



KONZA
PRAIRIE
Community Health
& Dental Center

Junction City Medical
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.4711
Fax: 866.309.8893

Junction City Dental
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.1829
Fax: 877.671.5661

Manhattan Medical
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.807.7393

Manhattan Dental
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.534.5933

LISTA DE VERIFICACION PARA DOCUMENTOS NECESARIOS KONZA PRAIRIE CHC

NOTA: DEBE TENER TODOS LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES PARA HACER SU PRIMERA CITA

1. LLENAR LOS DOCUMENTOS DE NUEVO PACIENTE
2. TRAIGA LO SIGUIENTE, JUNTO CON LOS DOCUMENTOS DE NUEVO PACIENTE:
 - a. IDENTIFICACION
 - b. COMPROBANTE DE DOMICILIO (SI NO ESTA INCLUIDO EN SU IDENTIFICACION)
 - c. COMPROBANTE DE ASEGURADORA (TARJETA DE SEGURO MEDICO)
3. SI LA ESCALA DE PAGO ES APLICABLE, **IGUALMENTE TRAIGA:**
 - a. LAS TRES ULTIMAS COPIAS DE SU TALONARIO DE SUELDO DE TODOS LOS MIEMBROS QUE TRABAJEN EN SU CASA
 - b. COMPROBANTE DE CUALQUIER INGRESO RECIBIDO (EJ. MANUTENCION DE HIJOS, TANF, SSI, SEGURO SOCIAL, PENSION ALIMENTICIA, ETC)

SI TIENE PREGUNTAS O COMENTARIOS NO DUDE EN LLAMARNOS AL
APROPIADO NUMERO DE TELEFONO ENLISTADO ARRIBA



KONZA
PRAIRIE
Community Health
& Dental Center

Junction City Medical
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.4711
Fax: 866.309.8893

Junction City Dental
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.1829
Fax: 877.671.5661

Manhattan Medical
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.807.7393

Manhattan Dental
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.534.5933

FORMULARIO DE INFORMACION DE PACIENTE MEDICO/DENTAL

(Favor Imprimir)

FECHA DE HOY:

PROVEEDOR MEDICO PRIMARIO:

INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Raza:	Etnicidad:	Estado Civil:
Dirección/Apdo Postal:		Ciudad:	Estado:	Condado:	Código Postal:
¿Es ese su nombre legal? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Si no, ¿cuál es su nombre legal?	Nombre anterior (si es aplicable):	Fecha de Nacimiento / /	Edad:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Número de Seguro Social:	Número de Teléfono:	Número de Celular:	Correo Electrónico:		
Desea recibir recordatorios de citas por texto/teléfono: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Mejor momento para contactarlo: <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche		Farmacia Preferida:		
Ocupación:	Empleador:		Teléfono de Empleador:		
Idiomas que Habla:	Veterano? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trabajador Agrícola? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Sin Hogar? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Padres/Tutor (si es aplicable):	Teléfono:	Correo Electrónico:			
EN CASO DE EMERGENCIAS					
Nombre de un Amigo(a) Cercano o Familiar:	Relación con el Paciente::	Número de Teléfono:	Número de Teléfono del Trabajo:		
Dirección de Calle/Apdo Postal:	Ciudad:	Estado:	Condado:	Código Postal	
ENTREGA DE REGISTROS					
¿Tiene Dirección Avanzada o Testamento? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			¿Autorizado para Entregar Información? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
<i>Si el contacto o persona autorizada para entregarle los registros médicos es diferente al contacto de emergencia, favor complete la siguiente información</i>					
Nombre de la Persona Autorizada:	Relación con el Paciente:	Número de Teléfono:	Teléfono del Trabajo:		
Dirección de Calle/Apdo Postal	Ciudad:	Estado:	Condado:	Código Postal:	

La información de arriba es verdadera en lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro médico sean pagados directamente a mi proveedor médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Igualmente, autorizo a Konza Prairie Community Health Center o mi compañía de seguro médico a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente

