



821 Westwood
Sedalia, MO 65301
660-826-4774

1620 Hilltop Drive
Warsaw, MO 65355
660-438-2717

Información del Paciente

Fecha de Hoy

Primer Nombre _____ Nombre del Medio _____ Seguro Social _____
Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____ Estado Civil _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Sexo _____
Teléfono de Casa _____ Lenguaje _____
Teléfono de Trabajo _____ Raza _____
Teléfono Celular _____ Veterano _____ si _____ no
Nivel de Educación Completo _____
Farmacia Preferida _____ Tamaño Familia _____ Ingreso Total Familiar _____
Correo Electrónico _____

Contacto De Emergencia

Las personas siguientes pueden acompañar al menor y tomar Decisiones para cuidado medico/dental/cuidado mental y tratamiento.

Nombre _____
Teléfono _____ Nombre y Parentesco _____
Parentesco con el Paciente _____ Nombre y Parentesco _____

Estado de Trabajo

Tiempo Completo _____ Tiempo Medio _____ Ninguno _____

Padre/Guardián (Si es menor de 18)

Las siguientes personas pueden obtener información sobre mi salud de KTCH.

Nombre _____
De Teléfono _____ Nombre y Parentesco _____
Parentesco con el Paciente _____ Nombre y Parentesco _____

Complete esta sección si tienes aseguransa (Medicad, Medicare, o Otro)

Aplicando para Programa de Descuento

Nombre de la Compania _____ Fecha de Efectividad _____
Nombre de la Persona Asegurada _____ Fecha de Nacimiento _____
De Seguro/ID _____ # de Grupo _____

Llene esta sección para dejarnos saber como lo podemos contactar sobre su cuidado de salud. (Seleccione Si o No en los siguientes)

Teléfono Si No Correo Si No Mensaje de Voz Si No

Yo entiendo que si no le permito a KTCH de contactarme por los método(s) seleccionados, Yo puedo poner en peligro mi salud. Si mi proveedor recibe resultados críticos o mira necesario una cita para continuar mi cuidado sobre mi progreso, yo entiendo que es mi responsabilidad de mantener toda mi información actual.

Asignación Y Liberacion

Yo entiendo que hay ciertos peligros y riesgos conectados con todas las formas de tratamiento y yo doy consentimiento del conocimiento de esto para darme tratamiento como sea necesario por los trabajadores de KTCH sea medical/dental/ o cuidado mental para el paciente o menor. Si el paciente es menor, yo acompañare al menor en cada visita a la clínica, Si no estoy disponible para estar presente, Yo autorizo y haré arreglos para que las personas mencionadas arriba puedan acompañar el menor y hacer decisiones yo entiendo que las personas mencionados permanecerán en la clínica con el menor mientras este recibiendo tratamiento. Yo he recibido información previa a mi cita y entiendo mi arreglo financiero y estoy en completo acuerdo y me sostengo a esto. Yo autorizo la liberación de cualquier de mi infamación necesaria para el proceso de reclamo Yo solicito de que cualquier dinero pagado a mi por beneficios médicos serán asignados a KTCH. Yo estoy de acuerdo que seré responsable por cualquier o toda la diferencia. Yo he tenido la oportunidad de leer las Prácticas de Privacidad y Responsabilidades y Derechos del Paciente de KTCH. Yo también reconozco que al requerir, Yo puedo obtener una copia de las Practicas de Privacidad y Responsabilidades y Derechos del Paciente de. Yo estoy de acuerdo a pagar el pago al tiempo de servicio. Si el pago no es recibido al tiempo de servicio entonces entiendo que mi cita será reprogramada para una fecha futura cuado pueda pagar para mi cita.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha _____

Firma Del testigo: _____ Fecha _____

Toda la información adquirida es para propósito estadístico solamente y necesaria para que nosotros sigamos recibiendo beca federal.
Katy Trail Community Health ~ APLICACION PARA PROGRAMA DE DESCUENTO

