



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Pakete sa Pagpaparehistro ng Pasyente

Maligayang Pagtanggap sa Kodiak Area Native Association

Salamat sa pagpili sa KANA para sa iyong mga pangangailangang pangangalagang pangkalusugan 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 pangangalagang pangkalusugan sa outpatient na kaayusan upang madagdagan ang pagiging naa-access at pagiging mura ng pangangalaga sa aming mga komunidad. Inihahatid ang mga serbisyo sa kalusugan sa pamamagitan ng mga pinagsama-samang pangkat para sa medikal na pangangalaga; kabilang dito ang iyong provider, mga nars, tagapamahala ng kaso, mga gabay at mga tagapayo sa kalusugan ng pag-uugali. Ang iyong pinagsamang pangkat ng medikal na pangangala ay lubusang makikipagtulungan sa mga provider ng pangangalaga sa ngipin, provider ng kalusugan sa pag-uugali, tauhan ng sentro para magkaroon ng kalusugan at provider ng serbisyo sa komunidad upang tiyaking natutugunan ang lahat ng iyong pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at kagalingan.

MGA KINAKAILANGAN SA PAGPAPAREHISTRO

Upang mapaglingkuran ka sa pinakamahasag na paraan, hinihiling naming magpatala ka nang maaga sa iyong unang appointment: Maaaring makuha ang mga pakete ng pagpaparehistro sa alinmang lokasyon ng KANA at mayroon din nito online. Maaaring isumite ang mga kinumpletong pakete ng pagpaparehistro nang personal, sa pamamagitan ng koreo o liham, o pagpapadala sa email sa registration@kodiakhealthcare.org. Kung hindi makumpleto ang iyong pakete ng pagpaparehistro bago ang iyong unang appointment, mangyaring dumating nang 15 minuto nang mas maaga sa oras ng iyong nakaiskedyul na appointment.

Mangyaring maghandang magbigay ng kopya ng mga sumusunod na dokumento.

- State ID o Lisensya sa Pagmamaneho
- (Mga) Insurance Card
- Katunayan ng Pagiging Dugong Indian (kung naaangkop)
- Tribal Enrollment Card na Tinatanggap ng Pederal (kung naaangkop)
- DD214 upang magpatala sa Veterans Administration (kung naaangkop)
- Mga Medikal na Talaan (opsyonal)

Para sa higit pang tulong o katanungan, makipag-ugnayan sa aming tauhan sa pagpaparehistro sa 907-486-9870.

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 | PAGBABAHAGI | PANGANGALAGA | DANGAL | KAGANDAHANG-LOOB



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Bagong Pasyente I-update ang MRN:

Seksyon 1: Mga Demograpiko ng Pasyente

Apelyido		Pangalan		Gitnang Inisyal	Suffix
Kasarian sa Kapanganakan <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae		Social Security Number		Petsa ng Kapanganakan	
Etnikong Pinagmulan <input type="checkbox"/> Hispanic o Latino <input type="checkbox"/> Hindi Hispanic o Latino		Lahi (Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop) <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black o African American <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Ibang Pasipikong Taga-isla <input type="checkbox"/> Katutubong Taga-Hawaii			
Mailing Address		Lungsod		Estado	Zip Code
Telepono sa Bahay	Cell Phone	Mas Gustong Telepono sa Pakikipag-ugnayan: <input type="checkbox"/> Tahanan <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Iba pa:			
Katayuan sa Pag-aasawa: <input type="checkbox"/> Walang Asawa <input type="checkbox"/> May Asawa <input type="checkbox"/> Diborsyado <input type="checkbox"/> Balo <input type="checkbox"/> Hiwalay		Katayuan ng Beterano: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Walang Tahanan: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Pampublikong Pabahay: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Pangunahing Wika: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Tagalog <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Iba Pa:				Kailangan ng Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Email Address:					