Fecha



KONZA
PRAIRIE
Community Health
& Dental Center

Junction City Medical
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.4711
Fax: 866.309.8893

Junction City Dental
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.1829
Fax: 877.671.5661

Manhattan Medical
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.807.7393

Manhattan Dental
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.534.5933

FORMULARIO DE INFORMACION DEL SEGURO

(Favor Imprimir)

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO PRINCIPAL

Favor entrega su tarjeta de suscriptor a la recepcionista

Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: / /	Teléfono del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Relación del Paciente con el Suscriptor: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro (favor especifique): _____		
Nombre del Seguro:	Identificación #:	Grupo #:	
Dirección del Seguro Número:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO DENTAL

Favor entrega su tarjeta de suscriptor a la recepcionista

Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: / /	Teléfono del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Relación del Paciente con el Suscriptor: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro (favor especifique): _____		
Nombre del Seguro:	Identificación #:	Grupo #:	
Dirección del Seguro Número:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO (Si es aplicable)

Favor entrega su tarjeta de suscriptor a la recepcionista

Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: / /	Teléfono del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Relación del Paciente con el Suscriptor: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro (favor especifique): _____		
Nombre del Seguro:	Identificación #:	Grupo #:	
Dirección del Seguro Número:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

La información de arriba es verdadera en lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro médico sean pagados directamente a mi proveedor médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. Igualmente, autorizo a Konza Prairie Community Health Center o mi compañía de seguro médico a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente

Fecha

HISTORIAL CLINICO MEDICO/DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

¿Tiene historial de los siguientes? (Marque todas las que apliquen)

	Si	No		Si	No
Alergia a la Anestesia Local			Artritis		
Desorden de la sangre/Coagulación			Depresión		
Endurecimiento de las Arterias			Enfermedades de la Piel		
Dolor de Pecho			Coyunturas/Válvulas Protésicas		
Inflamación de los Tobillos			Quimioterapia/Radiación		
Presión Alta			Terapia de Bifosfonatos		
Problemas del Corazón			Cáncer		
Soplo en el Corazón			Anemia		
Cardiopatía Reumática/Fiebre			Convulsiones		
Derrame Cerebral			Alergia al látex		
Sangrado Prolongado			Medicamentos con Esteroides		
Tuberculosis			Trasplante de Órganos		
Enfisema			Problemas del Tracto Urinario		
Desmayo/Mareo			Uso de Drogas Recreativas		
Problemas de Oído/Nariz/Garganta			Problemas de la Visión		
Dolores de Cabeza Frecuentes			Asma		
Problemas de Auditivos			Terapia de Aspirina		
Enfermedad Renal			Tos Persistente		
Diabetes			Alergias Estacionales		
Enfermedad de la Tiroides			Enfermedad Mental Crónica		
Enfermedad del Hígado			Glaucoma		
Hepatitis			Cirugías con Varillas/Clavijas/Tornillos		
Enfermedad de Transmitida Sexualmente			Alergia a Medicamento		
VIH/SIDA			Otro:		
Dificultad para Respirar (falta de aliento)					
Problemas Intestinales/Estomago					

MEDICAMENTOS ACTUALES

¿Está Embarazada? Si No ¿Toma Alcohol? Yes No

¿Está Amamantando? Si No ¿Fuma Tabaco? Yes No

¿Tiene usted alguna enfermedad que no aparezca estén enlistadas? Yes No

Si su respuesta es sí, favor explique: _____

¿Tiene parientes de sangre que han sufrido de alguno de los siguientes? (VERIFIQUE LA ENFERMEDAD E INDQUE QUE PARIENTE):

<input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Ataque Cerebral	<input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="radio"/> Glaucoma
<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Ataques Epilépticos	
<input type="radio"/> Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> Enfermedad renal	<input type="radio"/> Células Falciformes	<input type="radio"/> Migrañas	

¿Cualquier Enfermedad de los órganos reproductivos?

