



# Community Health Center of Southeast Kansas

## BIENVENIDO!

Gracias por elegir la Community Health Center de Southeast Kansas, Inc. (CHC/SEK) para sus necesidades de atención médica. Somos un sistema de atención médica propiedad por pacientes y operada por el paciente establecido en el 2003 para ofrecer cuidado de salud como debe ser- asequible, accesible y responsable. CHC/SEK es una organización sin fines de lucro con todos los ingresos invertidos en nuestros servicios, instalaciones, pacientes y personal. Creemos que la atención médica de calidad es un derecho que toda persona tiene derecho y para apoyar esto, a nadie nunca se le niega atención debido a su inhabilidad de pagar.

Cada una de nuestras clínicas son diseñadas y dotadas de personal para satisfacer las necesidades de su comunidad. Sin embargo, todos compartimos un propósito común y una misión e independientemente de la ubicación y el tamaño tiene varias cosas en común entre ellos...

\*CHC/SEK es uno de solo 13,000 prácticas del país reconocida por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad como una Casa Médica Centrada en el Paciente el cual quiere decir que nuestros pacientes reciben cuidado de alta calidad cuando y donde lo necesiten y de manera que lo entiendan. Información adicional sobre lo que esto significa para usted está incluido.

\*Servicios están disponibles en los momentos para satisfacer a nuestros pacientes incluyendo fines de semana y tardes. Después de horas, un proveedor médico y dental está de guardia y se pueden contactar al 620-249-5266 (médico) y llamar al 620-249-5286 (Dental). Estos números también están publicados en el exterior de nuestros edificios y nuestro sistema de mensajes telefónico.



\*Pacientes- con y sin seguro, pueden ser elegibles para servicios con descuento basado en su tamaño de ingresos y familia. Más información sobre la elegibilidad y solicitudes de asistencia están disponibles en este paquete de bienvenida, en nuestras clínicas en registración o en nuestro sitio web de [www.chcsek.org](http://www.chcsek.org).

\* Queremos que nuestros pacientes entiendan completamente su cuidado y proporcionamos servicios de interpretación y servicios de traducción, así como para los que tienen limitaciones de audición. Por favor, háganos saber sus necesidades al programar su cita.

\*Además a cuidados de salud, CHC/SEK trabaja en asegurar de que usted tenga acceso a los recursos que necesite incluyendo medicamentos de bajo costo o sin costo, transporte, asistencia para llenar solicitudes de asistencia médica y Aseguranza del Mercado y manejadores de cuidado para ayudarle a manejar su cuidado. Para más información, póngase en contacto con el navegador de pacientes o el Gerente de la Práctica o al llamar al 620-231-9873.

\* Para asegurar de que nuestros proveedores sean los mejores, requerimos que todo personal tenga licencia al someterse a un proceso de revisión estricto para verificar su educación, formación y experiencia. Su desempeño es evaluado anualmente y comparado con otros en todo el país con los proveedores de CHC/SEK algunos de los más destacados en su

\* Para garantizar que nuestros proveedores sean los mejores, requerimos que todo el personal con licencia se someta a un estricto proceso de revisión para verificar su educación, capacitación y experiencia. Su desempeño se evalúa anualmente y se compara con otros en todo el país con proveedores de CHC/SEK, algunos de los más destacados en su área.

¿Cualquier pregunta o preocupación? Llame al 620-231-9873 y una persona dirigirá su llamada a la persona que puede ayudar.

# Lo que necesita saber sobre el Hogar médico centrado en el paciente

**\* Si es tan bueno como parece.** Toda la atención se centra en usted y es entregada por un "equipo" de profesionales de la salud que trabajan con y para usted. Juntos, proporcionan la información necesaria para tomar decisiones sobre su salud y conectarse a recursos importantes para mejorar la calidad de vida. Estos proveedores de salud utilizan la información más actualizada sobre la prevención de problemas médicos, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y los esfuerzos de bienestar que marcan la diferencia.

**\*Cubre toda la persona.** CHC/SEK reconoce que la mente y el cuerpo están conectados y proporciona acceso a servicios de salud médica, dental y mental para todos sus pacientes independientemente de la situación financiera. Su estado de ánimo afecta cómo se siente físicamente y nuestro equipo de atención al paciente incluye a especialistas en salud mental que pueden ofrecer sugerencias sobre cómo lidiar con la enfermedad crónica o desafíos que enfrentamos la mayoría de nosotros a lo largo de nuestras vidas.

**\*Cuidado es coordinado** Con su ayuda, personal le conectará con el cuidado que necesite y ayudarlo a navegar a través del sistema de salud. Su equipo de atención sirve como su defensor ayudando a limitar la confusión que puede surgir cuando este en un lugar desconocido con proveedores que no conoce. También podemos ayudarlo con la comprensión de su seguro médico u obtener cobertura médica asequible. Personal capacitado está disponible en todas las clínicas para ayudarlo a entender sus opciones.

