



**Junction City Medical**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.4711  
Fax: 785.238.4260

**Junction City Dental**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.1829  
Fax: 785.238.1904

**Manhattan Medical**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.2498

**Manhattan Dental**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.7509

Bienvenido a Konza Prairie Community Health and Dental (KPCHC). Estamos honrados de ser un socio de confianza en su cuidado de salud medica. KPCHC atiende a todos y las tarifas/precios pueden reducirse dependiendo del ingreso familiar. Para más información, póngase en contacto con las oficinas de la ciudad de Junction City o Manhattan.

**Misión:**

Ofreciendo atención medica, dental y de salud del comportamiento para todos de manera amable, profesional y personalizada.

**Visión:**

Konza Prairie Community Health Center. Nuestra Comunidad. Nuestra Salud

**Konza Prairie ofrece una variedad de servicios para satisfacer sus necesidades de salud**

- Atención medica centralizada en el paciente para todas las edades
- Servicios Dentales
- Salud del Comportamiento
- Atención Prenatal
- Cuidado Infantil
- Farmacia de Servicio Completo
- Servicios de Laboratorio
- Radiología
- ECG
- Inmunizaciones/Vacunas
- Clínica de Secundaria en JCHS
- Asesoramiento para Dejar de Fumar
- Asesoramiento Nutricional
- Cuidado de Manejo de Diabetes
- Asistencia de seguro/aseguranza medica, incluyendo Medicaid

**Mientras se prepara para su primera cita:**

- Llegue 30 minutos antes para completar el papeleo de un nuevo paciente
- Traiga una identificación con foto, prueba de su dirección si es diferente de su identificación y todas las tarjetas de su seguro/aseguranza
- Si solicita tarifas/precios reducidos, favor traiga los tres últimos recibos de pago (talones) de todas las personas que trabajen en su hogar y cualquier otro ingreso en el hogar (por ejemplo: manutención de menores, ayuda en efectivo, discapacidad, seguridad social, pensión alimenticia, etc.)

Gracias por elegir a KPCHC para sus necesidades de atención médica y dental.

# FORMULARIO DE INFORMACION DE PACIENTE MEDICO/DENTAL

(Favor Imprimir)

Fecha de Hoy: / /

MEDICO PRIMARIO:

INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido del Paciente:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Dirección de Envío (si es diferente a la de arriba) /Apdo. Postal:		Ciudad:		Estado:	
¿Es ese su nombre legal?		¿Si no, cuál es su nombre legal?		Nombre Anterior (si es aplicable):	
¿Cuál es su género actual? Marque todas las que aplican: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Mujer a Hombre (MAH) Hombre Transgénero/ Hombre Trans <input type="radio"/> Hombre a Mujer (HAM) Mujer Transgénero/ Mujer Trans <input type="radio"/> Genero, no exclusivamente masculino o femenino <input type="radio"/> No Contestar – Favor explique porque _____ <input type="radio"/> Categoría de Genero Adicional (otro), especifique _____		Raza: <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Isleño del Pacifico/Otro <input type="radio"/> Afroamericano <input type="radio"/> Caucásico <input type="radio"/> Hispano/Latino		Etnicidad: <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> No Hispano/Latino	
Idiomas que Habla:		Recibir Texto/Celular Recordatorios de Citas: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Mejor Hora para Contactarlo: <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche	
Necesita Interprete: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		Correo Electrónico:		Tel Celular #:	
Ocupacion:		Empleado:		Tel Empleado #:	
Farmacia Preferida:		¿Veterano? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		¿Trabajador Agricultor? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Padre/Madre/Tutor (si es aplicable):		Teléfono #:		¿Sin Hogar? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Dirección/ Apdo Postal:		Ciudad:		Estado:	
¿Tiene Directiva Avanzada o Testamento en Vida? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		¿Autorizado para Divulgar Información? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
ENTREGA DE INFORMACION DE SALUD					
Enliste los nombres de familiares y/o amistades a los que podemos entregar información sobre su atención médica. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que nos proporcione o anule esta lista por escrito.					
NOMBRE		Teléfono #:		Relación con el Paciente:	

Firma Paciente o Guardian/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

La información anterior es verdadera en lo mejor de mi conocimiento. Estoy autorizando que mis beneficios de seguro/aseguranza se paguen directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo/balance. También autorizo a Konza Prairie Community Health Center and Dental Center o mi compañía de seguros/aseguranza a entregar cualquier información requerida para el proceso de mis reclamos de seguro.

