



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
SERVICIOS DE SALUD

Paquete de registro del paciente

Bienvenido a Kodiak Area Native Association (KANA)

Gracias por elegir a KANA para cubrir sus necesidades de atención médica y sus necesidades de servicios sociales. Ofrecemos atención focalizada en el paciente a las comunidades de la isla de Kodiak, ya que creemos que las personas sanas viven en comunidades saludables.

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 prestan a través de equipos de atención médica integrada, que incluyen a su proveedor, al personal de enfermería, a los administradores de casos y a los consultores de salud conductual. Su equipo de atención médica integrada trabajará en estrecha colaboración con proveedores de atención dental y proveedores de salud conductual para garantizar que se cubran todas sus necesidades de atención médica y de bienestar.

REQUISITOS PARA EL REGISTRO

Para ofrecerle un mejor servicio, le pedimos que se registre antes de la primera cita. Los paquetes de registro pueden retirarse en cualquier centro de KANA y también están disponibles en Internet. Los paquetes de registro completos pueden entregarse en persona, enviarse por correo postal o enviarse por correo electrónico a registration@kodiakhealthcare.org. Si no puede completar el paquete de registro antes de la primera cita, le pedimos que se presente 15 minutos antes del horario de la cita programada.

Tenga a mano una copia de los siguientes documentos:

- Identificación estatal o licencia de conducir
- Tarjetas del seguro
- DD214 para la inscripción en la Administración de Veteranos (si corresponde)
- Expediente médico (opcional)

Si necesita más ayuda o tiene alguna otra pregunta, comuníquese con nuestro personal de registro llamando al 907-486-9870.

Nuestra misión es *“Mejorar la calidad de vida de las personas que atendemos”*.



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS DE SALUD

Paciente nuevo Actualización del MRN (N.º de expediente médico):

Sección 1: Datos demográficos del paciente

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Sufijo
Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (SSN)			Fecha de nacimiento
Etnia <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		Raza (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico			
Dirección postal			Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular		Teléfono celular		Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado			Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Persona sin vivienda: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vivienda pública: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico:					

Sección 2: Empleo

Situación laboral
 Servicio militar activo Discapacitado A tiempo completo A tiempo parcial Hijo menor de edad Reservas de la Guardia Nacional
 Trabajador autónomo Estudiante Desempleado Se desconoce Se niega a responder Jubilado – Fecha: _____

Sección 3: Ingresos familiares

Al dar información sobre los ingresos familiares, usted le permitirá a KANA que lo evalúe para obtener fuentes alternativas de financiamiento que puedan ayudarlo con los costos relacionados con la atención médica, y también nos ayudará a cumplir los requisitos de financiamiento federales. Marque con un círculo la cantidad de personas que viven en su casa y el intervalo de ingresos familiares en la misma línea donde marcó el tamaño del grupo familiar.

*Los miembros del grupo familiar incluyen al paciente, al cónyuge, a la pareja de hecho registrada, a los padres y a los hijos.

*Los ingresos anuales incluyen lo que ganan en total por año todas las personas que conforman el grupo familiar.

Tamaño del grupo familiar	Menos de	Entre	Entre	Entre	Más de
1	\$15,600	\$15,601-\$23,400	\$23,401-\$27,300	\$27,301-\$31,200	\$31,201
2	\$21,130	\$21,131-\$31,695	\$31,696-\$36,978	\$36,979-\$42,260	\$42,261
3	\$26,660	\$26,661-\$39,990	\$39,991-\$46,655	\$46,656-\$53,320	\$53,320
4	\$32,190	\$32,191-\$48,285	\$48,286-\$56,333	\$56,334-\$64,380	\$64,381
5	\$37,720	\$37,721-\$56,580	\$56,581-\$66,010	\$66,011-\$75,440	\$75,441
6	\$43,250	\$43,251-\$64,875	\$64,876-\$75,688	\$75,689-\$86,500	\$86,501
7	\$48,780	\$48,781-\$73,170	\$73,171-\$85,365	\$85,366-\$97,560	\$97,561
8	\$54,310	\$54,311-\$81,465	\$81,466-\$95,043	\$95,044-\$108,620	\$108,621

Elijo **NO** dar información sobre los ingresos familiares.

Sección 4: Contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia	Número del contacto de emergencia	Relación con el contacto de emergencia
--	--	---

Sección 5: Parte con responsabilidad financiera

¿Quién está a cargo de pagar los servicios? Paciente (omitir) Padre/madre (si el paciente es menor de 18 años) Otro, especifique:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Seguro Social
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Sección 6: Seguro médico

Seguro médico primario	Número de grupo	Número de identificación del miembro	
Nombre completo del afiliado (si no es el paciente)	Fecha de nacimiento del afiliado	SSN del afiliado	Copago
Seguro médico secundario	Número de grupo	Número de identificación del afiliado	
Nombre completo del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado	SSN del afiliado	Copago

Sección 7: Seguro dental

Seguro dental primario	Número de grupo	Número de identificación del miembro	
Nombre completo del afiliado (si no es el paciente)	Fecha de nacimiento del afiliado	SSN del afiliado	Copago
Seguro dental secundario	Número de grupo	Número de identificación del afiliado	
Nombre completo del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado	SSN del afiliado	Copago

Sección 8: Programa de descuento de tarifa variable

KANA ofrece un programa de descuento de tarifa variable para personas y familias sin seguro o con cobertura insuficiente. Este programa incluye tarifas planas para ciertos servicios (médicos, dentales, de salud conductual), que se determinan según la capacidad de pago de la persona. Usted puede pedir que le entreguen una copia de las tarifas planas del programa de descuento de tarifa variable.

