



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYO NG KALUSUGAN

Pakete sa Pagpapatala ng Pasyente

Maligayang pagdating sa Kodiak Area Native Association

Salamat sa pagpili sa KANA para sa iyong mga pangangailangang pangangalaga ng kalusugan at panlipunang serbisyo. Naghahatid kami ng pangangalagang nakasentro sa pasyente sa mga komunidad ng Kodiak Island bilang bahagi ng aming paniniwala na ang malulusog na tao ay naninirahan sa malulusog na komunidad.

Nagbibigay ang aming mga klinika ng pangangalaga ng kalusugan sa outpatient na kaayusan upang madagdagan ang pagiging naa-access at pagiging mura ng pangangalaga sa aming mga komunidad. Inihahatid ang mga serbisyong pangkalusugan sa pamamagitan ng binuong mga pangkat ng pangangalaga upang ang mga pasyente ay makapili ng kanilang sariling mga Provider, na lubos na nakikipagtulungan sa itinalagang pangkat ng tauhan, kabilang ang mga nars, tagapamahala ng kaso, dental, tagapayo sa kalusugan ng pag-uugali, kawani ng sentro ng kalusugan (wellness center), ILP, WIC at marami pa, upang matiyak na natutugunan ang mga pangangailangan ng aming mga pasyente.

Upang mapaglingkuran ka nang pinakamahusay, hinihiling naming magpatala ka nang maaga sa iyong unang appointment at magdala ng mga sumusunod na impormasyon:

- ID ng Estado o Lisensya sa Pagmamaneho
- Katunayan ng Pagiging Indian Blood (kung naaangkop)
- Federally Recognized Tribal Enrollment Card (kung naaangkop)
- (Mga) Insurance Card
- Katunayan ng Kapanganakan
- DD214 para magpatala sa Veterans Administration (kung naaangkop)
- Medikal na Talaan (opsyonal)

Ibalik ang mga kumpletong aplikasyon; nang personal, sa pamamagitan ng koreo, o mag-email sa registration@kodiakhealthcare.org Para sa karagdagang tulong, tawagan ang aming tauhan sa pagpapatala sa 907-486-9800.

Ang aming misyon ay *“Itaas ang Kalidad ng Buhay ng mga Taong Aming Pinaglilingkuran.”*

3449 REZANOF DRIVE EAST KODIAK, AK 99615 | (907) 486-9800 | WWW.KODIAKHEALTHCARE.ORG

RESPETO

PAKIKIBAHAG

PAG-AALAGA

DANGAL

KAGANDAHANG
LOOB



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYO NG KALUSUGAN

Bagong Pasyente Update | Beterano: Oo Hindi

Seksyon 1: Impormasyon ng Pasyente

Apelyido		Pangalan		Gitnang Inisyal	Hulapi
Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa* <i>*Kung pinili mo ang iba pa tingnan ang kabilang bahagi para sa mga karagdagang pagpipilian.</i>			Numero ng Social Security		Petsa ng Kapanganakan
Pagiging Katutubo <input type="checkbox"/> Piniling hindi ipaalam <input type="checkbox"/> Hindi Kayang Magbigay ng Impormasyon <input type="checkbox"/> Hispanic o Latino <input type="checkbox"/> Hindi alam <input type="checkbox"/> Hindi Hispanic o Latino			Lahi <input type="checkbox"/> American Indian o Katutubo ng Alaska <input type="checkbox"/> Asyano <input type="checkbox"/> Native Hawaiian o Katutubong Isla <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Itim o African American <input type="checkbox"/> Puti		
Tirahan		Lungsod		Estado	Zip Code
Telepono sa Bahay	Cell Phone		Ginustong Telepono		
Katayuang Sibil <input type="checkbox"/> Walang asawa; <input type="checkbox"/> Kasal; <input type="checkbox"/> Diborsiyado; <input type="checkbox"/> Byudo; <input type="checkbox"/> Hiwalay				Walang Tahanan <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Pampublikong Tahanan <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
(Mga) Wika				Kailangan ng Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Katayuan ng Trabaho <input type="checkbox"/> Aktibo sa Tungkuling Militar; <input type="checkbox"/> Tinanggihan; <input type="checkbox"/> May Kapansanan; <input type="checkbox"/> Regular; <input type="checkbox"/> Anak na Wala pa sa Hustong Gulang; <input type="checkbox"/> Hindi Permanente; <input type="checkbox"/> Nakareserbang Pambansang Pagtatalaga; <input type="checkbox"/> Retirado – Petsa: _____ <input type="checkbox"/> May Sariling Trabaho; <input type="checkbox"/> Regular na Mag-aaral; <input type="checkbox"/> Hindi Permanenteng Mag-aaral; <input type="checkbox"/> Walang Trabaho; <input type="checkbox"/> Hindi alam					
Pangalan ng Empleyado		Address ng Kalye		Lungsod	Estado
Numero ng Telepono		<input type="checkbox"/> Buwanan _____ O;		Kabuuan ng Sambahayan	
<input type="checkbox"/> Taunang Kita ng Sambahayan					
Pangalan ng Kontak sa Oras ng Emergency		Numero ng Kontak sa Oras ng Emergency		Relasyon sa Kontak sa Oras ng Emergency	

Seksyon 2: Tagapanagot/Legal na Tagapag-alaga

Relasyon sa pasyente <input type="checkbox"/> Sarili (iwan); <input type="checkbox"/> Asawa; <input type="checkbox"/> Magulang; <input type="checkbox"/> Anak; <input type="checkbox"/> Iba pa:					
Apelyido		Pangalan		Petsa ng Kapanganakan	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae
Tirahan			Lungsod	Estado	Zip Code
Telepono					