# FORMULARIO DE INFORMACION DE SEGURO MEDICO

(Insurance Information Form)

(Favor Imprimir)

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO PRINCIPAL			
<i>Favor entregar su tarjeta de suscriptor a la recepcionista</i>			
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: / /	Teléfono del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Relación del Paciente con el Suscriptor: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otro (Favor especifique):		
Nombre del Seguro/Aseguranza:	Identificación #:		Grupo #:
Dirección del Seguro/Aseguranza:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
INFORMACION DEL SEGURO DENTAL PRINCIPAL			
<i>Favor entregar su tarjeta de suscriptor a la recepcionista</i>			
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: / /	Teléfono del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Relación del Paciente con el Suscriptor: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otro (Favor especifique):		
Nombre del Seguro/Aseguranza:	Identificación #:		Grupo #:
Dirección del Seguro/Aseguranza:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO (Si es aplicable)			
<i>Favor entregar su tarjeta de suscriptor a la recepcionista</i>			
Nombre del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor: / /	Teléfono del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
¿Es esta persona un paciente aquí? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Relación del Paciente con el Suscriptor: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Esposo <input type="radio"/> Niño <input type="radio"/> Otro (Favor especifique):		
Nombre del Seguro/Aseguranza:	Identificación #:		Grupo #:
Dirección del Seguro/Aseguranza:	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	MEDICAMENTOS ACTUALES
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								

¿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):

Enfermedad Cardiaca       Hipertensión       Ataque Cerebral       Enfermedad Pulmonar       Glaucoma  
 Cáncer       Diabetes       Asma       Ataques Epilépticos  
 Enfermedad de la sangre       Enfermedad renal       Células Falciformes       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: \_\_\_\_\_

Cuando 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 \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

### Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas

#### Sistema Integral de Salud Familiar

*Authorization for Release of Information*

Los proveedores de servicios en su comunidad se están asociando para mejorar los servicios que pueda necesitar. Lo hacemos compartiendo información entre nosotros. Esto significa que sabemos que servicios necesita. También hace que sea más rápido y más fácil para usted acceder dichos servicios.

Si está de acuerdo que compartamos su información de salud protegida y la de su hijo (s), se guardara en un sistema electrónico seguro al que solo podrán acceder otros proveedores de servicios en su comunidad. Todos los proveedores con acceso al sistema están obligados a mantener su información segura. Solo usaremos su información y la su(s) hijo(s) para coordinar servicios, hacer referencias a través del Sistema Integrado de Referencia y Admisión (IRIS en inglés) y compartir información entre los proveedores de servicios dentro de su comunidad.

Si esta de acuerdo, la información que se compartirá en el sistema incluye:

- Información de salud protegida (ejemplo: nombre, sexo, fecha de nacimiento)
- Información sobre los servicios que recibe (ejemplo: exámenes de salud, educación, visitas a domicilio)
- Información sobre las evaluaciones que recibe como parte de un servicio (ejemplo: respuestas a preguntas sobre necesidades de vivienda, consumo de tabaco, atención prenatal)

Sino esta de acuerdo, su información no se compartirá con otros proveedores de la comunidad para coordinar servicios. Sepa que se subirá al Inicio de Sistema de Datos de Salud de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HSMED) como se requiere para fondos federales que apoyan estos servicios.

¿Está de acuerdo en permitir que los proveedores de Servicios de Salud Familiar en su comunidad compartan su información para proporcionar mejores servicios?

**Si**, mi información de salud protegida o la de mi familia se puede compartir solo con otros proveedores de Servicios de Salud Familiar basados en la comunidad que también aseguran mi información. Entiendo que puedo cambiar mi acuerdo en cualquier momento mediante una notificación a un proveedor de servicios participante.

