



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, a los orientadores y a los consultores de salud conductual. Su equipo de atención médica integrada trabajará en estrecha colaboración con proveedores, de servicios dentales, proveedores de salud conductual, personal de centros de bienestar y proveedores de servicios comunitarios 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
- Certificado de ascendencia indígena (si corresponde)
- Tarjeta de inscripción tribal reconocida a nivel federal (si corresponde)
- 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"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino		Raza (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái			
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: Contacto de emergencia

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

Sección 4: Ingresos familiares

Proporcionar información sobre el ingreso familiar nos ayuda a cumplir con los requisitos federales de subsidios y a ver si usted y su familia pueden ser elegibles para programas adicionales para ayudar a cubrir sus costos de atención médica. Por favor, circule el número de personas que viven en su hogar y sus ingresos familiares aproximados en la misma línea donde el tamaño del hogar está marcado.

Tamaño del grupo familiar	Menos de	Menos de	Menos de	Menos de	Más de
1	\$16,990	\$25,485	\$29,733	\$33,980	\$33,981
2	\$22,890	\$34,335	\$40,058	\$45,780	\$45,781
3	\$28,790	\$43,185	\$50,383	\$57,580	\$57,581
4	\$34,690	\$52,035	\$60,708	\$69,380	\$69,381
5	\$40,590	\$60,885	\$71,033	\$81,180	\$81,181
6	\$46,490	\$69,735	\$81,358	\$92,980	\$92,981
7	\$52,390	\$78,585	\$91,683	\$104,780	\$104,781
8	\$58,290	\$87,435	\$102,008	\$116,580	\$116,581

Sección 5: Programa de descuento de tarifa variable (Pacientes asegurados y sin seguro)

KANA ofrece servicios médicos, dentales y de salud conductual a tarifas con descuento para todos los pacientes elegibles, independientemente del estado del seguro. Las tarifas con descuento se pueden aplicar al pago por cuenta propia, así como a los pagos y deducibles de seguros. Las tarifas con descuento por el servicio, se basan en la capacidad de un individuo para pagar según lo determinado por los ingresos anuales del hogar y el tamaño del hogar, si su rango de ingresos cae dentro de la columna inferior a la anterior, usted puede ser elegible.

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

Sección 6: 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 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	

Sección 9: 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:

- Verificar o modificar mis citas.
- 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 10: 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 estudiantes en la 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**

Comprenda que los correspondientes copagos, descuentos con tarifa variable y otros cargos relacionados deben abonarse en el momento del servicio, incluyendo las tarifas por servicios que no estén cubiertos por IHS (si se trata de un beneficiario de IHS 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 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.

_____ **INTERCAMBIO DE INFORMATION DE SALUD**

Reconozco que KANA participa en un intercambio de información de salud, del cual puedo optar por no participar en cualquier momento.

_____ **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES**

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

_____ **POLÍTICA DE LA SALA DE EMERGENCIAS DE KANA (beneficiarios de IHS)**

Reconozco que he recibido o que me han ofrecido una copia de la Política de Uso de la Sala de Emergencias de KANA.

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
HEALTH SERVICES

Formulario de nuevo paciente/historia clínica anual

Complete la información de abajo lo mejor que pueda. Toda la información será confidencial.

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

Preocupaciones generales de salud:

Dolor (en una escala del 0 al 10): _____

¿Tiene algún problema de salud personal anterior o actual en estas áreas? Si la respuesta es afirmativa, márquelo:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neurológico (cerebro/sistema nervioso) | <input type="checkbox"/> Hígado/Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos (coágulos de sangre, aneurisma, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Salud mental (ansiedad, depresión) |
| <input type="checkbox"/> Mamas | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Sistema ginecológico | <input type="checkbox"/> Pies |
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Sistema urinario | <input type="checkbox"/> Ojos |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Sistema reumatológico/artritis | <input type="checkbox"/> Boca/dientes |
| <input type="checkbox"/> Sistema gastrointestinal/intestinos | <input type="checkbox"/> Ortopedia (huesos/articulaciones) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Infecciones (TB/hepatitis, etc.) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias (comida, medioambiental, etc.) | | |

Dé información adicional sobre cualquier elemento marcado arriba:

Hospitalizaciones y cirugías anteriores (incluir fechas):

Medicamentos recetados:

Otros medicamentos (vitaminas, hierbas medicinales, suplementos, medicamentos de venta libre):

Alergias a medicamentos (incluir su reacción/sensibilidad a los medicamentos):

Enfermedades que existan en la familia (padres, hermanos, abuelos):

DIENTES

Fecha del último examen dental: _____

¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? Sí No

¿Siente dolor ahora? Sí No

¿Alguna vez tomó bisfosfonatos (medicación para la osteoporosis)? Sí No

Si la respuesta es "sí", especifique: _____

Mencione a su proveedor de atención primaria, en caso de no ser KANA: _____

Género (el sentido interno del género de una persona)

Masculino Femenino Se niega a responder Transgénero femenino/masculino a femenino

Transgénero masculino/femenino a masculino

Otro: _____

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

Heterosexual Homosexual Bisexual No sabe Otra cosa Se niega a responder

(Hétero)

(Gay/Lesbiana)

Nivel de educación: Primaria Secundaria Técnica Universitaria Graduado/profesional

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

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

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

Vivienda unifamiliar Vivienda de múltiples generaciones Sin casa Refugio

Centro de enfermería especializada

Otro: _____