación del Suscriptor con el Paciente:
Seguro Dental Secundario (Si aplica)	Nombre de la Compañía de Seguro:		
	Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
	Teléfono del Suscriptor:		
	Número de Seguro Social del Suscriptor:	Dirección del Suscriptor:	Relación del Suscriptor con el Paciente:



Formato HIPAA para el Paciente

Nuestro aviso de privacidad proporciona información sobre como se utiliza o revela Información de Salud Protegida “Protected Health Information” (PHI).

Este aviso contiene una sección con los derechos del paciente donde se mencionan sus derechos ante la ley. Al Firmar usted esta aceptando que ha revisado y entendido el presente consentimiento antes de firmarlo. Los terminos y condiciones del del aviso podrían cambiar, si así fuere, le será notificado en su siguiente visita para actualizar su Firma/Fecha.

Usted tiene el derecho de restringir y como es manejada su Información Protegida de Salud y como son divulgados los datos de tratamiento, pagos, o uso por parte del equipo de salud. Nosotros no necesitamos estar de acuerdo con estas restricciones, sin embargo en caso de estarlo, aún así respetaremos este acuerdo. El Código de Ley “HIPAA” (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) permite el uso de información para tratamiento, pagos o usos por parte del equipo de salud.

Al firmar este formato, da el consentimiento para el uso y divulgación de su información protegida de Salud o PHI y el uso probable con anonimato para publicaciones. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento firmado por usted, y lo deberá hacer por escrito. Sin embargo la revocación no tendrá efectos retroactivos.

Al firmar este formato, entiendo que:

- La información de Salud Protegida o PHI puede ser divulgada para tratamientos, pagos o uso por parte del equipo del equipo médico.
- La práctica médica se reserva el derecho a cambiar las políticas de privacidad de acuerdo a la ley.
- La práctica médica tiene el derecho de restringir el uso de la información pero la práctica no tiene que estar de acuerdo con las restricciones hechas por el paciente.
- El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y toda la divulgación de información terminará en ese momento.
- La práctica médica puede condicionar los tratamientos de acuerdo a la ejecución de este consentimiento.

En la parte de abajo por favor nombre a las personas a las cuales les otorga consentimiento para que KTCH les comparta su expediente médico y dental:

Nombre:	Relación con el Paciente:	Teléfono #:

FIRMA: _____

FECHA: _____

NOMBRE ESCRITO: _____ **Relación con el Paciente:** _____

Katy Trail Community Health Información Financiera del Paciente

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA NUESTROS PACIENTES, LEA CUIDADOSAMENTE

- Nuestro Programa de Descuento está diseñado para ayudarle a pagar su servicio médico, dental, y de salud mental proporcionado por KTCH. Si usted quiere aplicar para nuestro Programa de Descuento, por favor pida una solicitud en la recepción o haga una cita con una de nuestras coordinadoras. Usted debe de completar una solicitud y proporcionar el comprobante de ingreso adecuado para certificar el Programa de descuento antes de cualquier cita que usted quiera que el Descuento sea aplicado.
- Su hijo/a puede ser elegible para algún programa de Medicaid por lo tanto haga una cita con una de nuestras coordinadoras para explorar esta opción.
- Su pago de hoy puede ser con efectivo, cheque, o tarjeta de crédito/débito. Usted debe pagar su pago mínimo al momento de registrarse o su cita será reprogramada. La única excepción será cuando su condición medica/dental sea considerada una emergencia por lo cual será determinada por nuestra enfermera de triage/coordinadora dental basándose en el nivel establecido por nuestro Director Médico/Dental.
- Si usted tiene seguro médico, Katy Trail presentará la reclamación de pago a su seguro. Es su responsabilidad pagar el saldo de cualquier servicio no cubierto bajo su plan de seguro médico una vez que reciba la factura o según lo acordado en su plan de pagos. Si usted cree que necesita la ayuda financiera para pagar el saldo; usted debe completar la solicitud para el programa de descuento y proporcionar el comprobante de ingreso antes de su cita para poder otorgarle un descuento.
- Si usted no tiene seguro médico y su ingreso es más del 200% del nivel de pobreza, un depósito de \$130 será requerido para los servicios recibidos hoy. **Usted también recibirá una factura por los cargos en exceso de su depósito.** Si su cobro es menos que su depósito, la diferencia le será reembolsada. Es su responsabilidad pagar el saldo por los honorarios de los servicios recibidos en cuanto reciba la factura o según lo acordado en su plan de pago.