Hombres (próstata, testículo, pene) Yes No Si la respuesta es sí, favor explique: _____

Mujeres (útero, ovarios, cuello del útero) Yes No Si la respuesta es sí, favor explique: _____

Quando fue su última inmunización...

¿Tétanos? _____ ¿Neumonía? _____

Antecedentes obstétricos (MUJERES SOLAMENTE)

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____	¿Cuántos hijos vivos tiene? _____
¿Fecha de su última menstruación? _____	¿Tiene diabetes o presión arterial? _____

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Admito que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas a mi satisfacción. No hare a mi doctor o algún miembro de su equipo, responsable por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al completar esta forma.

Firma del Paciente

Fecha



Junction City Medical
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.4711
Fax: 866.309.8893

Junction City Dental
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.1829
Fax: 877.671.5661

Manhattan Medical
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.807.7393

Manhattan Dental
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.534.5933

PORTAL DE PACIENTE FORMA DE AUTORIZACION

Propósito de este formulario:

El Portal de Paciente está diseñado para mejorar la comunicación entre médico y paciente. Cuando usted está registrado como paciente y nos haya proveído su correo electrónico seguro, le será designado un nombre de usuario y contraseña. Después que este registrado en el Portal de Paciente usted podrá hacer lo siguiente:

- Actualiza su información
- Solicitar sus propias citas
- Comunicación con el personal de laboratorio sobre los resultados de su laboratorio
- Solicitar relleno de sus recetas medicas
- Ver su expediente médico, lista de medicamentos, historial de tratamiento y fechas de sus citas
- Recibir recordatorios a través de su correo electrónico
- Ver estados de cuenta pasados y actuals

Lo siguiente **NO** será aceptado a través del Portal de Paciente:

- Recibir consejos sobre el mejor curso para el tratamiento de su problema médico. Todos los diagnósticos serán hechos por su proveedor medico cuando sea visto en su cita
- Solicitudes de medicamentos/narcóticos controlados
- Solicitudes para relleno de medicamentos que no estén actualmente recetados por KPCHC

Comunicaciones en línea nunca deben ser usadas para casos en que peligre su vida, comunicaciones de emergencias o solicitudes urgentes. Si tiene una emergencia o solicitud urgente debe contactar al 911 o a su proveedor médico por teléfono.

Avisos para el Portal de Pacientes:

- Tendrá 10 intentos de inicio de sesión fallidos antes que su cuenta sea bloqueada.
- Recibirá recordatorios a través de su correo electrónico de reminders@eclinicalmail.com referente a sus citas, resultados de exámenes, etc. Favor haga modificaciones de seguridad en su correo electrónico o computadora para recibir nuestros correos electrónicos.
- Usted no podrá responder a nuestros correos electrónicos de reminders@eclinicalmail.com. Si tiene algunas preguntas en referencia a estos correos electrónicos favor de enviarnos un mensaje a través del Portal de Pacientes.
- Si se le olvida su contraseña puede solicitar otra contraseña a través del Portal de Pacientes haciendo clic en el enlace "Forgot Password".
- Después que termine de ingresar en el Portal de Pacientes, asegúrese de cerrar la sesión y navegador. Esto baja el riesgo de que alguien más tenga acceso a su información privada.
- Evitar usar computadoras públicas para acceder el Portal de Paciente.
- El Portal de Pacientes es ofrecido como un servicio de cortesía para nuestros pacientes. Este servicio no tiene costo. Sin embargo, si el paciente abusa o hace mal uso del Portal de Paciente, nos reservamos el derecho de terminar la cuenta del paciente.
- Nuestras horas de operación son de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a jueves y de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. los viernes. Los exhortamos a usar la página web a cualquier hora; no obstante, los mensajes son retenidos hasta que regresemos el siguiente día laborable. Los mensajes normalmente se manejan dentro de los siguientes días hábiles. Si su doctor está fuera de la oficina, su solicitud puede ser retenido hasta que su doctor regrese a la oficina.
- Nos reservamos el derecho a suspender o terminar el Porta de Paciente en cualquier momento y por cualquiera razón.

