

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

(Escriba en letra de imprenta)

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):		Número del seguro social: - -	Fecha de nacimiento: / /
Nombre preferido:	Apellido de soltera:		Género al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de habitación:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de envío: <input type="checkbox"/> Igual a la de arriba		Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> @gmail.com <input type="checkbox"/> @hotmail.com <input type="checkbox"/> @yahoo.com <input type="checkbox"/> @live.com	Números de teléfono donde se pueden dejar mensajes: Número de teléfono primario: () <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro		
Farmacia preferida:		Calle y ciudad de la farmacia preferida:	
Tiene el paciente algún problema con: <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Habla Explique las casillas marcadas:			

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Las personas enumeradas deben ser padres legales y / o tutores legales.

***Se requiere de documentación legal si las personas enumeradas no son los padres que tienen la custodia o si los derechos legales de los padres han finalizado.**

Nombre del padre o tutor legal:		Número de teléfono: ()	Fecha de nacimiento: / /
Tipo de relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal* *Adjuntar un documentación legal	Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el niño		
Nombre del padre o tutor legal:		Número de teléfono: ()	Fecha de nacimiento: / /
Tipo de relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal* *Adjuntar un documentación legal	Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el niño		

PERSONA O PERSONAS QUE PODRÁN ACOMPAÑAR AL PACIENTE MENOR DE EDAD (PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS) Y TOMAR DECISIONES DE TRATAMIENTO MÉDICO, DENTAL, DE SALUD CONDUCTUAL

Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:
Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:

PERSONA O PERSONAS A QUIENES SE LES PUEDE NOTIFICAR EN CASOS DE EMERGENCIA QUE NO SEAN LOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Esto no le otorga a las personas enumeradas autoridad para acompañar al menor a la cita o acceder a los registros médicos.

Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:
Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:

Todas las preguntas deben responder

Katy Trail Community Health (KTCH) debe solicitar la siguiente información de todos los pacientes atendidos para ayudarnos a obtener fondos federales para apoyar a nuestra comunidad.

<p>RAZA:</p> <p>Marque <u>todos</u> los que correspondan</p> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> No quiere revelarlo	<p>ETNICIDAD:</p> <input type="checkbox"/> Latino o hispano <input type="checkbox"/> No hispano, latino o de origen español <input type="checkbox"/> Otro latino, hispano o de origen español <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano americano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> No quiere revelarlo	<p>LENGUAJE PRIMARIO:</p> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Ucraniano <input type="checkbox"/> Otro: _____												
<p>EL NIVEL MÁS ALTO DE EDUCACIÓN:</p> <input type="checkbox"/> Aún no estoy en la escuela <input type="checkbox"/> Preescolar o kindergarten <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria (actualmente) <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> No terminó la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela técnica o comercial <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Graduado universitario	<p>IDENTIDAD DE GÉNERO:</p> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (de mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (de hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Género neutro <input type="checkbox"/> No quiere revelarlo	<p>ORIENTACIÓN SEXUAL:</p> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No quiere revelarlo												
<p>VIVIENDA:</p> <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Vivienda pública (basada en los ingresos) <input type="checkbox"/> Sin hogar Sin hogar: <input type="checkbox"/> Compartiendo (quedarse con otros) <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda de transición	<p>¿ES UN VETERANO?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>SITUACIÓN DE EMPLEO:</p> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> N/A												
<p>SITUACIÓN DE INGRESOS:</p> <p>Número de personas en el hogar: _____</p> <p>Ingreso anual estimado del hogar:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 000 \$ o menos</td> <td><input type="checkbox"/> 30 001 \$ a 40 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 60 001 \$ a 70 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 90 001 \$ a 100 000 \$</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 001 \$ a 20 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 40 001 \$ a 50 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 70 001 \$ a 80 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> más de 100 000 \$</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20 001 \$ a 30 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 50 001 \$ a 60 000 \$</td> <td><input type="checkbox"/> 80 001 \$ a 90 000 \$</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 10 000 \$ o menos	<input type="checkbox"/> 30 001 \$ a 40 000 \$	<input type="checkbox"/> 60 001 \$ a 70 000 \$	<input type="checkbox"/> 90 001 \$ a 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 001 \$ a 20 000 \$	<input type="checkbox"/> 40 001 \$ a 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 70 001 \$ a 80 000 \$	<input type="checkbox"/> más de 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 001 \$ a 30 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 001 \$ a 60 000 \$	<input type="checkbox"/> 80 001 \$ a 90 000 \$	
<input type="checkbox"/> 10 000 \$ o menos	<input type="checkbox"/> 30 001 \$ a 40 000 \$	<input type="checkbox"/> 60 001 \$ a 70 000 \$	<input type="checkbox"/> 90 001 \$ a 100 000 \$											
<input type="checkbox"/> 10 001 \$ a 20 000 \$	<input type="checkbox"/> 40 001 \$ a 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 70 001 \$ a 80 000 \$	<input type="checkbox"/> más de 100 000 \$											
<input type="checkbox"/> 20 001 \$ a 30 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 001 \$ a 60 000 \$	<input type="checkbox"/> 80 001 \$ a 90 000 \$												