**No**, no pueden compartir mi información de salud protegida o la de mi familia. (Si selecciona esta opción, su información no se compartirá con otros proveedores de servicios en su comunidad). Entiendo que mi información de salud protegida o la de mi familia se incluirá en el sistema pero la información protegida sobre mi salud no se compartirá entre proveedores.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal del Programa/Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Agencia Participante/Programa



**Junction City Medical**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.4711  
Fax: 785.238.4260

**Junction City Dental**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.1829  
Fax: 785.238.1904

**Manhattan Medical**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.2498

**Manhattan Dental**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.7509

Konza Prairie Community Health & Dental Center (KPCHC)  
**Confirmación & Formulario de Consentimiento del Paciente**

*Patient's Acknowledgement & Consent Form*

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Solicitud y consentimiento para recibir servicios:** doy mi permiso a KPCHC para que me brinden servicios a mi (o a mi hijo menor), incluyendo Planificación Familiar, Trabajos de Detección Temprana y otros servicios patrocinados. Todos los servicios son voluntarios. Está prohibido la coerción o imposición y no requiere requisitos previos. Entiendo que puedo suspender los servicios cuando lo quiera.

**Asignación de Beneficios & Divulgación de Información:** autorizo la divulgación de cualquier información médica, dental, salud mental, alcohol, drogas y otra información relevante necesaria para que KPCHC pueda presentar reclamaciones de seguros/aseguranzas en mi nombre. Estoy de acuerdo que los pagos de beneficios médicos sean pagados a KPCHC. Estoy de acuerdo en notificar a KPCHC inmediatamente de cualquier cambio en mi seguro/aseguranza.

**Recuperación de Información:** autorizo a KPCHC a recobrar mi historial de recetas médicas, incluyendo mi historial externo de recetas.

**Política Financiera:** entiendo que se espera que pague por los servicios al momento que terminen y si tengo seguro/aseguranza, se facturara el costo de los servicios. Entiendo que los pagos del seguro/aseguranza no pueden redoblar el costo que se me facturó. Si fallo en dar la información necesaria del seguro/aseguranza, se me cobraran los servicios recibidos. Sino se ha obtenido una autorización del seguro/aseguranza o si mi seguro/aseguranza me lo ha negado, seré responsable de pagar el saldo más allá de mis copagos de seguro/aseguranza. Entiendo que mi seguro/aseguranza médica puedo no cubrir algunos o todos los servicios provistos por KPCHC. Reconozco que cualquier saldo no cubierto o pagado por mi seguro/aseguranza es mi responsabilidad legal. Acepto que es mi responsabilidad entender mi cobertura de seguro/aseguranza.

**Tarifa de Reducción:** se me ha informado de la política de tasa reducida de KPCHC. Entiendo que aun se espera que pague una tarifa mínima por los servicios y que debo reportar anualmente el ingreso bruto de mi familia para seguir siendo elegibles para tarifas reducidas. Acepto dar nueva información a KPCHC cuando se solicite o en el momento en que mi situación financiera cambie. También entiendo que mi incapacidad para pagar no será un obstáculo para recibir servicios en KPCHC. Entiendo que los servicios de Planificación Familiar del Título X pueden proporcionarse sin cargo.

**Aviso de Practicas de Privacidad:** recibí una copia del aviso de practicas de privacidad del 18 de Julio de 2015 y reconozco que se me facilito una copia impresa. La política se puede encontrar publicada en el lobby y en nuestro sitio web. \_\_\_\_\_(iniciales) rechaza la copia en papel.

**Cancelación/Falta a sus Citas/Política de Llegar Tarde:** entiendo que debo llamar 24 horas antes de mi cita para cancelarla. Si no asisto a cuatro (4) citas consecutivas en un año, no recibiré cita para mi atención de salud. Seré notificado por correo certificado si no recibiré cita para mi atención de salud. Si llego más de 10 minutos tarde a mi cita, la cita será reprogramada.

**Inmunizaciones:** libero a KPCHC de cualquier y toda responsabilidad de las acciones relacionadas con la administración de inmunizaciones a mi hijo.

**Reporte Obligatorio:** Los empleados de KPCHC están obligados por ley a reportar posibles abusos, negligencias o situaciones inseguras que afecten a personas protegidas. Entiendo que KPCHC pueden reportar abuso, negligencia o situaciones inseguras. Entiendo que este reporte puede incluir la divulgación de mi información de salud protegida. Entiendo que los servicios que me serán dados, incluso si escojo no contestar preguntas sobre seguridad o la edad de mi pareja sexual.