Cómo Funciona la Seguridad del Portal del Paciente:

Una red segura es un tipo de página web que usa codificada para mantener a personas no autorizadas que lean comunicaciones, información o adjuntos. Los mensajes e información seguro pueden ser leídos por alguien que sepa la contraseña o frase correcta para iniciar la sesión en el portal de la web. Porque el canal de conexión entre su computadora y la página web usa tecnología de capas de conexiones seguras (SSL) puede leer o ver información en su computadora, aunque este codificada la transmisión entre la página de web y su computadora.

Protegiendo su Información de Salud Privada y Riesgos:

Este método de comunicación e inspección evita que gente no autorizada tenga acceso o pueda leer mensajes mientras sean trasmitidos. Ningún sistema de transmisión es perfecto. Nosotros haremos lo mejor para mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, manteniendo los mensajes seguros depende en dos factores::

1. El mensaje protegido debe llegar a la dirección correcta del correo electrónico y
2. Solo el individuo correcto (o alguien que esté autorizado por el individuo autorizado) deben ser capaces de tener acceso al mensaje.

Solo usted se puede asegurarse que estos dos factores estén presentes. Es imperativo que nuestra clínica tenga la dirección de su correo electrónico correcto y que nos informe de cualquier cambio en su correo electrónico.

También tiene que llevar un registro de quien accesa su correo electrónico para que solo usted, o alguien que autoriza pueda ver los mensajes que reciba de nosotros. Usted es responsable de personas no autorizadas aprendan su contraseña. Si usted piensa que alguien ha aprendido su contraseña, usted debería ir prontamente a la página de web y cambiarlo.

Reconozco y Acuerdo con el Paciente:

Certifico que he leído y entiendo completamente esta forma de consentimiento, políticas y procedimientos en referencia al Portal del Paciente que aparece al inicio de la sesión. Comprendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea entre mi proveedor médico y mi persona, y doy mi permiso a las condiciones descritas aquí. Además, estoy de acuerdo en seguir las instrucciones establecidas aquí, incluyendo las políticas y procedimientos establecidos para la sesión de inicio e igualmente, cualquier otra instrucción que mi proveedor médico pueda implementar para comunicarse con los pacientes a través de comunicaciones en línea. Comprendo y estoy de acuerdo con la información que se me ha provisto.

Correo Electrónico Seguro

Nombre del Paciente (Favor Escribir en imprenta)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Completar lo siguiente si el correo electrónico no pertenece al paciente: Favor tenga en cuenta que el portal del paciente no está disponible para pacientes de 13 a 18 años de edad.

Nombre Completo (Favor escriba en imprenta)

Firma

Relación con el Paciente

Fecha



Junction City Medical
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.4711
Fax: 866.309.8893

Junction City Dental
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.1829
Fax: 877.671.5661

Manhattan Medical
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.807.7393

Manhattan Dental
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.534.5933

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

El personal de Konza agradece la confianza que ha depositado eligiéndonos para sus necesidades en el cuidado de su salud. El servicio que ha elegido participar implica una responsabilidad financiera de su parte. Esta responsabilidad le obliga a garantizar el pago de nuestros honorarios en su totalidad. Como cortesía, verificaremos su cobertura y facturamos a su seguro médico en su nombre. Sin embargo, al final y en última instancia usted es responsable por el pago su factura.

Usted es responsable por los pagos de cualquier deducible y copago/coaseguro médico de acuerdo a lo determinado en el contrato con su seguro médico. Esperamos estos pagos a tiempo al momento del servicio. Muchas aseguradoras tienen estipulaciones adicionales que tal vez afecten su cobertura. Usted es responsable por cualquier cantidad no cubierta por su seguro médico. Si la compañía de seguro rechaza cualquier parte de su reclamo, si usted o su doctor eligen continuar más allá de su periodo aprobado, usted será responsable del saldo total.