**\*Lo seguimos a usted.** Cuando es necesario consultar a un especialista o ser hospitalizados, su equipo de atención se asegurará de que a los que lo referimos tengan información sobre su salud para que no repitan pruebas innecesariamente. Luego, seguiremos para asegurarnos de que tengamos los resultados de estas visitas, para saber lo que es recomendado.

**\*Lo que usted nos dice es importante.** Escuchamos atentamente a lo que tenga que decir y le pedimos que nos diga todo lo que pueda sobre sus necesidades de cuidado de la salud. Tenemos un historial médico completo, incluyendo todos los medicamentos (incluso aquellos que no requieren receta médica) y cualquier otro médico que usted haiga visto. Toda la información que usted nos proporcione es confidencial y sólo para asegurarnos de que tenemos lo que necesitamos para proporcionarle una atención integral.

**\*Está disponible cuando lo necesite.** CHC/SEK clínicas ofrecen servicios diseñados alrededor a la escuela, el trabajo y horarios familiares. Vea la lista adjunta de todas las clínicas CHC/SEK, sus horas de operación y cómo llegar a ellas. También contamos con un proveedor médico y dental de guardia cuando nuestras clínicas estén cerradas e información de contacto también está incluido.

**\*Todos son tratados con igualdad.** Estamos comprometidos a proporcionar todos los que servimos con el cuidado adecuado en el momento oportuno. Todos nuestros recursos y servicios están disponibles a todos los pacientes independientemente de los ingresos y están diseñados para ser accesibles para todos.



# Community Health Center of Southeast Kansas

CALIDAD, ACCESIBLE, CUIDADO DE SALUD ECONÓMICO PARA TODA LA FAMILIA

- Servicios médicos, dentales y de conducta primarios para adultos y niños.
- Medicare, Medicaid, KanCare & y todo tipo de seguro médico es aceptado con tarifas de descuento disponible para esos que cumplan con las guías financieras.
  - Nadie es negado cuidado por inhabilidad de pagar

Ubicación de las clínicas	# de teléfono de las clínicas	# de teléfono de horas después de horario. Dejo un mensaje y un proveedor le regresara la llamada
<b>Condado de Crawford</b>		
Clinica de Pittsburg 3011 N. Michigan, Pittsburg, KS 66762	Primaria - 620-231-9873 Farmacia – 620-231-2681 Cuidado sin cita- 620-240-5600	Medical - 620-249-5266 Dental - 620-249-5268
Clinica Dental de Pittsburg 924 South Broadway, Pittsburg, KS 66762	620-231-6788	620-249-5268
Arma 601 E. Washington St., Arma, KS 66712	620-347-4033	620-249-5266
<b>Condado de Cherokee</b>		
Columbus 120 W. Pine, Columbus, KS 66725	620-429-2101	620-249-0739
Baxter Springs 2990 Military Ave., Baxter Springs, KS 66713	620-856-2900	Medical - 620-249-0739 Dental - 620-249-5268
<b>Condado de Montgomery</b>		
Coffeyville 801 W. 8 <sup>th</sup> St., Coffeyville, KS 67337	620-251-4300	Medical - 620-249-7296 Dental - 620-249-5268
Independence 3751 W. Main St., Independence, KS 67301	620-577-2131	Medical - 620-249-7296 Dental - 620-249-5268
<b>Condado de Labette</b>		
Parsons 2100 Commerce Dr., Parsons, KS 67357	620-717-4450	Medical - 620-687-0513 Dental - 620-249-5268
<b>Condado de Allen</b>		
Iola 2051 North State St., Iola, KS 66749	620-380-6600	Medical - 620-687-2889 Dental - 620-249-5268
<b>Condado de Bourbon</b>		
Ft. Scott – Clinica principal 401 Woodland Hills Blvd, Ft. Scott, KS 66701	620-223-8040	620-644-9048
Ft. Scott – Clinica del cuidado sin cita 1624 S. National Ave, Ft. Scott, KS 66701	620-223-8482	620-644-9048
<b>Condado de Linn</b>		
Pleasanton 11155 Tucker, Rd, Pleasanton, KS 66075	913-352-8379	888-521-6005
Mound City 302 N. 1 <sup>st</sup> . St., Mound City, KS 66056	913-795-8302	888-521-6005

The Community Health Center of Southeast Kansas is recognized by the National Committee for Quality Assurance as a Patient-Centered Medical Home.



# Community Health Center of Southeast Kansas

Gracias por elegir a Community Health Center de Southeast Kansas, Inc. (CHC/SEK) para sus necesidades de atención médica. Tenga en cuenta que toda la información proporcionada por usted se mantendrá estrictamente confidencial en conformidad con las leyes federales de privacidad. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregunte a la recepcionista o al 620-231-0973. Por favor complete este formulario en tinta.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre legal completo (Imprimido)

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
-----------	----------------	-----------------

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Usted quiere tener acceso a su expediente médico electrónicamente?    Sí                       No

Si si, usted recibirá un correo electrónico, al correo electrónico escrito arriba, de CHC/SEK con su información para entrar y también el URL. (Si es así, usted recibirá un correo electrónico, la dirección de correo electrónico escrito anteriormente, de CHC/SEK con su información de acceso y el URL de inicio de sesión.)