Marque aquí si le interesa obtener más información o completar una solicitud.

Marque aquí si NO le interesa el programa de descuento de tarifa variable.

Sección 9: Información adicional

La siguiente información **NO** representa un requisito para recibir atención en KANA. Si no desea dar esta información, seleccione la opción **SE NIEGA A RESPONDER**. Sin embargo, debido a que KANA recibe financiamiento federal, estamos obligados a hacerles estas preguntas a las personas mayores de 18 años, así como también a ofrecerles a los pacientes de todas las edades la oportunidad de responder.

Identidad de género (cómo se percibe una persona en cuanto a su género o sexo)

- Se niega a responder
 Hombre
 Mujer
 Transgénero mujer (de hombre a mujer)
 Transgénero hombre (de mujer a hombre)
 Otro

Orientación sexual (cómo una persona describe su atracción emocional y sexual por otras personas)

- Se niega a responder
 Heterosexual
 Gay/lesbiana (homosexual)
 Bisexual
 Otra
 No sabe

Sección 10: Permiso para revelar información del paciente (para mayores de 18 años)

No le daremos su información a otra persona que no sea usted, excepto a aquellas que figuran abajo y que usted valida con su firma. Esta revelación de información no incluye las solicitudes de expedientes de otros consultorios médicos o para estos, ni las solicitudes de compañías aseguradoras o de otros organismos externos. Para estos propósitos, se requieren formularios adicionales de consentimiento para revelar información.

Por el presente, autorizo a KANA a revelar la siguiente información a las personas que figuran abajo. Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hablar sobre citas y derivaciones a especialistas. | <input type="checkbox"/> Recoger o hablar sobre los resultados de las pruebas. |
| <input type="checkbox"/> Verificar o modificar mis citas. | <input type="checkbox"/> Hablar sobre el tratamiento dental. |
| <input type="checkbox"/> Hablar sobre recetas o medicamentos. | <input type="checkbox"/> Hablar sobre información de facturación y pago. |

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

O BIEN, no autorizo que se revele información sobre mi persona:

Firma del paciente/tutor legal: _____



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS DE SALUD

Sección 11: Acuses de recibo

Revise la siguiente información y ponga sus iniciales para acusar recibo:

_____ **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA**

Doy mi consentimiento para recibir el plan de atención médica 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 médica. Solicitaré cualquier información que desee sobre mi atención médica y expresaré mis deseos. Entiendo que KANA participa en la capacitación de médicos y otros proveedores de atención médica y que se me informará cuando participen aprendices en los servicios de atención médica que reciba.

_____ **NOTIFICACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PARA EL PAGO**

Entiendo que KANA revelará los diagnósticos y la información que sea pertinente en la medida requerida para garantizar el pago de las compañías aseguradoras y de cualquier tercero responsable de los pagos. Entiendo que esta revelación de información, a menos que yo la limite expresamente por escrito, se extiende a todos los aspectos del tratamiento, incluida la salud médica, dental y conductual.

_____ **ACUERDO FINANCIERO**

Entiendo que los copagos aplicables, los precios con descuentos de tarifa variable y otros cargos relacionados deben pagarse al momento de recibir el servicio. 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 hacerse en el plazo de 30 días después de recibir la factura. Entiendo que, además de la factura de mi proveedor, es posible que reciba facturas separadas de los servicios de laboratorio, 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. Se me explicaron las categorías de descuento y considero que las tarifas son razonables. Me dieron la oportunidad de presentar una solicitud para este programa.

_____ **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me ofrecieron y que revisé el Aviso de prácticas de privacidad de KANA. Entiendo que puedo pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

He leído lo mencionado arriba y he puesto mis iniciales en señal de consentimiento y responsabilidad financiera por los servicios recibidos en KANA. Si tuviera alguna pregunta sobre mi consulta o sobre cualquier responsabilidad financiera, me comunicaré con KANA para que me la respondan.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del padre/madre/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: _____



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
SERVICIOS DE SALUD

Formulario de antecedentes para pacientes nuevos

Complete la siguiente información hasta donde usted sepa. Toda la información será confidencial.