CONSENTIMIENTOS Y ACUERDOS

Consentimiento para tratar

Al firmar a continuación, doy consentimiento para que yo o mi pupilo recibamos cualquier tratamiento que el proveedor de atención médica que nos atienda considere necesario. KTCH brinda servicios sin distinción de religión, raza, color, nacionalidad, condición de discapacidad, edad, sexo, número de embarazos o estado civil. Al firmar a continuación, también doy mi consentimiento para que me traten o que traten a mi pupilo por parte de proveedores dentales de KTCH y / o estudiantes de la escuela de odontología de UMKC y SFCC cuando se brinden servicios dentales. Cuándo se brindan servicios de salud conductual; al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que yo o mi pupilo recibamos tratamiento de parte de los proveedores de salud conductual (BH) de KTCH y doy mi consentimiento para que mi pupilo sea atendido sin que yo esté presente durante esta cita si el proveedor de BH lo considera apropiado. Además, los servicios del Título X se brindan únicamente de forma voluntaria y la aceptación de un servicio de planificación familiar no es un requisito previo para la elegibilidad o la recepción de ningún otro servicio.

Iniciales: _____

Consentimiento para obtener un historial de prescripción externo:

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que KTCH vea mi historial de recetas externas a través de nuestro sistema de registros médicos electrónicos (eClinicalWorks). Esto permitirá que mi proveedor tenga información sobre los medicamentos que estoy tomando para minimizar las reacciones adversas a los medicamentos. Al aceptar esto, comprende que su proveedor y el personal autorizado pueden ver el historial de recetas de múltiples proveedores médicos, compañías de seguros y farmacias no afiliados. Este consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que usted revoque su consentimiento por escrito. Si decide revocar este consentimiento, no tendrá un efecto en su tratamiento.

Iniciales: _____

Consentimiento y acuerdo para el portal del paciente:

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud de conformidad con la ley. Al firmar a continuación, solicita que registremos su correo electrónico en nuestro portal para pacientes (Healow). Al firmar a continuación, también reconoce que ha leído, comprende completamente, acepta y es consciente de los riesgos y beneficios asociados con la comunicación en línea a través del portal del paciente. Usted acepta cumplir con las políticas establecidas por KTCH, así como con cualquier otra instrucción o directriz que pueda imponerse para las comunicaciones en línea.

Iniciales: _____

Al firmar a continuación, reconozco que he llenado la información de este paquete a mi leal saber y entender. Al firmar a continuación y poner mis iniciales en las líneas anteriores, reconozco que he leído y entiendo la información anterior.