- Nuestro Programa de Descuento es designado para ayudar a pagar por los servicios dados por Katy Trail Community Health. Esto incluye cuidado de servicios de cuidado de comportamiento y medico.
- La aplicación del Programa de descuento esta valida desde Mayo 1ro hasta Abril 30ta del siguiente año y son basados en las directrices de la pobreza previstas anualmente por el Gobierno de USA. Usted deberá completar una nueva aplicación anualmente, aunque sus ingresos no han cambiado.
- Para calificar, deberá de traer los siguientes documentos: su declaración de impuestos del previo año, sus formas del W2 del previo año, talones de cheques o manutención de hijos (pagado o recibido) equivalente a un mes, beneficios del seguro social, Una carta de "negación del Medicaid para hijos menores de 19 años de edad, una declaración del banco, y la aplicación completa del Programa de Descuento. Si usted tiene preguntas en que es necesario para su aplicación, por favor de preguntar al representante de servicio al paciente o a la trabajadora social en Katy Trail Community Health.
- Una carta de "negación" del Medicaid es requerida de la División de Servicios Familiar (DFS) oficina para todas las familias con hijos menores de 19 años.
- Si su ingreso familiar o tamaño familiar cambia en cualquier modo (ya sea asciende o desciende) durante el año, es su responsabilidad de notificarnos sobre el cambio.
- Usted deberá de pagar su cobro mínimo o su co-pago debido al tiempo de ingresar a su cita.
- Si usted tiene aseguransa, KTCH hará el reclamo. Si tiene un co-pago por su aseguransa, usted es responsable de pagar esta cantidad al tiempo de servicio. En cuanto la aseguransa haya respondido y el pago o ajuste haya sido asignado el Descuento del Nivel será aplicado a la porción del reductible del balance debido por el paciente. Si la compañía de aseguransa le manda un pago o un aviso que su reclamo fue negado, usted necesita traer o mandar una copia de la Explicación de Beneficios a la clínica.
- Nosotros solo podemos aplicar el Descuento del Nivel para los servicios rendidos por los proveedores de Katy Trail Community Health. Nosotros no podemos descontar cargos de hospitales, servicios ambulatorios, o doctores fuera de Katy Trail Community Health al cual nosotros hemos referido. Exámenes laboratorios, inyecciones, vacunas, y procedimientos electivos no serán descontado y tendrán que ser pagable al dejar la clínica.

Cualquier Pregunta? Solo llame o pase por nuestra oficina y pregunte a cualquier trabajador sobre El Programa de Descuento.

.....
Esta sección deberá ser completada por el aplicante.

Información del Hogar

Por Favor de inscribir a **todos** los miembros de su hogar.

- | | | | |
|-------------------|---------------------------------|---------------------|------------------|
| 1. Paciente _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 2. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 3. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 4. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 5. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 6. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 7. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |
| 8. Nombre _____ | Fecha de Nacimiento ___/___/___ | Ingreso Anual _____ | Parentesco _____ |

Firma del Paciente _____ Fecha _____

.....
This Section Completed by KTCH Staff

Annual Household Income: \$ _____ Number of People in Household: _____

Sliding Payment Level: _____ Co-payment Per Visit: \$20 \$30 \$40 100% of Charges

KTCH Employee Signature: _____ Date: _____

Katy Trail Community Health Derechos y Responsabilidades del Paciente

Aquí en Katy Trail Community Health, estamos comprometidos en proveer servicio médico de calidad. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Entendiendo estos derechos le ayudara a recibir la mejor calidad de cuidado médico. Usted tiene el derecho de:

1. Recibir cuidado compasivo y respetuoso sin consideración de su edad, sexo, raza, origen nacional, religión, discapacidad, o enfermedad transmisible.
2. Sea informado bien de su doctor acerca de su diagnóstico, acerca del tratamiento, y acerca de las oportunidades para la recuperación en palabras que usted puede entender. Esta información debe incluir el tratamiento específico, los riesgos médicos, los beneficios, los efectos del lado.
3. Saber a los nombres y títulos de las personas que le da tratamiento.
4. Recibir información suficiente para ayudarlo en hacer las decisiones que implican su asistencia médica.
5. Negar tratamiento recomendado hasta el punto permitido por la ley, y para ser dicho lo que sucederá a usted médicamente si eso es su elección.
6. Intimidad y confidencialidad de los registros médicos que pertenecen a su tratamiento, sino como requerido por el pago de la ley o terceros.
7. Que su registro médico sea leído solamente por individuos directamente implicado en o en supervisar su tratamiento, controlando la calidad de su tratamiento, o autorizado por la ley o la regulación.
8. Tener acceso a la información contenida en su registro médico, dentro del límite de la política de la ley y la facilidad.
9. Espere que la facilidad responda razonablemente a su pedido para servicios médicos. La facilidad le debe servir de una manera que refleja la urgencia de su caso. En casos extremos, usted puede ser transferido a otro centro médico. Menos en una emergencia, usted tiene el derecho de recibir tanta información como posible acerca de la necesidad para y para las alternativas a una transferencia. Usted no puede ser transferido hasta que la otra facilidad haya aceptado la transferencia.
10. Expresar verbalmente o por carta, cualquier queja o recomendaciones con respecto a nuestros servicios. Usted puede comunicar una queja por carta y mandar al 821 Westwood, Sedalia, MO 65301, o llamando la clínica al 660-826-4774.
11. Nosotros nos preocupamos y entendemos su dolor. Sin embargo nosotros **NO** damos recetas para narcóticos para el dolor crónico. Esto ha sido una póliza de mucho tiempo. Nosotros tratamos de usar todos los métodos disponibles para tratar el dolor **Excepto** con narcóticos.

Responsabilidades del Paciente

El cuidado que usted recibe es parcialmente dependiente sobre su actuación en una manera cooperativa con sus proveedores de asistencia médica, inclusive comunicar abiertamente y honestamente, siguiendo los planes del tratamiento, y el respeto de los estándares de conducto de la facilidad. Como paciente en Katy Trail Community Health, usted es responsable de:

1. Seguir todas las reglas de la facilidad.
2. Avisarnos de cualquier cambios de lo siguiente:

Dirección	Ingresos
Numero de Teléfono	Tomano de Familia
Información de Aseguranza	
3. Proveer información exacta y completa acerca de síntomas actuales, las enfermedades pasadas, hospitalizaciones, las medicinas, directivas anticipadas, y cualquier otros asuntos que pertenece al cuidado médico.
4. Seguir a las instrucciones que usted y su proveedor se concordaron.
5. Hacer preguntas acerca de su cuidado que usted no puede entender o tener las preguntas acerca de, inclusive riesgos de procedimientos, de los resultados, y de los costos del tratamiento.
6. Saber qué medicinas o drogas toma, por qué usted los toma, y la manera apropiada para tomarlos según los instrucciones de su proveedor.
7. Mantener las citas, llegando a tiempo por citas planificadas, y llamar tan pronto se le sea posible para cancelar cuando usted no puede asistir una cita. Si usted llega más de **10 minutos tarde**, su cita se cancelará. Los pacientes nuevos son requeridos a llegar 20 a 30 minutos en el avance de su cita. Notificarnos por favor por a lo menos 24 horas de anticipación para cancelaciones de cita. KTCH se reserva el derecho de terminar a los pacientes que no se presenten a sus citas más de 3 veces en 12 meses.
8. Respetar a otras personas, los empleados, la propiedad de otros, y de la propiedad de Katy Trail Community Health.
9. Atender y supervisar a sus hijos por mientras que están aquí en la clínica.
10. Tiene que llamar 1 semana antes de que usted se queda sin su prescripción/receta. Si un proveedor de KTCH lo autorizo, su pedido se llenará dentro de 72 horas de oficina.
11. Pagando sus cuentas y cobros a tiempo. Pacientes que no quieran pagar al tiempo del servicio, o que no quiera hacer un arreglo de pagos, se le tendrá que volver a programar otra cita, hasta que pueda pagar, o hacer un arreglo de pago, o se le pondrá en estado de "Mismo Día" Solamente.

Yo he leído y entiendo los **Derechos y Responsabilidades** del Paciente de Katy Trail Community Health y se me ha dado la oportunidad de obtener una copia para mi archivó personal.

Firma

Fecha