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Método preferido de comunicación para recordatorios de citas:    Texto                       Llamada Telefónica

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino  Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

### Estado Marital:

- Divorciado
- Casado/a
- Pareja
- Soltero/a
- Viudo/a
- Separado Legalmente

### Estado de Empleo:

- Servicio Activo Milita
- Empleado de Tiempo Completo
- Empleado de Medio Tiempo
- Empleado Propio
- Jubilado/a
- Desempleado

### Estado Estudiantil:

- Estudiante Tiempo Completo
- Estudiante Medio Tiempo
- No está en la Escuela

**Cuidador Responsable** (Niños menores de 18 años de edad o adultos con poder notarial) (Los niños menores de 18 años de edad, por favor indique dos cuidadores responsables)

Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____	Número de Seguro Social: _____
Relación al Paciente: _____	Relación al Paciente: _____
Dirección de Correo: _____	Dirección de Correo: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____

(Si el cuidador responsable es un padre de crianza o colocación fuera del hogar, inmediatamente entregue el papeleo apropiado que mostrara la colocación y el papeleo apropiado mostrando que usted tiene la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente.

**Por favor complete la parte posterior de esta forma**

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

¿En caso de una emergencia a quien podemos contactar? \_\_\_\_\_

¿Relación? \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACION FINANCIERA** (Por favor llene para ayudar a determinar si usted es elegible para descuentos médicos)

Personas en la familia/hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otros \_\_\_\_\_

Ingreso estimado de la familia/hogar: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

**Marque todas las que le apliquen:**

Sin Seguro de Salud (Navegadores de paciente están disponibles para ayudar a determinar si usted es elegible para cobertura o descuentos médicos)

KanCare (AETNA, Sunflower, United HealthCare)

Seguro Médico Comercial

Otro Medicaid

Medicare

Suplemento de Medicare

Accidente Automovilístico

Compensación del Trabajador

Otro Accidente

**Proporcione la información del seguro abajo. Por favor proporcione a la recepción su tarjeta de seguro para fines de facturación.**

**Seguro Primario**

**Seguro Secundario**

Plan de Seguro \_\_\_\_\_

Plan de Seguro \_\_\_\_\_

Numero de ID del miembro \_\_\_\_\_

Numero de ID del miembro \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

**Información del titular de la Póliza:**

**Información del Titular de la Póliza:**

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indio Americano/Alaska

Asiático/a

Nativo Hawaiano/a

Negro o Africano Americano

Blanco/a

Otra Raza

Isla Pacifica

**Etnicidad:**

Hispano/Latino

No Hispano/Latino

**Lenguaje Preferido:**

Inglés

Español

Otro \_\_\_\_\_

**Veterano:**

Si

No

**Si usted está sin hogar, usted esta:**

En la calle

Viviendo con otros en la misma casa

En Hogar de Transición

En un Refugio

Otro

Usted o alguien en su familia ha trabajado en la agricultura, tales como siembra, cultivo, o cosecha (frutas, verduras, cereales o lácteos) en los últimos dos (2) años como:

No Aplicable

Trabajador Temporal

Trabajador Migrante

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre

Ciudad y Estado

\*\*Apothecare, esta físicamente localizado adentro de CHC/SEK en las clínicas de Pittsburg, Iola y Fort Scott, es la farmacia preferida de CHC/SEK.

Rev. 5/2019

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

NOMBRE DE PACIENTE (Imprima): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, como el paciente anterior escrito o como la persona que toma decisiones para el paciente indicado arriba, solicito los servicios de salud en Community Health Center de Southeast Kansas, Inc. ("CHC/SEK").

Entiendo que los servicios de salud pueden suministrarse por empleados, agentes y contratistas independientes utilizados por CHC/SEK y que mi información será compartida internamente por CHC/SEK con un registro del paciente.

Mientras que sea un paciente de CHC/SEK, doy consentimiento y autorizo a CHC/SEK para proporcionar servicios de salud bajo la dirección de profesionales clínicos de CHC/SEK. Voluntariamente doy mi consentimiento para cualquier examen, prueba, o tratamiento por profesionales clínicos de CHC/SEK como sea necesario en su juicio para el paciente.

Entiendo que no se ha hecho ninguna promesa o garantía en relación con el resultado de cualquier atención prestada a mí por CHC/SEK.

Entiendo que todos los servicios en CHC/SEK estarán disponibles sin discriminación prohibida por la ley federal y la ley estatal.