He leído la política anterior sobre mi responsabilidad financiera con Konza Prairie CH&DC para proporcionar servicios médicos/dentales a mi persona o al paciente arriba mencionado. Certifico que la información es, en lo mejor de mi conocimiento, cierta y verdadera. Autorizo a mi aseguradora pagar a Konza Prairie CH&DC el total y la cantidad completa de la cuenta incurrida por mi o el paciente arriba mencionado. Y si es aplicable, cualquier cantidad pendiente después del pago hecho por mi o mi aseguradora.

Política de Copago

Algunas compañías de seguro solicitan a sus pacientes copagos por servicios prestados. Esperamos y agradecemos que, al momento de los servicios prestados, los pacientes paguen CADA VISITA. Gracias por su cooperación en este asunto.

Consentimiento Para Tratamiento y Autorización a Reclamar Información

Mediante la presente autorizo a Konza Prairie CH&DC o mediante su apropiado personal, llevar a cabo en mi o en el paciente arriba mencionado una evaluación apropiada y procedimiento para tratamientos.

Estoy de acuerdo en eximir a Konza Prairie Community Health Center de cualquier y toda responsabilidad y relativos en la administración de inmunizaciones de mi hijo.

Además, autorizo a Konza Prairie CH&DC a liberar a las agencias apropiadas cualquier información sobre mi o el paciente arriba mencionado en el curso de exámenes y tratamientos adquiridos.

Cancelación/ Política de Ausencia a la Cita

Entendemos que hay veces cuando perdemos citas debido a emergencias u obligaciones de trabajo o familiares. Sin embargo, nos urge que usted llame a la clínica 24 horas antes cancelando su cita. Si usted no se presenta a cuatro (4) citas consecutivas en un año, usted podrá ser despedido de la clínica.

Costo a su Cargo

Sino tengo seguro médico, seré responsable por los servicios recibidos aquí en Konza Prairie CH&DC. Estoy de acuerdo en pagar el total y la cantidad completa por el tratamiento recibido o el paciente arriba mencionado. Entiendo igualmente que seré considerado como paciente de pago completo hasta que proporcione prueba de ingreso para la escala de precios.

Confirmación de Recibido de las Practicas de Privacidad

Mediante la presente confirmo que he recibido copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, efectivas a partir del 16 de junio de 2015.

He leído la política de arriba sobre mi responsabilidad financiera con KPCHC para proveerme servicios médicos/dentales o el nombre del paciente arriba mencionado. Certifico que la información es, a lo mejor de mi conocimiento, verdadera y precisa. Autorizo a mi agente de seguro médico (aseguranza medica) a pagar cualquier beneficio directamente a KPCHC la completa y entera cantidad de la cuenta incurrida por mi o el nombre del paciente arriba mencionado, o si es aplicable a cualquiera cantidad pendiente después de que el pago haya sido hecho por mi o por mi compañía de seguros.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Apoderado (si no es el paciente)

Fecha



KONZA
PRAIRIE
Community Health
& Dental Center

Junction City Medical
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.4711
Fax: 866.309.8893

Junction City Dental
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Ph: 785.238.1829
Fax: 877.671.5661

Manhattan Medical
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.807.7393

Manhattan Dental
2030 Tecumseh Rd.
Manhattan, KS, 66502
Ph: 785.320.7134
Fax: 866.534.5933

KPCHC DERECHO DE LOS CLIENTES/ DERECHO Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

