Registro de pacientes

PRAIRIE STAR Health Center
non-profit • FQHC

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido (Legal)

Nombre (Legal)

Inicial del Segundo Nombre

Nombre de su Preferencia (Opcional)

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Estado Civil
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Compañero(a) ☐ Divorciado/Separado

Género al Nacer
☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección de facturación (con número de Apt. si es aplicable)

Apartado de Correos

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono de Casa

Número de Celular

Estatus Laboral
☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Discapacitado ☐ Retirado ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Militar- En Servicio Activo

Nombre de su Empleador

Preferencia de Contacto
☐ Teléfono → ☐ Casa ☐ Celular
☐ Texto
☐ Nada

El mejor tiempo para contactar
☐ Mañana
☐ Tarde
☐ Noche

Número de Teléfono de su Empleador

Correo Electrónico (Requisito para el acceso al Portal de Pacientes)

Farmacia de su Preferencia

Raza
☐ Blanco
☐ Negro/Afro-Americano
☐ Otros asiáticos
☐ Indio asiático
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Chino
☐ Hawái nativo
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ Guamaniano o Chamorro
☐ Samoano
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska
☐ Más de una carrera
☐ No reportado/Elegir no revelar la raza

Etnicidad
☐ Hispano/Latino
☐ Mexicano-Americano, Chicano/a
☐ Puertorriqueño
☐ Cubano/a
☐ Otro origen hispano, latino o español
☐ No Hispano/Latino
☐ No reportado/Elegir no revelar la raza

Identidad de Género
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Transgénero Masculino (F to M)
☐ Transgénero Femenino (M to F)
☐ Otro _____
☐ Elijo no revelar

Orientación Sexual
☐ Heterosexual o Derecho
☐ Lesbiana, Gay o Homosexual
☐ Bisexual
☐ Elija no revelar
☐ Otro _____
☐ No sé

Es usted inmigrante o trabajador agricultor temporal?
☐ Si ☐ No

Es Usted Veterano?
☐ Si ☐ No

Está Usted sin Hogar?
☐ Si ☐ No

Idioma Principal Hablado
☐ Inglés
☐ Español
☐ Otro _____
☐ Necesito Intérprete

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO (Necesitaremos una copia(s) de su tarjeta(s) del seguro médico)

Seguro Médico Primario	**Seguro Médico Secundario**
Compañía de Seguro Médico	Compañía de Seguro Médico
Nombre el Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)	Nombre el Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)
Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)
Relación del Paciente con el Titular de la Póliza (Si es diferente de el mismo) ☐ Esposo(a) ☐ Padres ☐ Otro _____	Relación del Paciente con el Titular de la Póliza (Si es diferente de el mismo) ☐ Esposo(a) ☐ Padres ☐ Otro _____
Seguro Dental Primario	**Seguro Dental Secundario**
Compañía de Seguro Dental	Compañía de Seguro Dental
Nombre el Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)	Nombre el Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)
Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)
Relación del Paciente con el Titular de la Póliza (Si es diferente de el mismo) ☐ Esposo(a) ☐ Padres ☐ Otro _____	Relación del Paciente con el Titular de la Póliza (Si es diferente de el mismo) ☐ Esposo(a) ☐ Padres ☐ Otro _____
Seguro Visual Primario	**Seguro Visual Secundario**
Compañía de Seguro Visual	Compañía de Seguro Visual
Nombre el Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)	Nombre el Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)
Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza (Si es diferente al anterior)
Relación del Paciente con el Titular de la Póliza (Si es diferente de el mismo) ☐ Esposo(a) ☐ Padres ☐ Otro _____	Relación del Paciente con el Titular de la Póliza (Si es diferente de el mismo) ☐ Esposo(a) ☐ Padres ☐ Otro _____

Registro de pacientes

PRAIRIE STAR Health Center
non-profit • FQHC

CONTACTO DE EMERGENCIA (EC) Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PHI)

Al seleccionar Información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés), autorizo a PrairieStar a compartir mi PHI con la(s) persona(s) a continuación. Entiendo que esta autorización es VOLUNTARIA. Entiendo que una vez que se divulga mi información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que lo cancele por escrito o se actualice este formulario de registro. El contacto de emergencia (EC, por sus siglas en inglés) designa solo al contacto del 911; no se compartirá PHI.

Nombre	Teléfono	Relación con el paciente	☐ EC ☐ PHI
Nombre	Teléfono	Relación con el paciente	☐ EC ☐ PHI
Nombre	Teléfono	Relación con el paciente	☐ EC ☐ PHI

INFORMACIÓN DEL FIADOR (Individuo Financieramente Responsable)

Garante es: ☐ Paciente es garante (No es necesario completar el resto ole esta seccion).

☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Empresa / Empleador ☐ DCF / St. Francis ☐ Otro:_____

Parte responsable (padre o tutor legal)

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido	
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Género ☐ Masculino ☐ Femenino	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono de Casa	Número de Celular	Número de Teléfono del Trabajo	
Correo Electrónico	Nombre de su Empleador		

GUÍAS PARA LOS INGRESOS DEL HOGAR

La Clínica PrairieStar es un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC). Nosotros recibimos fondos y subsidios federales. Como parte de esta financiación tenemos el requisito de reunir los datos de ingresos de todos los pacientes una vez al año. Estos datos son utilizados para el establecimiento de programas que satisfacen las necesidades de nuestros pacientes. Los pacientes deberán ser re-certificados durante o antes de la fecha de su aniversario de su descuento de tarifa variable para poder recibir un descuento por los servicios.

POR FAVOR ELIJA LOS INGRESOS QUE DESCRIBAN MEJOR SU SITUACIÓN

Número en su Hogar →	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos Anuales por Debajo	☐ $15,060	☐ $20,440	☐ $25,820	☐ $31,200	☐ $36,580	☐ $41,960	☐ $47,340	☐ $52,720
Ingresos Anuales Entre	☐ $15,061 $22,590	☐ $20,441 $30,660	☐ $25,821 $38,730	☐ $31,201 $46,800	☐ $36,581 $54,870	☐ $41,961 $62,940	☐ $47,341 $71,010	☐ $52,721 $79,080
Ingresos Anuales Entre	☐ $22,591 $26,355	☐ $30,661 $35,770	☐ $38,731 $45,185	☐ $46,801 $54,600	☐ $54,871 $64,015	☐ $62,941 $73,430	☐ $71,011 $82,845	☐ $79,081 $92,260
Ingresos Anuales Entre	☐ $26,356 $30,120	☐ $35,771 $40,880	☐ $45,186 $51,640	☐ $54,601 $62,400	☐ $64,016 $73,160	☐ $73,431 $83,920	☐ $82,846 $94,680	☐ $92,261 $105,440
Ingresos Anuales por Encima	☐ $30,121	☐ $40,881	☐ $51,641	☐ $62,401	☐ $73,161	☐ $83,921	☐ $94,681	☐ $105,441

ACUERDO DE PAGO

Yo estoy de acuerdo en pagar de forma completa y prontamente cualquier cargo por los servicios recibidos en PrairieStar. Yo entiendo que seré responsable por cualquiera de los cargos que no hayan sido pagados por mi seguro médico. Yo entiendo que soy responsable de revisar con el proveedor de mi seguro médico para ver cuales servicios están cubiertos. Yo entiendo que las cuentas que estén atrasadas serán sujetas a actividad de recolección, incluyendo el ser referidas a agencias cobradoras de deudas.

HISTORIAL DE PRESCRIPCIONES EXTERNAS

PrairieStar utiliza un sistema de registro de salud electrónico que permite la prescripción de medicamentos electrónicamente. Los medicamentos son enviados a la farmacia por medio de una conección de prescripción electrónica segura la cual mejora la transmición de la información de los medicamentos de manera rápida y eficaz. Yo estoy de acuerdo que PrairieStar pueda solicitar y utilizar mi historial de prescripción de medicamentos de otros proveedores o de pagadores de beneficios de farmacia de terceros con propósitos de tratamientos. **Por medio de mis iniciales en la caja, Yo NO autorizo a que PrairieStar solicite mi historial de prescripción de medicamentos.**

☐

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por medio de la presente asigno y autorizo el pago directo a PrairieStar de todos los pagos de la aseguradora u otros pagadores externos.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por medio de la presente solicito y otorgo mi consentimiento para que el profesional de la salud de PrairieStar me proporcione tratamiento médico, dental, visual y de salud mental a mi y/o a mi familia.

AUTORIZACIONES PARA REVELAR INFORMACIÓN

Yo autorizo a que PrairieStar revele cualquier información médica que sea necesaria ya sea para el cuidado de salud o para el procesamiento de beneficios del seguro médico.

Yo solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare/Medicap/Medicaid a PrairieStar y autorizo la revelación de información médica necesaria para el procesamiento de beneficios del seguro médico para los Centros de Medicare y Medicaid y otros agentes de seguro médico.

Por medio de la presente certifico que la información anterior es verdadera, y que he leído, y entendido plenamente, y acepto todos los términos de los reglamentos anteriores.

Firma del Paciente o Fiador	Fecha

Registro de pacientes

MODALIDADES DE PAGO, SERVICIOS SIN COBERTURA Y EL CO-PAGO

Como su proveedor médico, nuestra relación es con usted y no con la compañía de su seguro. PrairieStar enviará sus reclamos a su seguro; sin embargo, **usted es el único responsable por los cargos que permanezcan después de los pagos hechos por su seguro**. La falta de proporcionar a PrairieStar con la información actual y correcta de su seguro ocasionará que todos los cargos sean la responsabilidad del paciente o de la parte responsible. **Todos los co-pagos, co-seguro, y los cargos nominales de descuentos de tarifa variable deberán ser pagados antes de que el servicio sea proporcionado**. Estos pagos no garantizan el pago completo. Estados de cuenta serán enviados por correo por los cargos que excedan el pago inicial hecho. Para pacientes con Medicare y Medicaid, por favor tengan en cuenta que podría aplicarsele algún co-pago por los servicios proporcionados. Si no estamos contratados con la compañía de su seguro médico, usted será 100 % responsible por el pago en el momento que se le proporcionen los servicios.