Seksyon 2: Pagtatrabaho

Katayuan ng Trabaho
 Aktibong Naglilingkod sa Militar; May Kapansanan; Full Time; Part-Time; Menor-de-edad; Reserve National Guard; Self Employed;
 Estudyante; Walang Trabaho; Hindi Alam; Tumatanggap Sabihin; Retirado – Petsa: _____

Seksyon 3: Contact sa Oras ng Emergency

Pangalan ng Contact sa Oras ng Emergency	Numero ng Contact sa Oras ng Emergency	Kaugnayan sa Contact sa Oras ng Emergency
---	---	--

Seksyon 4: Kita ng Sambahayan

Ang pagbibigay ng impormasyon tungkol sa Kita sa sambahayan ay tumutulong sa atin na matugunan ang mga hinihingi ng pederal na grant at upang makita kung maaaring karapat-dapat ka at ang iyong pamilya para mabayaran ang iyong mga gastusin sa pangangalaga ng kalusugan. Mangyaring bilangan ang bilang ng mga taong nakatira sa iyong sambahayan at ang iyong tinatayang kita sa parehong linya kung saan ang sukat ng sambahayan ay bilang.

Laki ng Sambahayan	Mas Mababa Sa	Mas Mababa Sa	Mas Mababa Sa	Mas Mababa Sa	Higit Sa
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	\$69,280	\$69,381
5	\$40,590	\$60,885	\$71,033	\$81,180	\$81,181
6	\$44,490	\$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

Seksyon 5: Programa ng Diskuwentong ng Isinaayos na Bayarin (Insured at Hindi-insured na Pasyente)

Ang KANA ay nagbibigay serbisyo ng medical, pagsusuri ng ngipin at kalusugan ng pag-uugali sa diskwentong presyo para sa lahat ng kwalipikadong pasyente kahit na anumang stado ng iyong medikal na insurance. Ang diskwentong bayarin ay pwedeng ilathala sa sariling bayad, ganoon din sa medikal co-pays at binabawas. Ang diskwentong bayarin sa serbisyo hinahain para sa individual na may kakayahan magbayad ay determinado base sa taunang kita ng sambahayan at bilang ng tao sa bahay, kung ang iyong kinikita ay sumasaklaw sa loob ng mas mababa kaysa sa haligi sa itaas, maaari kang maging kwalipikado.

Mangyaring maglagay ng tsek dito kung ikaw ay interesado na matuto nang higit pa at/o kumumpleto ng aplikasyon



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Seksyon 6: Partidong May Pananagutang Pinansiyal

Sino ang may pananagutang pinansiyal para sa mga serbisyo:

Sarili (**laktawan**); Magulang (kung ang pasyente ay wala pang 18 taong gulang); Iba pa, mangyaring tukuyin:

Apelyido	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	Social Security Number
Mailing Address	Lungsod	Estado	Zip Code	Telepono

Seksyon 7: Medikal na Insurance

Pangunahing Medikal na Insurance	Numero ng Pangkat	Numero ng ID ng Miyembro		
Buong Pangalan ng Subscriber (kung hindi ang sarili)	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment	
Sekundaryang Medikal na Insurance	Numero ng Pangkat	Numero ng Subscriber ID		
Buong Pangalan ng Subscriber	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment	

Seksyon 8: Insurance sa Ngipin

Pangunahing Insurance sa Ngipin	Numero ng Pangkat	Numero ng ID ng Miyembro		
Buong Pangalan ng Subscriber (kung hindi ang sarili)	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment	
Sekundaryang Insurance sa Ngipin	Numero ng Pangkat	Numero ng Subscriber ID		
Buong Pangalan ng Subscriber	Petsa ng Kapanganakan ng Subscriber	SSN ng Subscriber	Co-Payment	

Seksyon 9: Pahintulot para Ilabas ang Impormasyon ng Pasyente (18 Taong Gulang at Higit Pa)

Hindi namin ibibigay ang iyong impormasyon sa sinuman maliban sa iyo maliban na lamang kung nakasulat ang (mga) pangalan niya (nila) sa ibaba at pinirmahan mo ito. Hindi kabilang sa paglabas ng impormasyong ito ang mga kahilingan para sa rekord para sa/mula sa ibang tanggapan ng doktor, kahilingan ng mga kompanya ng insurance o ibang panlabas na ahensiya; kailangan ng mga karagdagang form ng Pahintulot para Ilabas ang Impormasyon para sa mga layuning ito.