**Exposición de Fluidos Corporales/Sangre:** Si un profesional está expuesto a sangre u otro líquido corporal, doy mi consentimiento a las pruebas para el virus de inmunodeficiencia humana, Hepatitis y otras enfermedades transmitidas por la sangre. Entiendo que si tal prueba se produce, no facturaran a él.

**Los Estudiantes Clínicos:** Entiendo que CHC/SEK está aprobado para capacitar a los estudiantes de diversos lugares de cuidado de salud y que pacientes pueden verse vistos por estudiantes clínicos solamente que este en escrito.

**Fotografía Clínica:** El uso de la fotografía clínica en algunas circunstancias puede considerarse rutina para el cuidado del paciente. Excepto en una emergencia, yo entiendo que:

- Seré informado/a antes de la fotografía clínica del uso y propósito de la imagen
- Tengo el derecho a rechazar la fotografía clínica; y tengo el derecho a retirar mi consentimiento para cualquier fotografía futura clínica en cualquier momento.

Fotos de identificación del paciente se pueden tomar para garantizar la identidad del paciente y por motivos de seguridad. Fotos se actualizarán periódicamente o cuando mi estado físico cambie significativamente.

### Información Financiera

**Acuerdo Financiero:** Por la presente asigno a CHC/SEK cualquier beneficios pagaderos de cualquier póliza de seguro médico/dental y salud mental que cubra al paciente (incluyendo pero no limitado a Medicare, Medicaid, Blue Cross/Blue Shield, etc.) a pagar directamente al CHC/SEK a aplicar los cargos por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable de los pagos de co-seguro, deducibles o cualquier saldo restante. En caso de que se requiera autorización previa para un tratamiento por cualquier plan de salud o póliza de seguro,

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

mientras que la CHC/SEK pueda ayudar en obtener la autorización previa, previamente dicha, sigo siendo responsable para la obtención de dicha autorización antes.

**Medicare/Medicaid:** Entiendo que la información proporcionada en la solicitud de pago bajo título XVIII o ley de Seguridad Social (Medicare), y las leyes de Medicaid del estado o cualquier otros programas de derecho federal o estatal es correcto y autorizo a CHC/SEK o a sus empleados o agentes de información médica u otro necesario para procesar un reclamo a cualquier agencia de gobierno o sus intermediarios o seguros de las compañías aéreas. Doy mi consentimiento a CHC/SEK para solicitar pago de beneficios autorizados en mi nombre.

**Medicare y Servicios de Medicaid No-Cubiertos:** Entiendo que Medicare y Medicaid no paga por algunos servicios. Entiendo que CHC/SEK ayudara en la identificación de estos servicios, y también entiendo que yo soy totalmente responsable del pago de estos servicios identificados.

**Actividades de Operaciones de Salud**

La ley federal permite a CHC/SEK a compartir su información médica con organizaciones específicas para mejorar la comunicación entre proveedores de atención médica acerca de su salud y aumentar la calidad del cuidado proporcionado a usted. Estas organizaciones pueden incluir otros consultorios, hospitales, compañías de seguros, las compañías farmacéuticas y otros a los efectos del tratamiento, coordinación de atención, pago y otras razones relacionadas con las operaciones del cuidado de salud. Mientras que no es necesario su consentimiento para compartir la información para este propósito, queremos que tenga en cuenta que su información de salud puede ser compartida por este motivo.

**Derechos del Paciente:** Entiendo y me han proporcionado una copia de los derechos y responsabilidades del paciente de CHC/SEK.

**Aviso de Practicas de Privacidad:** Entiendo y me han proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad de CHC/SEK que incluyen el compartir de información atreves de la red de información de salud de Kansas.

Mi firma a continuación reconoce que he leído y entiendo este documento y estoy autorizando al firmar:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del responsable de hacer las decisiones

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del Paciente o del responsable de hacer las decisiones

\*Relación al paciente:     Padre     Guardián Legal  
    Poder Notarial Duradero     Otro/Relación:

**(Documentación es requerida en el momento de firmar el consentimiento para la forma de tratamiento)**

Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre imprimido del Testigo

Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Aplicación para asistencia financiera

La clínica Community Health Center of Southeast Kansas ofrece servicios médicos de calidad para todas las personas, sin tomar en cuenta la habilidad de pago. La información proveída en esta aplicación de Asistencia Financiera puede calificarle para asistencia si tiene dificultad para pagar por los servicios.



**Si tiene alguna pregunta sobre su aplicación de asistencia financiera, por favor contacte:**

**CHC/SEK – Asistencia Financiera al (620) 240-5682 o [fa@chcsek.org](mailto:fa@chcsek.org).**

**Regrese su aplicación completa de asistencia financiera á:**

**CHC/SEK – Financial Assistance, P.O. Box 1832, Pittsburg, Kansas 66762  
Número de fax: (620) 231 - 2808 correo electrónico: [fa@chcsek.org](mailto:fa@chcsek.org)**

**Usted puede entregar su aplicación en CUALQUIER clínica de CHC/SEK.**

**Una aplicación completa de asistencia económica incluye:**

- Una aplicación de asistencia financiera llenada y firmada (por favor escribe claramente).
- Todos los documentos necesarios (comprobante de ingresos, comprobante de domicilio).