SUS DERECHOS COMO PACIENTE

1. Usted tiene derecho a una atención considerada y respetuosa sin importar raza, color, edad, genero, religión, credo, origen nacional, discapacidad, situación de desventaja o existencia de directiva anticipada.
2. Usted tiene derecho como paciente a un ambiente seguro y privado en cuanto a su atención como paciente. Esto incluye ambos, privacidad personal e información confidencial. Cada discusión, consulta médica, examen y tratamiento son llevados a cabo con discreción. Usted tiene derecho a información respecto a su cuidado médico y tratamiento. Konza Prairie Community Health Center contara con el proveedor y/o enfermera para mantenerlo informado sobre su progreso, diagnóstico y métodos de tratamiento. Y cuando sea necesario, su apoderado deberá participar en las decisiones relativas a su cuidado médico y tratamientos.
3. Usted tiene derecho a recibir información respecto a su cuidado médico y tratamientos. Konza Prairie Community Health Center contara con el proveedor y/o enfermera para mantenerlo informado sobre su progreso, diagnóstico y modalidad de tratamiento. Usted y cuando sea necesario su apoderado participaran en las decisiones relativas a su salud.
4. Tiene derecho a recibir de su proveedor información necesaria para dar su consentimiento informado antes de empezar cualquier tratamiento y/o procedimiento. Excepto en emergencias, dicha información de notificar el consentimiento debe ser incluido antes del inicio de su tratamiento y/o procedimiento, pero no necesariamente limitado a tratamientos y/o procedimientos específicos, riesgos médicos significativos involucrados y probable duración de la incapacidad. Usted tiene el derecho de saber el nombre de la persona responsable del tratamiento y/o procedimiento.
5. Usted y su apoderado tienen el derecho dentro de los límites legales de rechazar el tratamiento y ser informado de las consecuencias medicas de su decisión.
6. Usted tiene derecho a solicitar información y asistencia para preparar directivas anticipadas consistentes con las leyes de Kansas.
7. Usted tiene derecho de esperar dentro de la capacidad de Konza Prairie Community Health Center que responda razonablemente a su solicitud de servicios. El centro de salud le proporcionara servicios de evaluación y/o referirá como lo indique la urgencia del caso.
8. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar su participación en experimentos, investigaciones, de educación o actividad de investigación relacionada con su salud.
9. Usted tiene el derecho de que se le explique las normas, regulaciones, política, procedimiento y cambios de Konza Prairie Community Health Center que se relacionen con su salud.
10. Usted tiene derecho de expresar preocupaciones, quejas o inquietudes relacionadas a su atención médica. Tiene el derecho de acceso al Comité de Ética de Konza Prairie Community Health Care cuando sea necesario.

En muchas situaciones, Konza Prairie Community Health Center no liberara información médica identificable del paciente fuera de esta institución sin su autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a Konza. Sin embargo, en circunstancias definidas por ley, los proveedores de salud están obligados a reportar información a las personas apropiadas. Por ejemplo, debemos reportar cuando existe sospecha de abuso a niños, negligencia o amenaza a sí mismo o a otros.

SUS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

1. Usted es responsable de proporcionar información exacta y completa sobre sus problemas de salud pasados y presentes, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y su evolución a tratamientos actuales.
2. Usted es responsable de aprender sobre su enfermedad y cuidado, de preguntar sobre cuidados alternativos, incluso riesgos y ventajas de cada una y aclarar su preferencia a los profesionales de la salud involucrados en su cuidado.
3. Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el personal médico que atiende su salud. Es responsable de las consecuencias del fracaso de su tratamiento, por negarse a seguir el plan tratamiento o por la falla en seguir las recomendaciones de su continua atención cuando un proveedor médico especializado de Konza Prairie Community Health Center a lo refiera.
4. Es responsable de seguir las normas y regulaciones de Konza Prairie Community Health Care que afecten la salud de los pacientes y conducta del personal.
5. Es responsable de ser respetuoso y considerado con los derechos de otros pacientes y también con el personal y propiedad de Konza Prairie Community Health Care.
6. Es responsable de expresar sus preocupaciones o conflictos relacionados con la atención de su proveedor médico o un miembro del personal de Konza Prairie Community Health Care.
7. El abajo firmante y/o apoderado garantizan el pago de acuerdo a las políticas de pago de la clínica.

Entiendo la información anterior y he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas a satisfacción. Estoy de acuerdo con todas las condiciones de tratamiento que Konza Community Health Center describe arriba. Si no soy el paciente, Certifico que yo estoy autorizado por ley a estar de acuerdo con estas condiciones de tratamientos y/o procedimientos a nombre del paciente.

Firma del Paciente

Fecha