Iniciales: _____

Katy Trail cree firmemente que una buena relación entre medico/paciente se basa en la comprensión y las buena comunicación. La información anterior es proporcionada para evitar cualquier malentendido. Preguntas sobre arreglos financieros deben ser directamente con nuestro departamento de facturación, llame al 1-877-733-5824 ext. 1156. Al firmar este documento como paciente o representante de otro paciente, usted reconoce que usted ha leído esta hoja de información Financiera Para El Paciente y que está de acuerdo con los términos establecidos.

Firma del Paciente o Responsable Legal

Fecha

Testigo

Fecha

Derechos del Paciente

Aquí en Katy Trail Community Health, estamos comprometidos a ofrecerle un **Hogar de Cuidado Médico Centrado en el Paciente (PCMH)**. Un hogar médico enfocado en el paciente **no es una residencia y no cambia** el lugar en donde usted vive. Un hogar médico es donde obtiene cuidado médico de su doctor de cuidado primario (**PCP/doctor de cabecera**). Un **PCP** puede ser un doctor, enfermera especializada o Dentista. Su PCP guía a un equipo de personas dentro de la organización, que como un equipo de cuidado médico tomarán la responsabilidad de la continuidad del cuidado de cada paciente. Usted y su familia son una parte esencial como parte del equipo de los cuidados médicos. Como paciente, usted tiene derechos. Al entender sus derechos esto le ayudará a obtener el mejor cuidado médico posible. Usted tiene derecho a:

- ☑ Recibir cuidado compasivo y respetuoso sin importar su edad, sexo, origen nacional, religión, discapacidad, o enfermedades transmisibles.
- ☑ Proveedor Personal- cada paciente tiene una relación continua con su doctor de cuidado primario (PCP) quien le dará una atención completa y continua.
- ☑ Cuidado Médico Comprensivo- el PCMH es responsable de cumplir la mayoría de las necesidades del cuidado médico y de salud mental, incluyendo exámenes de prevención y rutinarios, cuidado intensivo, y cuidado crónico. Usted tiene el derecho de estar informado acerca de sus diagnósticos, tratamientos, y probabilidades de recuperación en palabras que usted pueda entender. Esta información debe incluir el tratamiento específico, riesgos médicos, beneficios, y efectos secundarios.
- ☑ Cuidado Dental Comprensivo- el PCMH se encarga de satisfacer la mayoría de las necesidades de salud bucal de cada paciente, incluyendo la prevención y el bienestar y la atención aguda. Usted tiene el derecho a estar bien informado acerca de su diagnóstico, el tratamiento y las posibilidades de recuperación en las palabras que usted pueda entender.
- ☑ Práctica Médica Dirigida por el Doctor-el PCP dirige un equipo de individuos dentro de la organización que, como equipo de atención, se hará cargo de la atención continua de cada paciente. **Su equipo de atención médica incluye su PCP, asistente médico, LPN(enfermería especializada), consultor del comportamiento, coordinador de atención, y administrador de caso.** El equipo de atención al paciente apoyará su autocuidado de sus objetivos de salud y cuidado de la salud.
- ☑ Orientación persona completa - el PCP es responsable de proveer el cuidado total necesario del paciente y toma responsabilidad para disponer adecuadamente el cuidado con otros profesionales calificados según sea necesario.
- ☑ El Cuidado es Coordinado- el PCMH coordina el cuidado en todas las áreas del sistema de atención médica, incluyendo cuidado especializado, hospitales, cuidado de salud a domicilio, y servicios de la comunidad y apoyo. Esta coordinación es particularmente crítica durante las transiciones entre los sitios de atención, como cuando los pacientes son dados de alta del hospital.
- ☑ Servicios Accesibles- un PCMH ofrece servicios que son fáciles de conseguir y con menor tiempo de espera para las necesidades urgentes, mejores horas en persona y acceso telefónico a un miembro del equipo de atención. El número para horas después de de trabajo es 660-851-7765.
- ☑ Seguridad y Calidad- los PCMH's están dedicados a mejorar la calidad del cuidado al usar medicina basada en evidencia y herramientas clínicas para tomar dediciones y ayudar a los doctores, pacientes y familias en tomar decisiones. Los pacientes siempre tendrán el derecho a rechazar el tratamiento recomendado hasta el punto en que la ley lo permita, y de que se le diga lo que puede pasar si esa es su decisión. Expresado verbalmente o por escrito, de cualquier queja o recomendaciones con referencia a nuestros servicios. Usted puede comunicar una queja o reclamo por escrito a nuestro sitio principal que es 821 Westwood, Sedalia, MO 65301, o llamando al número principal que es 877-733-5824.
- ☑ Privacidad- Usted tiene el derecho de la privacidad de su expediente médico correspondiente a su tratamiento, con la excepción de que si es requerida por ley o pago de terceros. Solamente las personas que están directamente involucrados o supervisando su tratamiento, monitoreando la calidad de su tratamiento, o autorizados por la ley o regulaciones pueden leer su expediente médico. Usted tiene el derecho del acceso a la información contenida en su expediente médico, dentro del límite que la ley y las pólizas de la instalaciones lo permita. Por favor refiérase a el Aviso de privacidad de KTCH para obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad.

