



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
SERVICIOS MÉDICOS

Paquete de registro del paciente

Bienvenido a Kodiak Area Native Association

Gracias por elegir a KANA para sus necesidades de atención médica y servicio social. Ofrecemos atención centrada en el paciente a las comunidades de Kodiak Island como parte de nuestra creencia de que personas saludables viven en comunidades sanas.

Nuestras clínicas ofrecen atención médica a pacientes ambulatorios para aumentar la facilidad de acceso y ofrecer costos de atención más bajos a nuestras comunidades. Los servicios de salud se ofrecen a través de equipos de atención integrados para que los pacientes puedan elegir sus propios proveedores, quienes trabajan de cerca con un equipo de personal asignado, que incluye enfermeros, administradores de casos, consultores de salud dental y conductual, personal del centro de bienestar, ILP (programa de aprendizaje infantil), WIC (mujeres, bebés y niños) y otros, para asegurar que se satisfagan las necesidades de nuestros pacientes.

Para ofrecerle un mejor servicio, le pedimos que se registre antes de su primera cita y que traiga con usted la siguiente información:

- Identificación estatal o licencia de conducir
- Certificado de sangre indígena (si corresponde)
- Tarjeta de inscripción tribal reconocida a nivel federal (si corresponde)
- Tarjetas del seguro
- Certificado de nacimiento
- DD214 para inscripción en la Administración de Veteranos (si corresponde)
- Expediente médico (opcional)

Devuelva las solicitudes llenas; en persona, por correo o por correo electrónico a registration@kodiakhealthcare.org Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro personal de registro llamando al 907-486-9800.

Nuestra misión es *“Eleva la calidad de vida de las personas a quienes atendemos”*.



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Paciente nuevo Actualización | Veterano: Sí No

Sección 1: Información del paciente

Apellido		Nombre		Iniciales del segundo	Sufijo
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro*		<i>*Si seleccionó Otro, vea la parte de atrás de esta hoja para ver las opciones.</i>		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Etnia <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No puede proporcionar información <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No hispano ni latino			Raza <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Originario de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular		Teléfono preferido		
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero; <input type="checkbox"/> Casado; <input type="checkbox"/> Divorciado; <input type="checkbox"/> Viudo; <input type="checkbox"/> Separado				Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vivienda pública <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma(s)				¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Servicio militar activo; <input type="checkbox"/> Rechazado; <input type="checkbox"/> Discapacitado; <input type="checkbox"/> A tiempo completo; <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad; <input type="checkbox"/> Tiempo parcial; <input type="checkbox"/> Asignación de la Reserva Nacional; <input type="checkbox"/> Jubilado - Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Trabajador independiente; <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo; <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo; <input type="checkbox"/> Desempleado; <input type="checkbox"/> No sabe					
Nombre del empleador	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Ingresos familiares <input type="checkbox"/> Mensuales _____ o; <input type="checkbox"/> Anuales _____			Total del grupo familiar	
Nombre del contacto de emergencia	Número del contacto de emergencia		Relación con el contacto de emergencia		

Sección 2: Garante/tutor legal

Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Paciente (omitir); <input type="checkbox"/> Cónyuge; <input type="checkbox"/> Padre; <input type="checkbox"/> Hijo; <input type="checkbox"/> Otro:					
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	

Sección 3: Seguro primario y secundario

Nombre de la compañía aseguradora	Número de grupo	Número de identificación del suscriptor
Nombre completo del suscriptor		Copago
Nombre de la compañía aseguradora	Número de grupo	Número de identificación del suscriptor
Nombre completo del suscriptor		Copago



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
SERVICIOS MÉDICOS

Sección 4: OPCIONAL

NO es obligatorio que proporcione esta información. Sin embargo, debido a que KANA recibe financiamiento federal, estamos obligados a hacer estas preguntas y reportar el NÚMERO TOTAL de respuestas voluntarias que recibimos para cada categoría o pregunta. En estos informes no incluimos su respuesta individual ni ninguna otra información que le identifique.

Si se siente cómodo proporcionando esta información, agradeceremos sus respuestas confidenciales, pues esto le ayuda a KANA a cumplir con sus obligaciones federales de elaboración de informes. Gracias.

Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino/masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino/femenino a masculino <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No aplica	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual (gay/lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No aplica
---	---



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION SERVICIOS MÉDICOS

Sección 5: Reconocimiento

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN

Doy mi consentimiento al plan de atención propuesto por los proveedores en esta clínica. Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tenemos derecho a decidir si aceptamos o rechazamos este plan de atención. Solicitaré cualquier información que desee acerca de mi atención médica y comunicará mis deseos. Entiendo que KANA participa en la capacitación de médicos y otros proveedores de atención médica y se le informará cuando aprendices participen en los servicios de atención médica que reciba.

NOTIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN PARA EL PAGO

Entiendo que KANA divulgará los diagnósticos y la información pertinente en la medida requerida para asegurar el pago de las compañías aseguradoras y cualquier tercero pagador responsable. Entiendo que esta divulgación, a menos que yo la limite expresamente por escrito, se extiende a todos los aspectos de tratamiento, incluyendo la salud médica, dental y conductual.

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que cualquier copago aplicable, el descuento de una tarifa variable y los cargos de pronto pago deben pagarse al momento de recibir el servicio, incluyendo los cargos por los servicios no cubiertos por IHS, si soy un beneficiario elegible. Yo asigno el pago de mi compañía aseguradora directamente a KANA. Entiendo que tengo una responsabilidad financiera con KANA por los cargos que no pague la compañía aseguradora y que el pago de dichos cargos debe realizarse dentro de los siguientes 30 días después de ser facturados. Entiendo que además de la factura de mi proveedor, es posible que reciba factura aparte de un laboratorio, de radiología o de otros servicios especializados.

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Entiendo que KANA ofrece un programa de descuento de tarifa variable para las personas elegibles. Las categorías de descuento me fueron explicadas y me parece que las tarifas son razonables. Se me dio la oportunidad de presentar una solicitud para este programa.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco y estoy de acuerdo en que leí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Kana que tuve disponible. Reconozco que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

POLÍTICA DE LA SALA DE EMERGENCIAS DE KANA

Reconozco que recibí o me ofrecieron una copia de la Política del Uso de la Sala de Emergencias de KANA.

He leído lo anterior y coloqué mis iniciales en señal de consentimiento y responsabilidad financiera por los servicios en KANA. Si tengo alguna pregunta acerca de mi visita o cualquier responsabilidad financiera, me comunicaré con el personal de registro de KANA antes de mi cita.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del padre/tutor legal: _____

Office Use Only

Staff Initials _____

Patient MRN _____

Date Entered into EHR _____

Patient refused to sign

Communication barriers prohibited obtaining acknowledgement

An emergency situation prevented obtaining acknowledgement

Other: _____