**Usted puede calificar para la asistencia financiera aunque tenga seguro de salud; así que, por favor, complete la aplicación de asistencia financiera a pesar de su estado de seguro de salud.**

**La clínica CHC/SEK aplica elegibilidad de precalificación, cual puede calificarlo para la asistencia financiera mientras su aplicación de asistencia financiera este en proceso.**

**Una determinación si califica para la asistencia financiera será hecha entre siete (7) días desde su entrega de su aplicación completa para asistencia financiera.**

**Su asistencia financiera es válida por un (1) año desde su aprobación de asistencia financiera. Después del año, usted va ocupar llenar una nueva aplicación de asistencia financiera.**

**Por favor, mire el sitio web de CHC/SEK, [www.chcsek.org](http://www.chcsek.org), para información adicional sobre el programa de asistencia financiera de CHC/SEK.**

**Declaración de ingresos personales:** No hay comprobante de ingresos disponible. Debido que no hay comprobante de ingresos personales disponible, yo declaro que mis ingresos anuales son \$\_\_\_\_\_. No tengo comprobante de mis ingresos personales porque \_\_\_\_\_.

**Nombre imprimido del paciente/guardián: \_\_\_\_\_**

**Firma del paciente/guardián: \_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ (Año)**



**COMMUNITY HEALTH CENTER OF SEK – FORMULARIO DE APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Teléfono: (620) 240 - 5682

Fax: (620) 231 - 2808

Correo electrónico: fa@chcsek.org

Nombre impreso del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Seguro de salud:  Si  No (Si sí, por favor nombre cualquier seguro de salud que tenga su familia).

Medicare,  Medicaid/KanCare,  Comercial/Privado,  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro de salud: \_\_\_\_\_ Nombre de la compañía de seguro de salud: \_\_\_\_\_

**Información de su familia:**

**Tamaño de familia (incluyendo usted mismo):**  1,  2,  3,  4,  5,  6,  7,  8,  Otro: \_\_\_\_\_

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>
PACIENTE (Si es diferente al solicitante)		DEPENDIENTE	
ESOSO(A)/PAREJA		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

**Información de ingreso anual familiar: Ingreso total antes de los impuestos.**

<u>Miembro familiar recibiendo ingreso</u>	<u>Tipo de ingresos (ganancias, seguro social, pensión, jubilación, incapacidad, manutención de hijos, desempleo, etc.)</u>	<u>Cuánto</u>	<u>Frecuencia (semanal, mensual)</u>

**Comprobante de ingresos:** Por favor, proveer documentación de ingresos sobre todos los miembros familiares de mayor de dieciocho (18) años de edad. Un comprobante de ingresos es requerido para determinar la asistencia financiera. Si usted no puede proveer un *comprobante de ingresos*, usted puede llenar **declaración personal de ingresos** debajo de la página anterior.

**Ejemplos de comprobante de ingresos:** Una declaración de retención, "W-2"; talones de pago actuales (3 meses); información de empleo personal; declaración de impuestos del año anterior; declaración de pensión; información de seguridad de ingreso suplementario (SSI); declaración de beneficios de desempleo; declaraciones escritas de los empleadores.

**Testimonio:** Yo declaro que la información de arriba es correcta y tomo responsabilidad de contactar CHC/SEK si unos cambios ocurren en mi estado económico o de mi seguro. Yo entiendo que será descalificado de recibir asistencia financiera por dar información falsa.

**Firma del paciente/guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ (Mes) \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ (Año)



