

# KODIAK COMMUNITY HEALTH CENTER

Paquete de inscripción

KODIAK COMMUNITY HEALTH CENTER 1191 E Rezanof Dr. Kodiak, AK 99615



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
Nombre del paciente:		Segundo nombre:	Apellido:
Nombre preferencial:	Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección postal:		Ciudad y estado:	Código postal:
Número de teléfono de casa: (     )	Número de teléfono del trabajo: (     )	Número de teléfono celular: (     )	Dirección de correo electrónico:
Proveedor de atención primaria preferencial:	Servicios de interpretación gratuitos disponibles. ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así ¿en qué idioma?	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Otro	
Estado de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Servicio inactivo	Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino/a <input type="checkbox"/> No hispano ni latino/a <input type="checkbox"/> El paciente se niega a responder <input type="checkbox"/> Se desconoce	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> El paciente se niega a responder <input type="checkbox"/> Se desconoce	
DATOS DEMOGRÁFICOS ADICIONALES			
Tenga en cuenta: es importante que recopilemos la información de Orientación Sexual e Identidad de Género (Sexual Orientation and Gender Identity, SOGI) a continuación. Esto se usa en el ámbito de la atención médica para mejorar la atención culturalmente sensible, reducir las disparidades en la salud y permitir una atención más centrada en el paciente. Se considera ampliamente que SOGI es crucial para brindar una atención adecuada a la comunidad LGBTQ.			
Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Elige no responder		Sexo del paciente asignado al nacer <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> No binario/género queer <input type="checkbox"/> En duda <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Elige no responder	
Identidad de género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> En duda <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> No binario/género queer <input type="checkbox"/> Elige no responder <input type="checkbox"/> Otro		Pronombre preferencial: <input type="checkbox"/> Ella/su <input type="checkbox"/> Él/suyo <input type="checkbox"/> Elle/su <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Ze/Hir/Hirs <input type="checkbox"/> Ey/Em/Eirs <input type="checkbox"/> Xe/Xem/Xyrs <input type="checkbox"/> Ve/Vir/Vis <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Se desconoce	



<b>Contacto de emergencia</b>			
Nombre del contacto de emergencia:		Tutor legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el paciente:
<b>INFORMACIÓN LABORAL DEL PACIENTE</b>			
Estado del empleo: (tiempo completo/parcial, etc.)	Empleador:	Dirección:	Estado laboral: <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguno
<b>PARTE ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE</b>			
¿Quién es económicamente responsable? (¿quién pagará?)	Relación con el paciente:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>			
¿Vive en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder	¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está interesado en el programa de descuento de tarifa móvil? Según los ingresos y el tamaño del hogar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Aseguradora principal:	N.º de identificación	N.º de grupo	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	Número de Seguro Social del asegurado:	
Aseguradora secundaria:	N.º de identificación	N.º de grupo	
Nombre del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	Número de Seguro Social del asegurado:	
<b>PAUTAS DEL INGRESO FEDERAL DE POBREZA</b>			
<p>Ingreso anual: en los espacios provistos a continuación, indique el número de personas que viven en su hogar y el ingreso familiar estimado. Esta información NO está asociada con el programa de descuento de tarifa móvil y no afecta su atención ni su facturación. NO está obligado a otorgar esta información. Sin embargo, debido a que KCHC recibe fondos federales, estamos obligados a informar la cantidad total de respuestas voluntarias que recibimos para cada pregunta. Apreciamos sus respuestas confidenciales ya que esto ayuda a KCHC a cumplir con las pautas de informes federales.</p>			
Ingresos familiares anuales estimados:  \$ _____		¿Cuántas personas (incluidos niños) viven en su hogar?  _____	
<b>Estado de la vivienda:</b>			
<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Actualmente no estoy sin hogar, lo estuve en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sin hogar, se desconoce el refugio <input type="checkbox"/> Vive en un refugio <input type="checkbox"/> Vive con otros <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de quedarse sin hogar			
<p>La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier saldo. También autorizo a KCHC o la aseguradora a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.</p>			
Firma del paciente/tutor:		Fecha:	

---

## *Derechos y responsabilidades del paciente*

---

### Derechos del paciente:

Todos los pacientes de Kodiak Community Health Center tienen los siguientes derechos:

- Los pacientes tienen derecho a recibir servicios de atención médica independientemente de su edad, raza, credo, color, sexo, orientación sexual, religión, origen nacional, residencia geográfica o la capacidad de pago de una persona o familia o su estado de seguro.
- Los pacientes tienen derecho a ser tratados de manera atenta, educada y profesional.
- Los pacientes tienen derecho a conocer la información sobre su diagnóstico, tratamientos y posibles resultados y a ser participantes activos en la toma de decisiones.
- Los pacientes tienen derecho a rechazar el tratamiento.
- Los pacientes tienen derecho a revisar su historia clínica y obtener una copia por una tarifa razonable, si corresponde.
  - La historia clínica está disponible digitalmente por medio de MyChart de forma gratuita.
  - Los pacientes también tienen derecho a solicitar una revisión para modificar su información médica.
- El paciente, la familia o el tutor tienen derecho a informarnos cuando algo no está bien mediante la presentación de una queja.
  - KCHC tiene una política de no represalias. Si se presenta una queja, no afectará la atención del paciente. Si el paciente tiene una queja o un problema que no puede ser resuelto por el proveedor, el cuidador u otro miembro del personal, los pacientes pueden comunicarse con el equipo de Calidad de KCHC.

