



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Paquete de registro del paciente

Bienvenido a Kodiak Area Native Association

Gracias por elegir a KANA para cubrir sus necesidades de atención médica y de servicio social. Damos atención centrada en el paciente a las comunidades de la isla de Kodiak, ya que creemos que las personas sanas viven en comunidades saludables.

Nuestras clínicas dan atención médica en un entorno ambulatorio para aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la atención para nuestras comunidades. Los servicios médicos se prestan mediante equipos de atención médica, que incluye a su proveedor, enfermeros, administradores de casos, asistentes y especialistas en programación y registro. Su equipo de atención médica trabajará de cerca con proveedores dentales, proveedores de servicios de salud conductual, personal del centro de bienestar y proveedores de servicios de la comunidad 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 están disponibles para que los recoja en cualquier centro de KANA y también están disponibles en línea. Los paquetes de registro completos se pueden entregar en persona, enviar por correo postal o correo electrónico a registration@kodiakhealthcare.org. Si no puede completar el paquete de registro antes de la primera cita, llegue 15 minutos antes de la hora programada para su cita.

Prepárese para presentar una copia de los siguientes documentos.

- ID estatal o licencia de conducir
- Tarjetas del seguro
- Certificado de ascendencia india (si corresponde)
- Tarjeta de inscripción de tribu reconocida a nivel federal (si corresponde)
- DD214 para la inscripción en la Administración de Veteranos (Veterans Administration) (si corresponde)
- Expediente médico (opcional)

Si necesita más ayuda o tiene preguntas, 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 MÉDICOS

Paciente nuevo Información actualizada de MRN:

Sección 1: Datos demográficos del paciente

Apellido		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		Raza (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco		
Dirección de correo postal		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular		Teléfono preferido <input type="checkbox"/> Casa <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			Estado de veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sin hogar <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 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 por cuenta propia; Estudiante; Desempleado;
 No sabe; Rechaza responder; Jubilado – Fecha: _____

Sección 3: Contacto de emergencia

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

Sección 4: Ingresos del grupo familiar

Dando información sobre los ingresos del grupo familiar nos ayuda a calificar para los requisitos de subvención federales y nos permite determinar si usted y su familia pueden ser elegibles para más programas que ayuden a cubrir sus costos de atención médica. Encierre en un círculo el número de personas que viven en su grupo familiar y los ingresos anuales aproximados del grupo familiar, antes de impuestos, en la misma línea donde encerró en un círculo el tamaño del grupo familiar.

Tamaño del grupo familiar	Menos de	Menos de	Menos de	Menos de	Más de
1	\$18,210	\$27,315	\$31,867	\$36,420	\$36,421
2	\$24,640	\$36,960	\$43,120	\$49,280	\$49,281
3	\$31,070	\$46,605	\$54,372	\$62,140	\$62,141
4	\$37,500	\$56,250	\$65,625	\$75,000	\$75,001
5	\$43,930	\$65,895	\$76,877	\$87,860	\$87,861
6	\$50,360	\$75,540	\$88,130	\$100,720	\$100,721
7	\$56,790	\$85,185	\$99,382	\$113,580	\$113,581
8	\$63,220	\$94,830	\$110,635	\$126,440	\$126,441

Sección 5: Programa de descuento de cargo variable (pacientes asegurados y sin seguro)

KANA ofrece servicios médicos, dentales y de salud conductual con cargos con descuento a todos los pacientes elegibles independientemente del estado del seguro. Se pueden aplicar cargos con descuento al pago por cuenta propia, copagos y deducibles del seguro. Los cargos con descuento por el servicio están basados en la capacidad de pago de una persona según lo determinan los ingresos anuales del grupo familiar y el tamaño del grupo familiar; si su rango de ingresos está en las columnas de menos de arriba, usted podría ser elegible.

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



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Sección 6: Parte responsable económicamente

¿Quién es responsable económicamente por los servicios?