<b>LISTA DE CARGOS DE DESCUENTO/NOMINAL DE CHC/SEK 2019</b>				
<b>DESCRIPCION</b>	<b>NIVEL A</b>	<b>NIVEL B</b>	<b>NIVEL C</b>	<b>NIVEL D</b>
<b>Medical</b>				
	\$15.00	\$25.00	\$35.00	\$45.00
<b>Dental</b>				
	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<b>Tratamiento de Salud Mental y Adicciones</b>				
	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00
<b>Ultrasonido, Dopler, Mamografia</b>				
	\$50.00	\$60.00	\$70.00	\$80.00
<b>Manejo de Cuidado, DSMT, &amp; Comunicacion Virtual</b>				
	\$0.00	\$1.00	\$2.00	\$3.00
<b>Clinica Ambulatoria</b>				
	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00
<b>Terapia Fisica</b>				
	\$15.00	\$25.00	\$35.00	\$45.00
<b>Optometria</b>				
	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00
<b>Servicios de Hospital</b>				
<i>ADMISION LIMITADA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ADMISION MODERADA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ADMISION COMPLETA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>LIMITADA DIARIA</i>	\$25.00	\$35.00	\$45.00	\$55.00
<i>EXPANDIDO DIARIO</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>DETALLADO DIARIO</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA MENOS DE 30 DIAS</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA MAS DE 30 DIAS</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>OBSTETRICIA BAJO</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>OBSTETRICIA MODERADA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA DE OBSTETRICIA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>PARTO</i>	\$666.00	\$766.00	\$866.00	\$966.00
<i>ASISTENCIA PRIMERA DE CESARIA</i>	\$229.00	\$279.00	\$329.00	\$379.00
<i>EXPULSAR DE LA PLACENTA</i>	\$76.00	\$86.00	\$96.00	\$106.00
<i>HISTORIAL &amp; FISICO DE RECIEN NACIDO</i>	\$74.00	\$84.00	\$94.00	\$104.00
<i>ASISTIR DEL PARTO</i>	\$61.00	\$71.00	\$81.00	\$91.00
<i>CUIDADO SUBSECUENTE DE RECIEN NACIDO</i>	\$19.00	\$29.00	\$39.00	\$49.00
<i>CUIDADO CRITICO MENOS DE 28 DIAS</i>	\$755.00	\$855.00	\$955.00	\$1,055.00
<i>CIRCUMCISION</i>	\$180.00	\$190.00	\$200.00	\$210.00
<i>ADMISION DE HABILIDAD ESTABLE</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ADMISION DE HABILIDAD COMPLETA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ADMISION DE HABILIDAD COMPRESIVA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ADMISION DE HABILIDAD DIARIA ESTABLE</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>CAMBIOS DIARIOS DE HABILIDAD</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>COMPLICACIONES DIARIAS DE HABILIDAD</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA DE HABILIDADES MENOS DE 30</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA DE HABILIDADES MAS DE 30</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>EVALUACION ANNUAL DE CENTRO DE ENFERMERIA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA DE ADMISION DE MISMO DIA BAJA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA DE ADMISION DE MISMO DIA MODERADA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00
<i>ALTA DE ADMISION DE MISMO DIA COMPLETA</i>	\$35.00	\$45.00	\$55.00	\$65.00



# Community Health Center of Southeast Kansas

## Derechos y Responsabilidades de Pacientes Community Health Center of Southeast Kansas, Inc. (CHC/SEK)

### Derechos de Paciente: Pacientes pueden esperar

- Ser tratados con dignidad y respeto;
- A un ambiente seguro y sanitario que promueve la privacidad y la dignidad que es libre de abuso, negligencia, explotación y restricción o reclusión de cualquier forma utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia;
- Servicios de tratamiento libre de discriminación basada en raza, religión, origen étnico, origen nacional, evidencia de asegurabilidad, orientación sexual, edad, discapacidad, condición médica o capacidad de pago de servicios;
- Para recibir comunicación en una lengua que el paciente puede entender;
- Para recibir información y educación que es fácilmente comprensible con respecto a su condición médica/ dental/psiquiátrica, resultados esperados y opciones de tratamiento y prescriben medicamentos, incluyendo efectos secundarios, riesgos y beneficios. Pacientes en tratamiento de la sustancia deben ser informados si el cumplimiento de la medicación es una condición de tratamiento y planes de ser dado de alta con medicamentos;
- Para participar en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado con la revisión periódica y reviso, según sea el caso, del plan de tratamiento individualizado;
- Ser capaz de rechazar el tratamiento o retirar su consentimiento al tratamiento, a menos que tal tratamiento es ordenado por un tribunal o es necesario para salvar la vida o salud física del paciente. Rechazando el tratamiento los pacientes deben ser informados de las posibles consecuencias de esa decisión;
- Para recibir una referencia a otro programa/servicio si CHC/SEK es incapaz de proporcionar un servicio que el paciente pide o como se indica en el plan de evaluación o tratamiento del paciente;
- Que en el caso de CHC/SEK refiere al paciente a un proveedor o entidad profesional de la salud, fuera de CHC/SEK, CHC/SEK hará seguimiento con dicho proveedor o entidad profesional de la salud para asegurar la continuidad de la atención;
- Para recibir las recomendaciones de tratamiento y al ser referido, en su caso, si el paciente es dado de alta o transferido;
- Privacidad en el tratamiento, incluyendo el derecho a no tomar huellas digitales, fotografiado o grabado sin consentimiento, con la excepción de fotografiar para propósitos de identificación, administrativos o grabaciones de vídeo utilizadas para fines de seguridad;
- Recibir asistencia de un miembro de la familia, señalado representante u otra persona en entender, proteger o ejercer los derechos del paciente;