Sa pamamagitan nito ay ibinibigay ko ang aking pahintulot na ilabas ng KANA ang mga sumusunod na impormasyon sa mga indibidwal na nakalista sa ibaba. Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop:

- Tiyakin o baguhin ang aking mga appointment
 Talakayin ang impormasyon sa singilin at pagbabayad

Pangalan _____ Kaugnayan _____

Pangalan _____ Kaugnayan _____

O KAYA, Hindi ko pinapahintulatang ihayag ang anumang impormasyon tungkol sa akin sa kahit na sino:

Pirma ng Pasyente /Tagapangalaga: _____



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYO SA KALUSUGAN

Seksyon 10: Mga Pagkilala

Mangyaring Suriin at Lagyan ng Inisyal ang Mga Sumusunod:

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 pangangalaga. Magtatanong ako ng anumang impormasyon na nais kong magkaroon tungkol sa aking pangangalagang pangkalusugan at ipapaalam ang aking mga kagustuhan. Nauunawaan ko na lumalahok ang KANA sa pagsasanay ng mga doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan at pasasabihan kapag ang mga nagsasanay ay nakikilahok sa pangangalaga sa akin.

ABISO NG PAGLALABAS 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.

KASUNDUAN SA PINANSYAL

Nauunawaan ko na ang anumang angkop na mga co-payment, mga diskuwento sa isinaayos na bayarin at/ iba pang mga nauugnay na singil ay dapat bayaran sa oras ng pagbibigay ng serbisyo, kasama ang mga bayarin para sa mga serbisyong hindi saklaw ng IHS (kung isang kwalipikadong Benepisyaryo ng IHS). 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 sa matanggap ang aking bill. 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.

PROGRAMA NG ISINAAYOS NA DISKUWENTO SA BAYARIN

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

ABISO NG MGA KASANAYAN SA PAGKAPRIBADO

Kinikilala ko na ako ay inalok at sinuri ko ang Abiso ng Mga Pribadong Kasanayan ng KANA na inihanda para sa akin. Nauunawaan ko na maaari akong humingi ng kopya ng abisong ito anumang oras.

PAGPAPALIT NG IMPORMASYON TUNGKOL SA KALUSUGAN

Ako'y sumasang-ayon na ang KANA ay kalahok sa pagpapalit ng impormasyon tungkol sa kalusugan, at ano mang oras ay pwede akong tumanggi

KARAPATAN AT RESPONSABILIDAD NG PASYENTE

Ako'y sumasang-ayon na aking sinuri at nauunawaan ang aking karapatan at responsibilidad bilang isang pasyente ng KANA.

PATAKARAN SA SILID NA PANG-EMERGENCY NG KANA (Mga Benepisyaryo ng IHS)

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 nilagdaan ang aking pagpapahintulot at pagtanggap ng pinansyal na responsibilidad para sa mga serbisyo sa KANA. Kung mayroon akong tanong sa aking pagbisita o pananagutang pinansiyal, makikipag-ugnayan ako sa KANA para sa paglilinaw nito.

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 acknowledgement

Other: _____



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION
HEALTH SERVICES

Bagong Pasyente / Taunang Form ng Salaysay sa Kalusugan

Pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba sa abot ng iyong makakaya. Kumpidensiyal ang lahat ng impormasyon.