PairieStar quiere trabajar con usted para satisfacer sus necesidades de atención médica a un costo razonable. Por favor contacte a los representantes de cuentas de pacientes al (620) 663-8484 si usted necesita establecer un acuerdo de pagos para el balance de su cuenta. PrairieStar acepta pagos en la oficina, por teléfono, en el Portal del Paciente, o en línea en https://www.prairiestarhealth.org. Para su conveniencia, usted también puede establecer un acuerdo de pagos ACH automáticos/recurrentes.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO POR SERVICIOS

Si no hace ningún pago o un acuerdo de pagos es hecho con PrairieStar después de 90 días de la fecha del primer estado de cuenta, su cuenta será remitida a una agencia de colección de deudas por fuera. Todos los pacientes que sean remitidos a una agencia de colecciones por fuera deberán pagar ya sea $75 **(esto es adicional a cualquier co-pago, co-seguro y los cargos nominales de descuentos de tarifa variable)** en el momento que se le proporcionen los servicios para todas las citas futúras hasta que el balance de la colección haya sida pagada por completo o establecer un acuerdo de pago automático/recurrente con la oficina administrativa por medio de una cuenta de cheques, de ahorros, o con una tarjeta de crédito/de debito.

CHEQUES/ACH REBOTADOS

PrairieStar cobra un **cargo de $30 por todos los cheques y un cargo de $15 por todas las transacciones ACH que sean retornadas** por insuficiencia de fondos. La cantidad por el pago original, así como el cobro por el cheque/ACH, serán agregadas al balance su próximo estado de cuenta. Cheques/ACH no podrán ser aceptados en su cuenta y todos los pagos futúros deberán ser en efectivo, tarjeta de crédito/de débito, o money order.

POLÍTICA DE CITAS

Si usted llega **5 minutos tarde** a su cita, puede que usted tenga que ser re-agendado. Su proveedor tratará de acomodarlo dentro del calendario, pero esto podrá ser después del horario de su cita que tenía agendada. Si somos incapaces de trabajar con usted, usted tendrá que re-agendar, y esto contará como una cita perdida sin aviso. Si pierde dos (2) citas dentales programadas dentro de un período de 12 meses sin notificar a PrairieStar antes del día hábil anterior, se le asignará la programación del mismo día.

SUS DERECHOS SOBRE LA TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN MÉDICA ELECTRÓNICA

PrairieStar participa en Tecnología de Información Salud electrónica (HIT). Esta tecnología le permite al proveedor o al plan de salud a hacer una sola solicitud por medio de una Organización de Información de Salud (HIO), para obtener historial electrónicamente para un paciente en específico de otros participantes de HIT para propósitos de tratamiento, pago, o para operaciones del cuidado de la salud. HIOs dererán utilizar métodos de seguridad appropiados para prevenir usos y revelaciones sin autorización.

Usted cuenta con dos opciones con respecto a HIT. Primero, usted puede permitir el acceso a individuos a su información de salud electrónica por medio de un HIO. Si usted elige esta opción, usted no tiene que hacer nada.

Segundo, usted puede restringir el acceso a toda su información por medio de un HIO (except a lo requerido por ley). Si usted desea restringir el acceso, usted deberá enviar la información necesaria ya sea en línea en http://www.KanHIT.org o completando y enviando una forma por correo. Esta forma está disponible en http://www.KanHIT.org. Usted no podrá restringir el acceso a cierta información únicamente; su elección es de permitir o de restringir el acceso a toda su información. Si usted tiene preguntas acerca de HIT o de HIO, por favor visite la página de sitio http://www.KanHIT.org para obtener información adicional.

Si usted recibe servicios de cuidado de salud en otro estado que no sea Kansas, diferentes reglamentos podrían aplicar acerca de restricciones en el acceso a su información de cuidado de salud de manera electónica. Por favor comuníquese directamente con su proveedor de fuera del Estado sobre esos reglamentos.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Entiendo que PrairieStar proporciona servicios de telesalud y utiliza servicios de escritura de audio. Doy mi permiso para ser grabado en audio durante mis visitas. Reconozco que mi participación es voluntaria y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando a PrairieStar un aviso por escrito de 30 días.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE / NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVADIDAD PRACTICES

Me han otorgado el derecho a revisar y asegurar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, la cuál contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida y de mis derechos bajo las leyes de HIPPA. Yo entiendo que PrairieStar se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación periódicamente, y que yo puedo contactar a PrairieStar en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación más actualizada.

Por medio de la presente reconozco que he leído completamente, entiendo plenamente y acepto todos los términos del reglamento económico y políticas establecidas en la parte anterior.

FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, O PADRE DEL PACIENTE	FECHA

For Office Use Only

Forms		Photo		PCP		IE		VFC	