- Al ser tratado en el ambiente menos restrictivo y consonancia con el estatus legal del paciente y estado clínico del paciente, y que preserva la seguridad del paciente y la seguridad de otros pacientes y al personal de CHC/SEK;
- Comunicación confidencial, privada incluyendo llamadas telefónicas, cartas y visitas personales con el proveedor del paciente, abogado, clero, Departamento de envejecimiento y servicios de discapacidad u otras personas a menos que la restricción de la comunicación es clínicamente indicada y documentado en el expediente;
- Para dar consentimiento por escrito, al negar a consentir, o retirar el consentimiento por escrito para participar en una investigación, experimentación o un ensayo clínico que no es un tratamiento reconocido profesionalmente sin afectar a los servicios disponibles para el paciente;
- Estar libres de coacción en realizar o abstenerse de la actividad religiosa o espiritual, práctica o creencia y poder practicar sus creencias religiosas individuales;
- La capacidad para ejercer un procedimiento de quejas para resolver diferencias y para recibir una respuesta a una queja de manera oportuna e imparcial;
- Libertad de represalias por presentar una queja a la administración de CHC/SEK, el Departamento de Servicios Sociales de Rehabilitación u otra entidad;
- La capacidad para obtener una copia de su expediente médico a cargo del paciente;
- A ser informado, en el momento de la inscripción o antes de recibir los servicios, de cualquier cargo que el paciente debe pagar y de las políticas de reembolso, excepto el tratamiento durante una situación de crisis;
- Una explicación de la factura por servicios, información sobre opciones de pago incluyendo asistencia financiera y acceso a los gastos de desplazamiento y asesoramiento con respecto a otros recursos financieros; y
- Confidencialidad de la información médica, financiera y personal que no saldrá a terceras entidades sin el consentimiento apropiado.

**Responsabilidades del paciente incluyen:**

- Proporcionar información precisa, completa y actualizada relacionada a su salud incluyendo preocupaciones presentes, enfermedades y cirugías, hospitalizaciones y urgencias/visitas de atención urgente y medicamentos;
- Mostrando respeto y consideración de los derechos de otros pacientes, personal de CHC/SEK y los proveedores, incluyendo el respeto de la propiedad;
- Proporcionar la información necesaria para reclamaciones de seguros y trabajar con el personal para hacer pagos o solicitar tarifas reducidas;
- Siguiendo su plan de tratamiento individualizado;
- Siguiendo políticas de CHC/SEK;
- Expresar preocupaciones o quejas por lo que pueden resolverse; y
- El personal de CHC/SEK es expuesto a sangre u otro líquido corporal, da su consentimiento a las pruebas para el Virus de inmunodeficiencia humana, Hepatitis y otras enfermedades transmitidas por la sangre.



# Community Health Center of Southeast Kansas

## Noticia de Practicas Privadas

### **Su Información. Sus Derechos. Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe cómo información médica sobre usted puede utilizarse y divulgarse y cómo usted puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

#### **Sus Derechos**

*Quando se trata sobre su información de salud, usted tiene ciertos derechos.* Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo a usted.

#### **Reciba una copia electrónica o de papel de su expediente**

- Usted puede pedir mirar o recibir una copia electrónica o de papel de su expediente médico u otra información que podamos tener de usted. Pregúntenos como hacer esto.
- Nosotros le proveemos con una copia o resumen de su información de salud, usualmente durante 30 días de cuando lo pide. Puede que le cobremos un gasto razonable, cargo basado en costo.

#### **Pida comunicaciones confidenciales**

- Usted puede pedirnos que el contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "Sí" a todas las solicitudes razonables.

#### **Consúltenos para limitar lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos no para utilizar o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si afectaría a su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o un elemento de salud en su totalidad, usted puede pedirnos no a compartir esa información con su seguro de salud con el propósito de pago o nuestras operaciones. Vamos a decir "Sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información

#### **Reciba una Copia de esta Noticia de Privacidad**

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia de papel con prontitud.

#### **Escoja alguien quien actué por usted**

- Si le ha dado a alguien poder médico de abogado o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos hará que la persona tenga esta autoridad y puede actuar para usted antes de tomar cualquier acción.

### **Díganos que corrijamos su expediente médico**

- Puede solicitarnos para corregir la información médica sobre usted que crea que este incorrecta o incompleta.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

### **Reciba una lista de a quien le hemos divulgado su información**

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica por seis años antes de la fecha que me pregunte, que compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones con excepción de aquellos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y ciertas otras divulgaciones (tales como cualquier pedido que hagamos). Nosotros proporcionaremos un año gratis pero se le cobrará una cuota razonable, basado en los costos si pide otra dentro de 12 meses.

### **Presentar una queja si usted siente que sus derechos han sido violados.**

- Usted se puede quejarse si usted siente que hemos violado sus derechos al contactarnos:  
Agente de Privacidad/Directora de Calidad  
3015 N. Michigan PO Box 1832  
Pittsburg, KS 66762  
Teléfono: 620-240-5015 correo electrónico: dcreitz@chcsek.org
- Usted puede presentar una queja con la oficina del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos por los derechos civiles enviando una carta a 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja.