Seksyon 3: Pangunahin at Sekundaryong Insurance

Pangalan ng Kumpanya ng Insurance		Numero ng Grupo		Numero ng ID ng Subscriber	
Buong Pangalan ng Subscriber				Co-Payment	
Pangalan ng Kumpanya ng Insurance		Numero ng Grupo		Numero ng ID ng Subscriber	
Buong Pangalan ng Subscriber				Co-Payment	



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
MGA SERBISYO NG KALUSUGAN

Seksyon 4: OPSYONAL

HINDI mo kailangang magbigay ng impormasyong ito. Gayunman, dahil tumatanggap ang KANA ng pederal na pondo, inaatasan tayong itanong ang mga katanungang ito at iulat ang KABUUANG BILANG ng tumanggap ng mga boluntaryong kasagutan para sa bawat kategorya o tanong. Hindi namin isasama ang iyong indibidwal na tugon o iba pang impormasyon ng pagkakakilanlan sa mga ulat na ito. Kung nalulugod kang ibigay ang impormasyong ito, pinapahalagahan namin ang iyong kumpidensyal na mga kasagutan, dahil tumutulong ito sa KANA na matugunan ang kanyang pederal na mga obligasyon ng pag-uulat. Salamat.

Pagkakakilanlan ng Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Transgender na Babae/Lalaki-naging-Babae <input type="checkbox"/> Transgender na Lalaki/Babae-naging-Lalaki <input type="checkbox"/> Nalilito sa Kasarian <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Piniling hindi ibunyag <input type="checkbox"/> Hindi naaangkop	Sekswal na Oryentasyon <input type="checkbox"/> Heterosexual (Matuwid) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay/Lesbian) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Hindi alam <input type="checkbox"/> Iba pa <input type="checkbox"/> Piniling hindi ibunyag <input type="checkbox"/> Hindi naaangkop
---	--



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
MGA SERBISYO NG KALUSUGAN

Seksyon 5: Pagkilala

CONSENT TO CARE (PAHINTULOT SA PANGANGALAGA)

Sumasang-ayon ako sa plano ng pangangalaga na iminungkahi ng mga provider sa klinikang ito. Nauunawaan ko na ako, o ang aking awtorisadong kinatawan, ay may karapatan na magpasiya kung tatanggapin o tatanggihan ang planong ito ng pag-aalaga. Magtatanong ako ng anumang impormasyon na nais kong magkaroon tungkol sa aking pangangalaga ng kalusugan at ipapaalam ang aking mga kagustuhan. Nauunawaan ko na lumalahok ang KANA sa pagsasanay ng mga doktor at iba pang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan at pasasabihan kapag ang mga nagsasanay ay nakikilahok sa pangangalaga sa akin.

NOTIFICATION OF RELEASE FOR PAYMENT (ABISO NG PAGLABAS PARA SA PAGBABAYAD)

Nauunawaan ko na ipapaalam ng KANA ang anumang pag-diagnose at may kinalamang impormasyon sa lawak na kinakailangan upang matiyak ang pagbayad mula sa mga kumpanya ng insurance at alinmang may pananagutan na ikatlong partido na magbabayad. Nauunawaan ko na ang pagbubunyag na ito, maliban kung hayagang nilimitahan ko sa panulat, ay palalawigin sa lahat ng aspeto ng paggamot kabilang ang medikal, dental at kalusugan ng pag-uugali.

Financial Agreement (KASUNDUANG PINANSYAL)

Nauunawaan ko na ang anumang angkop na mga co-payment, diskuwento sa isinaayos na bayarin at mga singil sa maagang pagbabayad ay dapat bayaran sa panahon ng serbisyo, kabilang ang mga bayarin para sa mga serbisyong hindi saklaw ng IHS, kung ako ay karapat-dapat na benepisyaryo. Itinatalaga ko nang direkta ang kabayaran mula sa aking insurance patungo sa KANA. Nauunawaan ko na ako ay may pananagutang pinansyal sa KANA para sa mga singil na hindi binayaran ng insurance at ang kabayaran para sa mga singiling iyon ay dapat kong bayaran sa loob ng 30 araw mula nang mag-invoice. Nauunawaan ko na bilang karagdagan sa bayarin mula sa aking provider, maaari akong makatanggap ng hiwalay na bayarin mula sa laboratoryo, radiology at iba pang espesyal na serbisyo.

SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM (PROGRAMA NG DISKUWENTO NG ISINAAYOS NA BAYARIN)

Nauunawaan ko na nag-aalok ang KANA ng programang diskuwento sa isinaayos na bayarin para sa mga karapat-dapat na indibidwal. Ipinaliwanag ang mga kategorya ng diskuwento sa akin at naniniwala ako na ang mga bayarin ay makatwiran. Binigyan ako ng pagkakataong mag-apply para sa programang ito.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (ABISO NG MGA PRIBADONG KASANAYAN)

Kinikilala at sumasang-ayon ako na nasuri ko ang kopya ng Abiso ng mga Pribadong Kasanayan ng KANA na ibinigay sa akin. Kinikilala ko na maaari akong humingi ng kopya ng abisong ito anumang oras.

KANA EMERGENCY ROOM POLICY (PATAKARAN NG SILID NA PANG-EMERGENCY NG KANA)

Kinikilala ko na nakatanggap ako o inalok ng isang kopya ng Patakaran sa Paggamit ng Silid na Pang-emergency ng KANA.

Nabasa ko ang nasa itaas at lumagda ng aking pahintulot at pananagutang pinansyal para sa mga serbisyo sa KANA. Kung may katanungan ako tungkol sa aking pagbisita o sa anumang pinansyal na pananagutan, makikipag-ugnayan ako sa pagpapatala ng KANA bago sa aking appointment.

Petsa: _____

Lagda ng Pasyente: _____

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga: _____

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 acknowledgment

Other: _____