Responsabilidades Del Paciente

El cuidado que usted recibe parcialmente depende en que usted actúe de una manera cooperativa con su equipo de cuidado médico, incluyendo una comunicación abierta y honesta, siguiendo los planes de su tratamiento, y respetando las normas de conducta de las instalaciones. Como paciente de Katy Trail Community Health, usted es responsable de:

1. Seguir todas las reglas de las instalaciones según lo fijado en el interior y/o exterior de las instalaciones de la clínica. Respetar y considerar a otras personas, empleados, propiedad de los demás, y propiedad de Katy Trail Community Health Center.
2. Avisar de cualquier cambio en lo siguiente:
Nombre, Dirección, Numero(s) de Teléfono, Información de Seguro Médico, Ingresos, y Tamaño de Familia.
3. Proporcionar información correcta y completa acerca de los síntomas actuales, historial médico, hospitalizaciones, medicamentos, atención recibida fuera de la práctica clínica, información del cuidado propio, decisión anticipada, y cualesquiera otros asuntos que estén relacionados a su cuidado.
4. Seguir las instrucciones en las cuales usted y su equipo hayan acordado. Continuar con las metas propias del cuidado de salud.
5. Hacer preguntas sobre su cuidado que tal vez no entiende o si únicamente tiene preguntas, incluyendo riesgos de procedimientos, resultados, y costo de tratamiento.
6. Saber que medicamentos está tomando, porque los toma, y la manera correcta de tomarlos de acuerdo con las instrucciones de su doctor.
7. Mantener las citas programadas, llegar a tiempo a sus citas, y llamar con cuatro horas de anticipación para cancelar su cita cuando no pueda mantenerla. KTCH se reserva el derecho de terminar la prestación de servicios a los pacientes que faltan sus citas más de tres veces en un periodo de 12 meses.
 - a. **CITAS MEDICAS:** Es requerido que los pacientes nuevos lleguen 30 minutos antes de su cita. Por favor notifíquenos con 4 horas de anticipación de la cancelación de su cita. Después de fallar dos citas médicas/salud mental consecutivamente el paciente será puesto en Citas del Mismo Día solamente. El paciente puede llamar por la mañana y ser visto basado en la disponibilidad de las citas del mismo día. Después de mantener una cita del mismo día el paciente nuevamente podrá hacer citas futuras.
 - b. **CITAS DENTALES:** Es requerido que los pacientes nuevos lleguen 30 minutos antes de su cita. Si usted llega más de **10 minutos tarde a su cita dental**, su cita será cambiada. Por favor notifíquenos con 4 horas de anticipación de la cancelación de su cita. Después de fallar dos citas dentales el paciente será puesto en una lista de espera. La clínica dental le llamará cuando una cita esté disponible y después de mantener esta cita el paciente podrá hacer citas futuras.
8. Asistir y supervisar a sus hijos mientras en la clínica.
9. Llamar a su farmacia para solicitar rellenos una semana antes de que se le terminen sus medicamentos. Si es autorizado por un doctor de KTCH, se le dará sus rellenos de medicina dentro de 72 horas de trabajo.
10. Pagar las cuentas y cargos con prontitud tal como se definen en las pólizas financieras.

Yo he leído y entendido los **Derechos y Responsabilidades del Paciente** de Katy Trail Community Health Center y se me ha dado la oportunidad de obtener una copia para mi registro personal.

Firma

Fecha