### **Sus Opciones**

***Para cierta información de salud, usted nos puede hablar sobre lo que usted escoja y de lo que compartimos.*** Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere hacer, y vamos a seguir sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de alivio de desastre
- Incluyamos su información en un directorio de hospital

*Si no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que está en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.*

En estos casos nunca divulgaríamos su información solamente si nos da permiso por escrito:

- Propósitos de Mercadeo
- Venta de su información
- La mayoría de compartir notas de psicoterapia

En caso de recauda fondos:

- Podremos contactarlo para recaudación de fondos, pero usted puede decirnos como comunicarnos con usted otra vez.

### **Nuestros usos y Divulgaciones**

#### ***¿Típicamente como usamos o divulgamos su información de su salud?***

Típicamente usamos y compartimos su información de su salud en las maneras siguientes.

#### **Tratarlo a Usted**

Podemos usar su información de salud y compartirlo con otros profesionales que lo traten a usted.

Ejemplo: Un médico tratando por una lesión pide a su proveedor sobre su estado de salud general.

#### **Ejecutar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información médica para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para manejar su tratamiento y servicios.

#### **Facturación de sus servicios**

Podemos usar y compartir su información médica para su factura y obtener el pago de los planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: Le damos información suya a su seguro de salud para que pueda pagar por sus servicios.*

#### **¿Cómo más podemos usar o compartir su información de salud?**

Estamos permitidos o es necesario compartir su información de otras maneras – generalmente en formas que contribuyan al público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que enfrentar muchas condiciones de la ley antes de que compartamos su información para estos propósitos. Para más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Ayuda con problemas públicos y seguridad de la salud**

Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones tales como:

- Prevenir enfermedad
- Ayudar con productos retirados
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar abuso sospechoso, negligencia, violencia domestica
- Prevenir o reducir un peligro serio a su salud o seguridad de cualquiera

#### **Cumplir con los contratos con las compañías farmacéuticas y otros proveedores**

Podemos compartir información médica sobre usted para auditoría y otros propósitos.

#### **Haga su investigación**

Solamente podemos compartir su información para investigación de salud.

#### **Cumplir con la Ley**

Vamos a compartir información sobre usted si las leyes estatales o federales requieren, incluyendo con el Departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que nosotros estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

#### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información médica con organizaciones de adquisición de órganos.

#### **Trabajar con un médico forense o un director de funeraria**



Podemos compartir información médica con un médico forense, médico forense o director de la funeraria cuando un individuo muere.

### **Dirigir compensación para trabajadores, cumplimiento de la ley y otras peticiones de gobierno**

Nosotros podemos dar información sobre su salud de:

- Para reclamaciones de compensación a trabajadores.
- Para propósitos de hacer cumplir la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección militar, de seguridad nacional y presidencial

### **Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:**

- Para reclamos de compensación del trabajador
- Para propósitos de hacer cumplir la ley o con un oficial de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para las funciones especiales del gobierno como militar, seguridad nacional y los servicios de protección presidenciales.

### **Responder a las demandas o acciones legales**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le dejaremos saber inmediatamente si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad escrita en esta notificación y dado una copia del mismo.
- No utilizar o compartir su información que como se describe aquí a menos que nos diga que podamos en la escritura. Si usted nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

**Para más información valla:** [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Sus Derechos Sobre la Tecnología de Información de su Salud**

CHC/SEK participa en el intercambio electrónico de información médica con otros proveedores de atención médica y los planes de salud en el estado de Kansas a través de una organización de información de salud aprobada. A través de nuestra participación, su PHI (información de salud Personal) puede accederse por otros proveedores y planes de salud para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Bajo la ley de Kansas, usted tiene el derecho a decidir si los proveedores y los planes de salud acceder su información de salud mantenida en un intercambio de información de salud ("HIE"). Usted tiene dos opciones

Bajo la ley de Kansas, usted tiene el derecho a decidir si los proveedores y los planes de salud pueden acceder a su información de salud mantenida en un intercambio de información de salud ("HIE"). Tienes

dos opciones. Usted da permiso a las personas autorizadas a tener acceso a su PHI mantenida en un HIE para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Si usted elige esta opción, no tiene que hacer nada.

Puede elegir restringir el acceso a su PHI mantenida en un HIE presentando el formulario requerido para el intercambio de información de salud de Kansas en <http://www.khie.org>. La restricción no impide acceso a su PHI mantenida por un HIE con fines de obtención de información acerca de ciertas enfermedades transmisibles o presuntos incidentes de abuso por parte de las personas autorizadas. Su decisión de restringir el acceso de su PHI mantenida en un HIE no impide permiso usos y divulgaciones de su PHI, fuera de un HIE, por CHC/SEK como se describe en esta notificación. Información adicional sobre los intercambios de información electrónica de la salud está disponible en <http://www.khie.org>.

### **Cambios a los Términos de esta Noticia**

Podemos cambiar los términos de esta noticia, y los cambios aplicaran a toda la información que tenemos suya. La nueva noticia estará disponible si la pide, en nuestra oficina, o en nuestro sitio de web.

Actualizado: 9/2013            03/2015            01/2019