

Registro de pacientes

(Patient Registration)



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido (Legal)		Nombre (Legal)		Inicial del segundo nombre	Nombre Preferido (Opcional)
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Estado civil (legal) 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	
Preferencia de Contacto Teléfono → Casa Celular Texto Nada		El mejor tiempo para contactar Mañana Tarde Noche		Nombre de su Empleador	
				Número de Teléfono de su Empleador	
Correo Electrónico (Requisito para el acceso al Portal de Pacientes)			Farmacia de su Preferencia PSHC Otro: _____		
Raza					
Blanco		Indio asiático		Coreano	
Negro/Afro-Americano		Filipino		Vietnamita	
Otros asiáticos		Japonés		Chino	
				Hawái nativo	
				Otros isleños del Pacífico	
				Guamaniano o Chamorro	
				Samoano	
				Indio Americano/Nativo de Alaska	
				No reportado/Elegir no revelar la raza	
Etnicidad			Es usted inmigrante o trabajador agricutlor temporal?		Idioma Principal Hablado Inglés Español Otro _____ Necesito Intérprete
Hispano/Latino		No Hispano/Latino		Si No	
Mexicano-Americano, Chicano/a		No reportado/Elegir no revelar la raza			
Puertorriqueño			Es Usted Veterano?		
Cubano/a			Si No		
Otro origen hispano, latino o español			Está Usted sin Hogar?		
			Si No		

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	
Póliza #	Grupo #	Póliza #	Grupo #
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	
Póliza #	Grupo #	Póliza #	Grupo #
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	
Póliza #	Grupo #	Póliza #	Grupo #
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

(Patient Registration)



EMERGENCY CONTACT (EC) AND PATIENT CONSENT TO SHARE PERSONAL HEALTH INFORMATION (PHI)

Al seleccionar Información de Salud Personal (PHI, por sus siglas en inglés), autorizo al Centro de Salud PrairieStar (PrairieStar) a compartir mi PHI con la(s) persona(s) que se indican a continuación. Entiendo que esta autorización es VOLUNTARIA. Entiendo que, una vez divulgada mi información, puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y que la información puede no estar 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) designa únicamente el contacto 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 de esta sección).
 Padre biológico Tutor Legal Empresa / Empleador DCF / St. Francis Otro: _____

Parte responsable (padre biológico 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

PrairieStar es un Centro de Salud Calificado Federalmente (FQHC). Recibimos fondos y subvenciones federales. Como parte de este financiamiento, estamos obligados a recopilar datos de ingresos de todos los pacientes al menos una vez al año. Estos datos se utilizan para crear programas que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes.

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	\$15,960	\$21,640	\$27,320	\$33,000	\$38,680	\$44,360	\$50,040	\$55,720
Ingresos Anuales Entre	\$15,961 - \$23,940	\$21,641 - \$32,460	\$27,321 - \$40,980	\$33,001 - \$49,500	\$38,681 - \$58,020	\$44,361 - \$66,540	\$50,041 - \$75,060	\$55,721 - \$83,580
Ingresos Anuales Entre	\$23,941 - \$27,930	\$32,461 - \$37,870	\$40,981 - \$47,810	\$49,501 - \$57,750	\$58,021 - \$67,690	\$66,541 - \$77,630	\$75,061 - \$87,570	\$83,581 - \$97,510
Ingresos Anuales Entre	\$27,931 - \$31,920	\$37,871 - \$43,280	\$47,811 - \$54,640	\$57,751 - \$66,000	\$67,691 - \$77,360	\$77,631 - \$88,720	\$87,571 - \$100,080	\$97,511 - \$111,440
Ingresos Anuales por Encima	\$31,921	\$43,281	\$54,641	\$66,001	\$77,361	\$88,721	\$100,081	\$111,441

ACUERDO DE PAGO

Acepto pagar de manera rápida y completa cualquier cargo por los servicios que reciba en PrairieStar. Entiendo que seré responsable de cualquier cargo que no sea cubierto por mi seguro. Entiendo que soy responsable de consultar con mi proveedor de seguro para ver qué servicios están cubiertos. Entiendo que las cuentas morosas están sujetas a acciones de cobranza, incluyendo la remisión a una agencia de cobranza.

HISTORIAL DE PRESCRIPCIONES EXTERNAS

PrairieStar utiliza un sistema de historial médico electrónico que permite la prescripción electrónica de medicamentos. Los medicamentos se envían a la farmacia a través de una conexión electrónica segura, lo que mejora la transmisión oportuna y precisa de la información sobre medicamentos. Estoy de acuerdo en que PrairieStar puede solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Al colocar mis iniciales en el recuadro, NO autorizo a PrairieStar a solicitar mi historial de medicamentos recetados.