FIRMA: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta: _____

Relación con el paciente: Yo mismo Padre Tutor Otro: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Proporcione una copia de **TODAS** las tarjetas del seguro

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

PRIMARIO MÉDICO SEGURO	Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> UHC <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Otro Comercial: _____		
	Número de identificación de miembro/suscriptor:	Nombre del grupo:	Número de grupo:
	Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> paciente es suscriptor	Número de teléfono del suscriptor: ()	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
	Número del Seguro Social del suscriptor:	Dirección del suscriptor: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Relación del suscriptor con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor legal
SECUNDARIO MÉDICO SEGURO (Si aplica)	Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> BCBS/Anthem <input type="checkbox"/> UHC <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Otro Comercial: _____		
	Número de identificación de miembro/suscriptor:	Nombre del grupo:	Número de grupo:
	Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> paciente es suscriptor	Número de teléfono del suscriptor: ()	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
	Número del Seguro Social del suscriptor:	Dirección del suscriptor: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Relación del suscriptor con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor legal

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

PRIMARIO DENTAL SEGURO	Nombre del seguro y dirección de reclamaciones:		
	Número de identificación de miembro/suscriptor:	Nombre del grupo:	Número de grupo:
	Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> paciente es suscriptor	Número de teléfono del suscriptor: ()	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
	Número del Seguro Social del suscriptor:	Dirección del suscriptor: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Relación del suscriptor con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor legal
SECUNDARIO DENTAL SEGURO (Si aplica)	Nombre del seguro y dirección de reclamaciones:		
	Número de identificación de miembro/suscriptor:	Nombre del grupo:	Número de grupo:
	Nombre del suscriptor: <input type="checkbox"/> paciente es suscriptor	Número de teléfono del suscriptor: ()	Fecha de nacimiento del suscriptor: / /
	Número del Seguro Social del suscriptor:	Dirección del suscriptor: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente	Relación del suscriptor con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor legal



Formulario del consentimiento del paciente HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar la información médica protegida (PHI por sus iniciales en inglés).

El aviso contiene una sección de derechos del paciente que describe sus derechos según la ley. Usted confirma con su firma que revisó nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos del aviso pueden cambiar; de ser así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma y fecha.

Tiene derecho a restringir cómo se utiliza y divulga su PHI para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos de 1996) permite el uso de información para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su PHI y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no tendrá carácter retroactivo.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La PHI puede divulgarse o utilizarse para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- El consultorio se reserva el derecho de cambiar la política de privacidad según lo permita la ley.
- El consultorio tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y entonces cesarán todas las divulgaciones completas.
- El consultorio puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

A continuación, enumere las personas a quienes les da su consentimiento para que KTCH comparta sus registros médicos y dentales:

PERSONA O PERSONAS A QUIENES USTED LES DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE KTCH COMPARTA SUS REGISTROS MÉDICOS Y DENTALES.		
Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:
Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:
Nombre:	Número de teléfono:	Relación con el paciente:

FIRMA: _____ **Fecha:** _____

Nombre en imprenta: _____

Relación con el paciente: Yo mismo Padre Tutor Otro: _____

AVISO IMPORTANTE PARA NUESTROS PACIENTES - LEA DETENIDAMENTE

- Nuestro programa de descuento de escala móvil se diseña para ayudarlo a pagar los servicios médicos, dentales y de salud conductual proporcionados por KTCH. Si desea solicitar nuestro programa de descuento de escala móvil, solicite en la recepción una solicitud para el programa de escala móvil o solicite una cita con nuestro Coordinador del programa de descuento de escala móvil. Debe llenar la solicitud y proporcionar prueba de ingresos para obtener la certificación de descuento de la escala móvil antes de cualquier cita en la que desee que se aplique la escala móvil.
- Su hijo puede ser elegible para un programa de Medicaid, así que solicite una cita con uno de nuestros coordinadores de atención para explorar esta opción.
- Su pago hoy puede ser en efectivo, cheque o tarjeta de crédito o débito. Su copago mínimo se debe pagar al momento del registrarse, o su cita se reprogramará. La única excepción será cuando su condición médica o dental se considere una emergencia, lo cual será determinado por nuestro enfermero de triaje o coordinador dental utilizando las pautas establecidas por nuestro director médico o dental.
- Si participa en una red de seguro médico, Katy Trail presentará el reclamo del seguro en su nombre. Es su responsabilidad pagar el saldo de cualquier tarifa por los servicios no cubiertos por su plan de seguro al recibir la factura o según lo acordado en su plan de pago. Si prevé que va a necesitar asistencia financiera para pagar este saldo; debe llenar la solicitud de escala móvil y proporcionar prueba de ingresos antes del momento de prestarle el servicio para que le certifiquen la escala móvil en ese momento.
- Si no participa en una red de seguro médico y tiene ingresos superiores al 200 % del nivel de pobreza, se requerirá de un depósito de \$130 por los servicios que recibe hoy. **También recibirá una factura por cualquier cargo que exceda su depósito.** Si los honorarios del servicio médico son inferiores a su depósito, se le reembolsará la diferencia. Es su responsabilidad pagar el saldo de cualquier tarifa por los servicios al recibir la factura o según lo acordado en su plan de pago.

Iniciales: _____

Katy Trail cree firmemente que una buena relación entre el proveedor y el paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. La información anterior se proporcionó para evitar malentendidos. Las preguntas sobre los acuerdos financieros deben dirigirse a nuestra oficina de facturación al 1-877-733-5824 extensión 1156. Al firmar a continuación como paciente o representante del paciente, usted reconoce que ha leído esta hoja de Información financiera del paciente y acepta los términos establecidos.

Firma del Paciente o Responsable

Fecha

Derechos del paciente

En Katy Trail Community Health, estamos comprometidos a brindarle un **Hogar médico centrado en el paciente (PCMH por sus siglas en inglés)**. Un hogar médico centrado en el paciente no es un lugar de residencia y no cambia el lugar donde usted vive. En cambio, un hogar médico es donde usted obtiene atención médica y consulta a su proveedor de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés). Un PCP puede ser un médico, una enfermera especializada o un dentista. Su PCP dirige un equipo de personas dentro de la organización que, como equipo de atención, se responsabilizarán de la atención continua de cada paciente. Usted y su familia son una parte esencial del equipo de atención. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Comprender esos derechos le ayudará a obtener la mejor atención posible. Tiene derecho a:

- ❖ Recibir atención compasiva y respetuosa independientemente de su edad, sexo, raza, nacionalidad, religión, discapacidad o enfermedad transmisible.
- ❖ Proveedor personal: cada paciente tiene una relación continua con un proveedor de atención primaria (PCP) que le brindará atención completa y continua.
- ❖ Atención médica integral: el PCMH es responsable de satisfacer la mayoría de las necesidades de atención de salud física y mental de cada paciente, incluyendo la prevención y el bienestar, la atención aguda y la atención crónica. Tiene derecho a estar bien informado acerca de su diagnóstico, tratamiento y posibilidades de recuperación en palabras que pueda comprender. Esta información debe incluir el tratamiento específico, los riesgos médicos, los beneficios y los efectos secundarios.
- ❖ Atención dental integral: el PCMH es responsable de satisfacer la mayoría de las necesidades de atención de salud bucal de cada paciente, incluyendo la prevención, el bienestar y los cuidados intensivos. Tiene derecho a estar bien informado acerca de su diagnóstico, tratamiento y posibilidades de recuperación en palabras que pueda comprender. Esta información debe incluir el tratamiento específico, los riesgos médicos, los beneficios y los efectos secundarios.
- ❖ Consultorio médico dirigido por el proveedor: el PCP dirige un equipo de personas dentro de la organización que, como un equipo de atención, asumirán la responsabilidad de la atención continua de cada paciente. **Su equipo de atención incluye su PCP médico, asistente médico, LPN, consultor de salud conductual, coordinador de atención y un administrador de casos.** El equipo de atención apoyará al paciente en la autogestión de su salud y sus objetivos de atención médica.
- ❖ Consultorio dental dirigido por el proveedor: el PCP dirige un equipo de personas dentro de la organización que, como el equipo de atención, asumirán la responsabilidad de la atención continua de cada paciente. **Su equipo de atención incluye su PCP dental, higienista, asistente dental, asistente dental de funciones ampliadas, consultor de salud conductual y coordinador de atención.** El equipo de atención apoyará al paciente en el autocontrol de su salud bucal y sus objetivos de atención de salud bucal.
- ❖ Orientación integral para la persona: el PCP es responsable de satisfacer todas las necesidades de atención médica del paciente y asume la responsabilidad de coordinar adecuadamente la atención con otros profesionales calificados según sea necesario.
- ❖ Necesidades de salud conductual: el PCMH emplea o contrata consultores y psiquiatras de BH. Su PCP puede derivarlo a los servicios de salud conductual ya sea para el control de enfermedades crónicas o para los servicios de salud mental.
- ❖ La atención está coordinada: el PCMH coordina la atención en todas las áreas del sistema de atención médica, incluyendo la atención especializada, los hospitales, la atención médica domiciliaria y los servicios y apoyos comunitarios. Dicha 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 brinda servicios que son fáciles de obtener y con tiempos de espera más cortos para las necesidades urgentes, mejores horarios en persona y acceso telefónico las 24 horas a un miembro del equipo de atención. **El número de teléfono fuera del horario de atención es 660-851-7765**
- ❖ Calidad y seguridad: los PCMH se dedican a mejorar la calidad de la atención mediante el uso de medicina basada en evidencia y herramientas de toma de decisiones clínicas para ayudar a los proveedores, pacientes y familias a tomar decisiones. Los pacientes siempre tendrán derecho a rechazar el tratamiento recomendado en la medida permitida por la ley y a que se les informe qué les sucederá médicamente si esa es su elección. Exprese verbalmente o a través de carta, cualquier queja o recomendación relativa a nuestros servicios. Puede comunicar una querrela o queja formal por escrito en nuestro sitio principal en 821 Westwood, Sedalia, MO 65301, o llamando a nuestro sitio principal al 877-733-5824.
- ❖ Privacidad: tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todos sus registros relacionados con su tratamiento, excepto que lo exija la ley o el pago de terceros. Su registro médico y dental solo pueden leerlos las personas directamente involucradas o que supervisen su tratamiento, monitoreen la calidad de su tratamiento o estén autorizadas por ley o reglamento. Tiene derecho a acceder a la información contenida en su expediente médico, dentro de los límites de la ley y la política del centro. Consulte el Aviso de privacidad de KTCH para obtener información adicional sobre sus derechos de privacidad.

Responsabilidades del paciente

La atención que reciba depende parcialmente de que actúe de manera cooperativa con sus proveedores de atención médica, incluyendo la comunicación abierta y honesta, el seguimiento de los planes de tratamiento y el respeto de las normas de conducta del centro. Como paciente de Katy Trail Community Health, usted es responsable de:

1. Seguir todas las reglas del centro publicadas dentro y / o fuera del centro clínico. Respetar y considerar a otras personas, empleados, la propiedad de otros y la propiedad de Katy Trail Community Health.
2. Informar acerca de cualquier cambio respecto a lo siguiente:
Nombre, dirección, número o números de teléfono, información del seguro, ingresos y tamaño de la familia
3. Proporcionar información precisa y completa sobre los síntomas actuales, historial médico, hospitalizaciones, medicamentos, atención obtenida fuera del consultorio, información de autocuidado, directivas anticipadas y cualquier otro asunto relacionado con la atención.
4. Seguir las instrucciones que usted y su equipo de atención hayan acordado. Cumplir con los objetivos de autocontrol de su salud.
5. Hacer preguntas sobre su atención que quizás no comprenda o sobre las que no tenga preguntas, incluyendo los riesgos de los procedimientos, los resultados y los costos del tratamiento.
6. Saber qué medicamentos está tomando, por qué los toma y la forma adecuada de tomarlos de acuerdo con las instrucciones de su PCP.
7. Llamar a su farmacia para solicitar el resurtido 1 semana antes de que se le acabe su recípe médico. Si lo autoriza un proveedor de KTCH, su solicitud se completará en 72 horas hábiles.
8. Pagar facturas y tarifas con prontitud según lo definido en las políticas financieras.
9. Atender y supervisar a sus hijos mientras se encuentren en las instalaciones.
10. Cumplir con las citas programadas, llegar a tiempo a las citas programadas y llamar con al menos 4 horas de anticipación para cancelar cuando no pueda asistir a una cita programada. KTCH se reserva el derecho de cancelarles el servicio a los pacientes que no se presenten a las citas más de tres veces en un período de 12 meses.

MÉDICO: Los pacientes nuevos deben llegar 30 minutos antes de su cita. Notifíquenos al menos con 4 horas de anticipación acerca de las cancelaciones de citas. Después de faltar a cuatro citas médicas o de salud conductual en un año calendario, el paciente deberá programar todas las citas futuras a través del enfermero de triaje. Los pacientes pueden eliminarse de la lista después de escribir una carta indicando qué medidas tomarán para garantizar que no falten a sus citas futuras.

DENTAL: Los pacientes nuevos deben llegar 30 minutos antes de su cita. Si llega más de **10 minutos tarde a su cita dental**, su cita se reprogramará. Notifíquenos al menos con 24 horas de antelación acerca de las cancelaciones de citas. Después de faltar a dos citas dentales, el paciente deberá cumplir con uno de los siguientes criterios: esperar seis (6) meses para programar una cita, escribirle una carta al proveedor solicitando el privilegio de ser atendido nuevamente o reunirse con un coordinador de atención para discutir los impedimentos su atención.

He leído y comprendo los **derechos y responsabilidades del paciente de Katy Trail Community Health** y se me dio la oportunidad de obtener una copia para mis registros personales.

Firma del Paciente o Responsable

Fecha

Para brindarle el más alto nivel de atención, le solicitamos que complete lo siguiente **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR y/u OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL** e identificar todas las demás organizaciones/proveedores donde haya recibido atención durante los últimos 2 años.

O

Si desea que compartamos sus registros con otra organización/proveedor, por favor complete el formulario con su información.

Si es necesario, solicite formularios adicionales en la recepción.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR y/u OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL
(AUTHORIZATION TO DISCLOSE and/or OBTAIN PERSONAL HEALTH INFORMATION)

Centralized Medical Records

821 Westwood Drive, Sedalia, Missouri 65301

Phone: 877-733-5824, extension 1171

Fax: 866-208-0157

Email: medrecord@katyhealth.org

Nombre completo del paciente: _____
(Patient's Name)

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de seguro social:** (SSN) _____
(Date of Birth)

Nro. de teléfono: _____
(Phone Number)

Autorizo a Katy Trail Community Health a (marque uno): (I authorize Katy Trail Community Health to (check one))

Publicar los registros para (Release Records TO) **Obtener los registros de** (Enviar registros electrónicamente por correo electrónico, fax o CD o memoria USB) (Obtain Records FROM (Please send records in electronic format via email, fax or CD/Flash Drive))

Nombre o Instalación: _____
(Name/Facility)

Dirección: _____
(Address)

Número de teléfono: _____ **Número de fax:** _____
(Phone Number) (Fax Number)

La siguiente información es para el tratamiento recibido de parte de: (The following information is for treatment received from) _____ **fecha de inicio** (Begin Date) _____ **para** (to) _____ **fecha final** (End Date) _____

Esta autorización se aplica a los siguientes servicios (marque todos los que correspondan): (This authorization applies to the below services (Check all that apply))