Buong Pangalan ng Pasyente _____ **Petsa ng Kapanganakan:** _____ **Petsa Ngayong Araw:** _____

Mga Pangkalahatang Alalahanin sa Kalusugan:

Pananakit (sa sukatang 0-10): _____

Ikaw ba ay kasalukuyan o mayroong dating mga personal na isyung pangmedikal sa mga bahaging ito? Kung mayroon, pakilagyan ng tsek:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Neurologic (utak/mga ugat) | <input type="checkbox"/> Atay/Apdo | <input type="checkbox"/> Mga Daluyan ng Dugo (mga pamumuo ng dugo, aneurysm, atbp.) |
| <input type="checkbox"/> Balat | <input type="checkbox"/> Diyabetis | <input type="checkbox"/> Kalusugan ng Pag-iisip (anxiety, depression) |
| <input type="checkbox"/> Suso | <input type="checkbox"/> Mga Bato | <input type="checkbox"/> Mga Sakit mula sa Pagkalulon sa Alak o Droga |
| <input type="checkbox"/> Baga | <input type="checkbox"/> Ginekolohikal | <input type="checkbox"/> Paa |
| <input type="checkbox"/> Puso | <input type="checkbox"/> Kaugnay sa Pag-ihi | <input type="checkbox"/> Mga Mata |
| <input type="checkbox"/> Mataas na Presyon ng Dugo | <input type="checkbox"/> Rheumatologic / Rayuma | <input type="checkbox"/> Bibig / Ngipin |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal/Mga Bituka | <input type="checkbox"/> Mataas na Presyon ng Dugo | <input type="checkbox"/> Kanser |
| <input type="checkbox"/> Mga Alerhiya
(sa pagkain, sa kapaligiran, atbp.) | <input type="checkbox"/> Mga Impeksiyon (TB/hepatitis, atbp.) | <input type="checkbox"/> Iba pa _____ |

Magbigay ng karagdagang impormasyon sa alinman sa mga item na may tsek sa itaas:

Mga Nakaraang Pagkakaospital at Operasyon (isama ang mga petsa):

Mga Iniresetang Gamot:

Iba Pang Mga Gamot (mga bitamina, halamang-gamot, suplemento, walang reseta):

Mga Alerhiya sa Gamot (pakisama ang iyong reaksiyon/sensitibo sa gamot):

Mga sakit na mayroon sa iyong pamilya (mga magulang, kapatid o mga lolo at lola):

TUNGKOL SA NGIPIN

Petsa ng Huling Pagsusuri ng Ngipin: _____

Nagkaroon ka ba ng mga problema bago ang paggamot sa ngipin? Oo Hindi

May masakit ba sa iyo ngayon? Mayroon Wala

Uminom ka ba ng Bisphosphonates (gamot para sa osteoporosis)? Oo Hindi *Kung oo, pakilista:* _____

Pakilista ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga, kung iba sa KANA: _____

Kasarian (*ang nasasaloob na kasarian ng isang indibidwal*)

Lalaki Babae Tumanggi Transgender na Babae/Lalaki-tungong-Babae

Transgender na Lalaki/ Babae-tungong-Lalaki

Iba pa: _____

Seksuwal na Oryentasyon (*kung paano inilalarawan ng indibidwal ang kaniyang emosyonal at seksuwal na atraksiyon sa iba*)

Heteroseksuwal (*tuwid*) Homosexual (*Bakla/Tomboy*) Bisexual Hindi Alam Iba pa Tumanggi

Antas ng Edukasyon: Elementarya Sekondarya Bokasyonal Kolehiyo Nakapagtapos / Propesyonal

Mayroon bang anumang problema sa paningin o pandinig na nakakaapekto sa iyong pakikipag-ugnayan?

Mayroon Wala

Mayroon bang anumang mga limitasyon sa pag-unawa o pagsunod sa mga instruksiyon (pasulat o pasalita)?

Mayroon Wala

Kasalukuyang Kondisyon ng Pamumuhay (Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

Sambahayan na May Isang Pamilya Sambahayan na Binubuo ng Maraming Henerasyon Walang Tirahan

Silungan/Tirahan Bihasang kakayahang pangangalaga ng mga may edad na

Iba pa: _____