### Responsabilidades del paciente

Antes de recibir atención en Kodiak Community Health Center, a los pacientes se les informa de las siguientes responsabilidades:

- Los pacientes son responsables de ser sinceros e informar a su proveedor sobre su diagnóstico presente y pasado, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su historia clínica que puedan ayudar en su tratamiento.
- Los pacientes deben proporcionar información precisa y completa sobre:
  - Directivas anticipadas
  - Cobertura de seguro o acuerdos de pago alternativos
  - Autorización de familiares o personas designadas con quienes se pueda analizar su tratamiento
- Los pacientes son responsables de comunicarse con KCHC inmediatamente si tienen alguna pregunta sobre una factura o si necesitan analizar opciones de pago alternativas en caso de dificultades económicas.
- Los pacientes deben proporcionar información completa sobre la disponibilidad de cualquier cobertura de seguro médico.
  - Al recibir servicios, los pacientes autorizan a KCHC a divulgar información solo cuando sea necesario para procesar reclamaciones y proporcionará toda la documentación para facturar a la aseguradora de manera efectiva.

- Los pacientes son económicamente responsables de cualquier saldo. La falta de pago del saldo de la cuenta puede resultar en que la cuenta sea remitida a una agencia de cobranzas.
- Los pacientes son responsables de respetar el tiempo y los horarios del proveedor indicando primero su queja más urgente y entendiendo que otras quejas pueden abordarse solo si el tiempo lo permite.
- Los pacientes son responsables de notificar al personal de recepción de KCHC si no pueden cumplir con una cita programada o necesitan reprogramarla.
- Los pacientes son responsables de alertar al personal si no entienden lo que se les dice y si sienten que no podrán hacer lo que se les pide durante su atención.
- Los pacientes son responsables de seguir las instrucciones y el plan de tratamiento de su proveedor y de aceptar las consecuencias médicas si no lo hacen.
- Los pacientes son responsables de informar inmediatamente sobre problemas de seguridad a su proveedor o personal de apoyo.
- Los pacientes son responsables de autorizar a los miembros de su familia o persona designada apropiada para revisar su tratamiento si no pueden comunicarse con el personal.
- Los pacientes son responsables de respetar la privacidad, la propiedad y los derechos de otros pacientes.
- Los pacientes son responsables de respetar a todo el personal de KCHC.
- Los pacientes son responsables de respetar las normas de NO FUMAR del centro de salud.
- Los pacientes son responsables de firmar un reconocimiento por escrito de que han recibido y comprenden el Aviso de prácticas de privacidad de KCHC.

---

*Reconocimiento de comprensión por parte del paciente*

---

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

- Doy mi consentimiento al plan de atención propuesto por los proveedores de KCHC.
- Entiendo que yo, o mi representante autorizado, tenemos el derecho de decidir si aceptamos o rechazamos este plan de atención. Entiendo que es mi responsabilidad hacer preguntas, expresar inquietudes y comprender mi atención.
- Soy consciente de que durante mi tratamiento puedo interactuar con un estudiante o médico en formación y se me informará cuando dichas personas participen en mi atención.

NOTIFICACIÓN DE DIVULGACIÓN PARA PAGO

- Entiendo que KCHC divulgará cualquier diagnóstico e información pertinente en la medida necesaria para garantizar el pago de las aseguradoras y cualquier tercero pagador correspondiente.
- Entiendo que la divulgación del diagnóstico para el pago puede incluir el tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD) protegido por el Título 42 del CFR, Parte 2, y doy mi consentimiento para esta divulgación.
- Entiendo que esta divulgación, a menos que yo la limite expresamente por escrito, se extenderá a todos los aspectos del tratamiento, incluida la salud médica y conductual.

ACUERDO FINANCIERO

- Entiendo que cualquier copago aplicable, descuento de tarifa móvil u otros cargos asociados deben pagarse al momento del servicio.
- Autorizo el pago de mi seguro directamente a KCHC y actualizaré al personal de KCHC sobre los cambios en mi seguro. Entiendo que soy económicamente responsable ante KCHC por los cargos no pagados por el seguro y que el pago de dichos cargos debe realizarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de mi factura.
- Entiendo que además de la factura de mi proveedor, también puedo recibir facturas separadas de laboratorio, radiología y otros servicios especializados.

PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS MÓVILES

- Entiendo que KCHC ofrece un programa de descuento de tarifa móvil para personas elegibles.
- Me han explicado las categorías de descuento y me han dado la oportunidad de postularme a este programa.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Reconozco que se me ha ofrecido y he revisado el Aviso de prácticas de privacidad de KCHC y que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

---

Firma

---

Fecha

## *Aviso de prácticas de privacidad*

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LEA CON ATENCIÓN.