Médico (Medical) Dental Salud mental (incluye psiquiatría y salud conductual) (Mental Health (includes Psychiatry and Behavioral Health))

Información que se divulgará: específicamente de las fechas de tratamiento y el servicio marcados anteriormente (marque todo lo que corresponda) (Information to be released - specific to treatment dates & service checked above (Check all that apply):

Notas de visita (últimos dos años) (Visit Notes (last two years))

Resultados de pruebas de laboratorio y diagnóstico (últimos dos años) (Laboratory/Diagnostic Test results (last two years))

Registros de inmunización (vacunas) (Immunization (shot) records)

Registros de facturación (Billing Records)

Portada - Resumen de sus diagnósticos, medicamentos e información de contacto (Face Sheet - Summary with yours diagnoses, medications & contact information)

Registros específicos relacionados con: (Specific records pertaining to) _____

Propósito o Motivo de la divulgación (marque todo lo que corresponda): (Purpose/Reason for disclosure (Check all that apply):

Continuación de la atención (Continuation of Care) Records personales (Personal Records) Motivos del Seguro (Insurance Reasons) Motivos legales (Legal Reasons)

Entiendo que mi información médica, dental, de salud mental y de facturación puede incluir información en referencia al abuso de drogas y / o alcohol, CFR 42 Parte 2, tratamiento psiquiátrico, enfermedades de transmisión sexual, pruebas o tratamiento de hepatitis C o hepatitis B y / o pruebas y / o tratamiento de VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y / u otra información confidencial. Al firmar a continuación, acepto su divulgación; de lo contrario, al poner mis iniciales y calificar esta cláusula aquí rechazo la divulgación de estos registros especialmente protegidos: _____ (I understand that my medical, dental, mental health and billing information may include information in reference to drug and/or alcohol abuse, CFR 42 Part 2, psychiatric treatment, sexually transmitted disease, Hepatitis C or Hepatitis B testing or treatment and/or HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome) testing and/or treatment, and/or other sensitive information. By signing below, I agree to its release, otherwise by initialing and qualifying this clause here I reject the release of these specially protected records:)

Proceso de Revocación: Entiendo que puedo, al enviar mi solicitud por escrito a Katy Trail Community Health, revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no especifico la fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma. (Revocation Process: I understand that I may, by placing my request in writing to Katy Trail Community Health, revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____. If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire one year from the date of signature.)

Volver a divulgar: Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud protegida es algo voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que es posible que la información no esté protegida por los estándares federales de privacidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Katy Trail Community Health. (Redisclosure: I understand that authorizing the disclosure of this protected health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form to assure treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for unauthorized redisclosure, and information may not be protected by federal privacy standards. If I have questions about disclosure of my protected health information, I can contact the Privacy Officer for Katy Trail Community Health.)

Prohibición de volver a divulgar: Excepto lo dispuesto en la Ley Federal 45 CFR 164.524, esta información se ha divulgado a partir de los registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal 42 CFR Parte 2. El destinatario de esta información tiene prohibido realizar más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. (Prohibition of Redisclosure: Except as provided under Federal Law 45 CFR 164.524, this information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal Law 42 CFR Part 2. The recipient of this information is prohibited from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.)

Copia del comunicado: Si desea una copia de este comunicado, escriba sus iniciales aquí: _____
(Copy of Release: If you would like a copy of this release, initial here)

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
(Patient's Signature) (Date)

Firma del padre, tutor legal o representante legal: _____ **Fecha:** _____
(Parent or Legal Guardian/Representative Signature) (Date)

Nombre impreso del padre, tutor legal o representante legal: _____
(Parent or Legal Guardian/Representative Printed Name)

Relación con el paciente: (Relationship to Patient) Padre (Parent) Tutor legal (Legal Guardian) Representante legal (Legal Representative)

Office Use Only: Records released by: _____ Date Completed: _____