Nombre completo del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha de hoy:** _____

Motivo de la consulta de hoy:

Internaciones/cirugías/enfermedades graves/eventos traumáticos anteriores, con las fechas correspondientes:

Antecedentes médicos personales: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> COPD/Enfisema | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (PE) |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes | Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> Trastornos sensoriales |
| <input type="checkbox"/> Arritmia (latidos irregulares) | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de articulación | <input type="checkbox"/> DVT (coágulo de sangre) | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo ácido) | <input type="checkbox"/> Degeneración macular | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Bipolaridad | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/incontinencia | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio (MI) | <input type="checkbox"/> Marcapasos | |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hernia de hiato | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | |

Colonoscopia Fecha: _____ Normal/anormal

Mamografía Fecha: _____ Normal/anormal

Dexa (densidad ósea) Fecha: _____ Normal/anormal

Papanicolaou Fecha: _____ Normal/anormal

Incluya cualquier enfermedad presente en su familia (padres, hermanos, abuelos)

¿Tiene alergias a algún medicamento? Si la respuesta es afirmativa, inclúyalos.

¿Qué medicamentos con receta toma? (Bisfosfonatos [bisphosphonates], nitroglicerina [nitroglycerin], etc.)

¿Qué otros medicamentos toma? (Inhaladores, vitaminas, hierbas medicinales, suplementos, medicamentos de venta libre)

Información adicional

- ¿Consume tabaco o usa cigarrillos electrónicos? Sí No ¿De qué tipo? _____
¿Bebe alcohol? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Consume marihuana? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____
¿Alguna vez consumió otras drogas (es decir, medicamentos sin receta, opioides, metanfetaminas, heroína, etc.)? Sí No ¿De qué tipo? _____
¿Cuántas veces por día? _____
¿Qué cantidad? _____
¿Qué cantidad? _____
¿Qué cantidad por día? _____

Cuéntenos su rutina de ejercicios o de actividad física:

- Sexo**
 Se niega a responder Hombre Mujer Mujer transgénero (de hombre a mujer) Hombre transgénero (de mujer a hombre) Otro

- Orientación sexual**
 Se niega a responder Heterosexual (Straight) Homosexual (gay/lesbiana) Bisexual No sabe Otra

Nivel de educación: Primaria Secundaria Técnica Universitaria Graduado/Profesional

¿Tiene problemas de la vista que afecten su comunicación? Sí No

¿Tiene problemas auditivos que afecten su comunicación? Sí No

¿Tiene limitaciones para comprender o seguir instrucciones (escritas o verbales)? Sí No

Situación actual de vivienda (Marque todas las opciones que correspondan):

- Vivienda unifamiliar Vivienda multigeneracional Sin vivienda Albergue Centro especializado de enfermería Otro: _____

Síntomas médicos recientes: (Marque todas las opciones que correspondan)

Síntomas generales

- Sin problemas de peso/ fiebre/ fatiga
 Cambio reciente en el peso: _____
 Fiebre
 Fatiga/falta de energía

Ojos

- Sin problemas oculares
 Lesión o enfermedad ocular
 Usa anteojos
 Usa lentes de contacto
 Visión borrosa

Oídos/nariz/garganta/boca

- Sin problemas de oídos/nariz/garganta/boca
 Pérdida de la audición
 Dolor de oído
 Presión sinusal
 Sangrado nasal/de las encías
 Ronquidos
 Dolor de mandíbula/boca/dientes
Nivel de dolor (1-10): _____

Pulmones/respiración

- Sin problemas de pulmones/respiración
 Tos
 Dificultad para respirar
 Sibilancia/asma
 Tos con sangre

Corazón/circulación

- Sin problemas cardíacos
 Dolor o molestia en el pecho
 Dificultad para respirar
 Aturdimiento/desmayos
 Latidos acelerados (palpitaciones)

Estómago/digestión

- Sin problemas de estómago/digestión
 Náuseas o vómitos
 Dolor abdominal
 Cambio en los hábitos intestinales
 Estreñimiento
 Heces blandas o diarrea
 Heces con sangre
 Acidez estomacal

Huesos/músculos/articulaciones

- Sin problemas de huesos/músculos/articulaciones
 Dolores musculares
 Dolor de las articulaciones
 Hinchazón de las articulaciones
 Dificultad para caminar
 Osteoporosis

Fecha de la gammagrafía ósea: _____

Cerebro/emociones/nervios

- Sin problemas cerebrales/emocionales/nerviosos
 Dolores de cabeza
 Temblores
 Entumecimiento u hormigueo
 Depresión
 Ansiedad/nerviosismo
 Maltrato o abuso/abandono
 Problemas para dormir
 Pérdida del equilibrio
 Pérdida de la memoria
 Mareos o aturdimiento

Orina/actividad sexual

- Sin problemas con la orina o la actividad sexual
 Dolor al orinar
 Sangre en la orina
 Cambio en la orina
 Incontinencia
 Dificultades sexuales

Hombre

- Sin problemas en los testículos
 Dolor en los testículos
 Orina por la noche

Mujer

- Sin problemas de secreción/picazón vaginal
 Secreción o picazón vaginal
 Problemas en las mamas

Fecha del último periodo menstrual: _____

Los periodos son:

- Regulares
 Irregulares
 Menopausia

Duración de la menstruación: _____ días

Ciclo mensual: _____ días

Cantidad de embarazos: _____

Cantidad de nacimientos con vida: _____

Piel/mamas/sistema inmunitario

- Sin problemas de piel/mamas/sistema inmunitario
 Sarpullido o úlceras con picazón
 Cambio en un lunar