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 mí 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

(Patient Registration)



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

Como su proveedor de centro de salud, nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. PrairieStar enviará sus reclamaciones a su seguro; sin embargo, usted es la única persona responsable de todos los cargos que permanezcan después de los pagos del seguro. No proporcionar a PrairieStar información de seguro actual y precisa resultará en que todos los cargos sean responsabilidad del paciente/persona responsable. Todos los copagos, coseguros y tarifas nominales de escala móvil se deben pagar antes de que se presten los servicios. Estos pagos no garantizan el pago total. Se enviarán estados de cuenta para los cargos que excedan el pago inicial realizado. Para los pacientes con Medicare o Medicaid, tenga en cuenta que puede aplicarse un copago por los servicios prestados. Si no tenemos contrato con su compañía de seguros, usted será 100 % responsable del pago en el momento del servicio.

PrairieStar quiere trabajar contigo para satisfacer tus necesidades de atención médica a costos accesibles. Por favor, comunícate con los representantes de cuentas de pacientes al (620) 663-8484 si necesitas establecer acuerdos de pago para el saldo de tu cuenta. PrairieStar acepta pagos en la oficina, por teléfono, en el Portal del Paciente o en línea en <https://www.prairiestarhealth.org>. Para tu conveniencia, también puedes configurar un acuerdo automático/recurrente de ACH.

INCUMPLIMIENTO DE PAGO POR SERVICIOS

Si no se ha realizado ningún pago o acuerdo de pago con PrairieStar después de 90 días desde la fecha del primer estado de cuenta, su cuenta se entregará a una agencia de cobro externa. Todos los pacientes que sean remitidos a una agencia de cobro externa deben realizar un pago de \$75 (esto es además de cualquier copago, coaseguro y tarifas nominales según la escala móvil) en el momento del servicio para todas las citas futuras hasta que el saldo de la deuda haya sido pagado en su totalidad o establecer un acuerdo de pago automático/recurrente con la Oficina de Administración mediante cuenta corriente, de ahorros o tarjeta de débito/crédito.

CHEQUES/ACH REBOTADOS

PrairieStar cobra una tarifa de \$30 por todos los cheques y transacciones ACH devueltos por fondos insuficientes. El monto original del pago, así como la tarifa por cheque/ACH devuelto, se agregarán a su próximo saldo en el estado de cuenta. Ya no se aceptarán cheques/ACH en su cuenta y todos los pagos futuros deberán realizarse en efectivo, tarjeta de débito/crédito o giro postal.

TUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN DE SALUD ELECTRÓNICA

PrairieStar participa en Tecnología de la Información de Salud electrónica (HIT, por sus siglas en inglés). Esta tecnología permite a un proveedor o a un plan de salud realizar una solicitud única a través de una Organización de Información de Salud (HIO, por sus siglas en inglés), para obtener registros electrónicos de un paciente específico de otros participantes de HIT con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Se requiere que las HIO utilicen medidas de seguridad apropiadas para prevenir usos y divulgaciones no autorizadas.

Tienes dos opciones con respecto a HIT. Primero, puedes permitir que personas autorizadas accedan a tu información de salud electrónica a través de un HIO. Si eliges esta opción, no tienes que hacer nada.

En segundo lugar, puede restringir el acceso a toda su información a través de un HIO (excepto cuando lo requiera la ley). Si desea restringir el acceso, debe enviar la información requerida en línea en <http://www.KanHIT.org> o completando y enviando un formulario por correo. Este formulario está disponible en <http://www.KanHIT.org>. No puede restringir el acceso solo a cierta información; su opción es permitir o restringir el acceso a toda su información. Si tiene preguntas sobre HIT u HIOs, visite <http://www.KanHIT.org> para obtener información adicional.

Si recibe servicios de salud en un estado diferente a Kansas, pueden aplicarse reglas distintas respecto a las restricciones de acceso a su información de salud electrónica. Por favor, comuníquese directamente con su proveedor de atención médica fuera del estado para conocer esas reglas.

RECONOCIMIENTOS DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SERVICIOS DE ESCRIBANO Y TELEMEDICINA

El Centro de Salud PrairieStar ofrece servicios de telesalud y utiliza Sunoh AI, una herramienta segura que ayuda a su proveedor a documentar las visitas de manera precisa. Sunoh AI escucha durante su cita para crear una transcripción de su conversación. Al firmar, acepto la grabación de audio durante mis visitas. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento notificando por escrito al Centro de Salud PrairieStar con 30 días de anticipación.

POLÍTICA DE CITAS DENTALES

Entiendo que si falto a dos (2) citas dentales programadas dentro de un período de 12 meses sin notificar a PrairieStar antes del día hábil anterior, se me asignará programación para el mismo día.

RECORDATORIO DE CITA MÉDICA ATRASADA

Entiendo que si llego con 5 minutos de retraso a una cita programada, dependiendo de mi necesidad en ese momento, se me puede pedir que reprograme o se me puede derivar a Atención sin cita. Esto se contará como una cita perdida sin previo aviso.

Iniciales del paciente

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha otorgado el derecho de revisar y obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud protegida y de mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que PrairieStar se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso periódicamente, y que puedo contactar a PrairieStar en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Por la presente reconozco que he leído, entiendo completamente y acepto todos los términos de las normas y políticas financieras indicadas arriba.

FIRMA DEL PACIENTE, GARANTE Y/O TUTOR LEGAL

FECHA

For Office Use Only

Forms	Photo	PCP	IE	VFC