Yo (**omitir**); Padre/madre (si el paciente es menor de 18 años); Otro, especifique:

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social
Dirección de correo postal	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Sección 7: 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 8: 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	



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

SERVICIOS MÉDICOS

Sección 9: Reconocimientos

En mi nombre o en el de otro paciente nombrado abajo, reconozco y doy mi consentimiento a favor de las declaraciones hechas en este formulario:

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN

Doy mi consentimiento para el plan de atención propuesto por los proveedores de Kodiak Area Native Association (KANA). Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tenemos derecho a decidir si aceptamos o rechazamos este plan de atención. Pediré cualquier información que quiera sobre mi atención médica y expresaré mis aspiraciones. Entiendo que KANA participa en la capacitación de médicos y otros proveedores de atención médica, y que se me informará cuando participen estudiantes en la atención médica que reciba.

AVISO DE REVELACIÓN PARA EL PAGO

Entiendo que KANA revelará cualquier diagnóstico y la información que sea pertinente en la medida necesaria para garantizar el pago de las compañías de seguros 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, incluyendo los tratamientos médicos, dentales y de salud conductual.

ACUERDO ECONÓMICO

Entiendo que todos los copagos aplicables, descuentos con cargo variable y otros cargos asociados se deben pagar en el momento del servicio, incluyendo los cargos por servicios no cubiertos por IHS (si soy un beneficiario de IHS elegible). Autorizo el pago de mi seguro directamente a KANA y daré información actualizada a KANA de los cambios en la información de mi seguro. Entiendo que tengo una responsabilidad económica ante KANA por los cargos que no pague la compañía de seguros y que el pago de dichos cargos se debe hacer 30 días después de recibir mi factura. Entiendo que además de la factura de mi proveedor, es posible que reciba facturas separadas de laboratorio, radiología o de otros servicios especializados.

PROGRAMA DE DESCUENTO DE CARGO VARIABLE

Entiendo que KANA ofrece un programa de descuento de cargo variable para las personas elegibles. Me explicaron las categorías de descuento y me dieron la oportunidad de enviar una solicitud para este programa.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Reconozco que me ofrecieron y revisé el Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de KANA, que describe las formas en que KANA puede usar y revelar mi información de atención médica para el tratamiento, pago, operaciones y otros usos y revelaciones descritos y permitidos. Entiendo que puedo comunicarme con el director de Privacidad (Privacy) designado en el NPP, si tengo una pregunta o una queja. En la medida que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y revelación de mi información médica para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Reconozco que KANA participa en un intercambio de información médica, del cual puedo pedir que se me excluya en cualquier momento.

TELESALUD

Entiendo que KANA presta ciertos servicios mediante tecnología remota de telesalud. Por lo general, la telesalud incluye la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de datos. El proveedor remoto determinará si la condición que se diagnostica o trata es apropiada para telesalud y entiendo que no hay garantía de diagnóstico, tratamiento ni receta. Entiendo que es posible que tenga que viajar para ver a un proveedor en persona para ciertos asuntos de diagnóstico y tratamiento. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica protegida también se aplican a telesalud.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Reconozco que revisé y entiendo mis derechos y responsabilidades como paciente de KANA.

COMUNICACIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA

Dando mi teléfono acepto que los empleados, contratistas u otros representantes de KANA y cualquier parte contratada en su nombre puedan comunicarse conmigo mediante marcación automática, guion pregrabado, respuesta de voz interactiva o tecnologías de mensajes de texto para comunicaciones relacionadas con la atención médica o la administración de cuentas, incluyendo, entre otros, recordatorios de citas, avisos de resurtido de recetas, actividades de coordinación de atención o beneficios, cobranza de obligaciones económicas adeudadas y operaciones de servicio al cliente o mejora de la calidad. Entiendo que yo podría optar por no participar en este tipo de métodos de comunicación sin efectos sobre mi capacidad de recibir atención y que se podrían aplicar cargos por uso de datos y otros.

POLÍTICA DE LA SALA DE EMERGENCIAS DE KANA (Beneficiarios de IHS)

Reconozco que recibí o que me ofrecieron una copia de la Política de uso de la sala de emergencias de KANA.

Firmando abajo, certifico que revisé, reconozco y doy mi consentimiento para los términos descritos arriba. Se me dio la oportunidad de obtener respuestas a mis preguntas, si era necesario, y si tengo más preguntas me comunicaré con KANA para obtener aclaraciones.

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente

Nombre de tutor/Relación con el paciente en letra de molde

Firma del padre/madre/tutor

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Iniciales del empleado _____
MRN del paciente _____
Fecha ingresada en EHR _____

- El paciente se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia impidió obtener el reconocimiento
- Otro: _____