**Este aviso se aplica a los servicios que se prestan y a los expedientes relacionados. Kodiak Community Health Center (KCHC) toma con mucha seriedad la privacidad de su información médica protegida y sigue las pautas estatales y federales de divulgación. No divulgaremos su información a otros a menos que usted nos autorice a hacerlo; a menos que la ley nos autorice o requiera hacerlo.**

Podemos usar y divulgar su historia clínica solo para cada uno de los siguientes propósitos: tratamiento, pago, operaciones de atención médica, sistemas electrónicos de información de salud, servicios de interpretación y situaciones especiales permitidas o requeridas por la ley.

**Tratamiento** se refiere a proporcionar, coordinar o gestionar atención médica y servicios relacionados por parte de uno o más proveedores de atención médica. Esto incluye, entre otras, la coordinación de la atención para las derivaciones y entre otros proveedores para la coordinación de la atención.

**Pago** se refiere a actividades como obtener el reembolso de servicios, confirmar la cobertura, actividades de facturación o cobro y revisión del uso. Un ejemplo sería enviar una factura por su consulta a su aseguradora para que la pague.

**Operaciones de atención médica** incluyen los aspectos comerciales del funcionamiento de nuestra práctica, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Un ejemplo sería una revisión de evaluación de calidad interna y encuestas de satisfacción del paciente.

**Acuerdos de intercambio electrónico de información médica y de asociados comerciales.** KCHC es parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye participantes en OCHIN<sup>1</sup>. Como socio comercial de KCHC, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. KCHC usa sistemas electrónicos de información médica por medio de la historia clínica electrónica que incluye su información médica protegida. Este intercambio electrónico de información médica es una colaboración con otros proveedores de atención médica y planes de salud para garantizar una rápida coordinación de la atención con KCHC para sus fines de tratamiento, pago y operación de la atención médica. La participación en un intercambio electrónico de información médica también nos permite ver la información del otro usuario sobre usted para su atención médica en KCHC para fines de tratamiento, calidad y pago. Podemos usar su información de atención médica y divulgarla a personas u organizaciones que ayudan a KCHC con el tratamiento, las operaciones/pagos de atención médica o con el cumplimiento de obligaciones legales. Estos socios comerciales deben aceptar proteger la confidencialidad de la información médica protegida. La información médica personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, será coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable, modificada periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya haya sido proporcionada según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

**Situaciones especiales.** Pueden ocurrir otras situaciones en las que la PHI puede divulgarse legalmente. Esto puede incluir, entre otras, citaciones legales, reclamaciones de indemnización laboral, solicitudes de cumplimiento de la ley, informes forenses, actividades de supervisión de salud o situaciones para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad pública. Otros ejemplos de circunstancias especiales pueden incluir servicios de interpretación de idiomas, atención fuera del horario laboral proporcionada por un socio comercial y servicios de recordatorio de citas. Podemos utilizar su PHI para comunicarnos con usted con respecto a su atención o próximas citas.

**Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias.** Si recibe servicios de tratamiento por alcohol o drogas, su historia clínica, que lo identifica como receptor de esos servicios, está protegida no solo por HIPAA, sino también por la ley de confidencialidad del Título 42 del CFR, Parte 2. Esta ley proporciona garantías adicionales para proteger la privacidad de estos expedientes.

**Otros usos y divulgaciones requieren su autorización.** La divulgación de su información médica o su uso para cualquier propósito distinto al permitido por la ley<sup>2</sup> requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar el uso o la divulgación de su información, puede presentar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará ningún uso o divulgación de información que ocurrió antes de que nos notificara su decisión de revocar su autorización.

### **Derechos individuales**

Usted tiene ciertos derechos en virtud de las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica protegida.
- El derecho a recibir solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información médica protegida de nuestra parte por medios alternativos o ubicaciones alternativas.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.
- El derecho a modificar o enviar correcciones a su información médica protegida.
- El derecho a recibir un recuento de cómo y a quién se ha divulgado su información médica protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.
- *Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y a proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad.*
- *También estamos obligados a cumplir con las políticas y prácticas de privacidad que se describen en este aviso.*

### **Derecho a revisar las prácticas de privacidad**

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar o cambiar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Si lo solicita, le proporcionaremos el aviso revisado más reciente en cualquier visita al consultorio. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información médica protegida que mantenemos.

**Quejas.** Si desea enviar un comentario o una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede hacerlo enviando una carta describiendo sus inquietudes a: [compliance@kodiakchc.org](mailto:compliance@kodiakchc.org) o

Kodiak Community Health Center Attn: Compliance Officer  
1911 E. Rezanof Dr. Kodiak, AK 99615

**Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, debe llamar nuestra atención sobre el asunto enviando una carta describiendo el motivo de su inquietud a la dirección indicada antes.** No se lo sancionará ni se tomarán represalias de ningún tipo por presentar una queja.

### **Fecha de entrada en vigencia de este Aviso**

Este Aviso entra en vigencia a partir del 10 de junio de 20

<sup>1</sup> Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org)

<sup>2</sup>Privacidad de la información médica <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>