Las personas protegidas incluyen:

- Niños y adolescentes menores de 18 años
- Personas mayores de 65 años
- Personas con discapacidad en Seguro Social
- Personas en servicios de salud mental financiados por el estado (incluidos los servicios prestados por KPCHC) que reportan haber sido victimas de abuso o negligencia incluyendo violencia doméstica.

Reconozco la información y el consentimiento de los anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Junction City Medical**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.4711  
Fax: 785.238.4260

**Junction City Dental**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.1829  
Fax: 785.238.1904

**Manhattan Medical**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.2498

**Manhattan Dental**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.7509

Konza Prairie Community Health & Dental Center (KPCHC)

**Derechos & Responsabilidades del Paciente**

*Patient's Rights & Responsibilities*

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Como paciente, usted tiene derecho a:**

1. Atención considerada y respetuosa sin importar raza, color, edad, sexo, religión, nacionalidad, estado de impedimento directivas anticipadas.
2. Ambientes seguros y privados incluyendo personal y confidencialidad informativa
3. Información sobre su atención de salud, diagnóstico y tratamiento para mantenerlo informado y dar su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento o tratamiento
4. Solicitar o rechazar cualquier tipo de atención, tratamiento o servicios, a menos que la ley disponga lo contrario
5. Solicitar información y asistencia para preparar Directivas Avanzadas consistente con la ley de Kansas
6. Consentir o negarse a participar en educación, experimentación, cuidado investigativo o de estudio
7. Solicitar servicios y/o referidos dentro de un tiempo razonable como lo indique la urgencia del caso
8. Información sobre las normas, reglamentos, políticas, procedimientos y cargos
9. Expresar inquietudes, quejas o conflictos relacionados con la atención de salud y tener acceso al Coordinador de Control de Calidad de KPCHC para afrontar estos problemas
10. Revocar o cambia su divulgación médica de información en cualquier momento mediante notificación a KPCHC por escrito.

**Como paciente es responsable de:**

1. Asistir a las citas a tiempo y observar la política tardía de KPCHC
2. Dar información precisa y completa sobre sus problemas de salud, enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y tratamientos actuales y pasados
3. Aprender sobre sus condiciones médicas/cuidados médicos y pregunte sobre alternativas médicas, incluyendo riesgos y beneficios
4. Participar en las decisiones de cuidado médico y comunicar preferencias a su proveedor de salud
5. Siga las recomendaciones de tratamiento y referidos de su proveedor, sea responsable de las consecuencias de no seguir las recomendaciones de tratamiento y referidos
6. Tratar a otros pacientes, al personal de KPCHC y a la propiedad con respeto y consideración
7. Notifique a su proveedor u otro personal de KPCHC sobre cualquier inquietud, queja o conflicto relacionado con el cuidado de salud
8. Pague su cuenta de acuerdo con las políticas de pago de KPCHC

Entiendo la información anterior. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con los Derechos y Responsabilidades del Paciente de KPCHC como se describe anteriormente. Si no soy el paciente, Certifico que estoy Autorizado por la ley para aceptar estas condiciones en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta del Paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Junction City Medical**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.4711  
Fax: 785.238.4260

**Junction City Dental**  
361 Grant Avenue  
Junction City, KS 66441  
Ph: 785.238.1829  
Fax: 785.238.1904

**Manhattan Medical**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.2498

**Manhattan Dental**  
2030 Tecumseh Rd.  
Manhattan, KS, 66502  
Ph: 785.320.7134  
Fax: 785.320.7509

## FORMULARIO DE AUTORIZACION DEL PORTAL DEL PACIENTE

### **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 dado 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:

- Actualizar su información
- Solicitar sus propias citas
- Comunicación con el personal de laboratorio sobre los resultados sus resultados
- Solicitar relleno de sus recetas médicas
- Ver el resumen de 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 actuales

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 médico cuando sea visto en su cita
- Solicitudes de medicamentos controlados/narcóticos
- 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.**

Recordatorios 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](mailto: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](mailto: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 su sesión/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 los viernes de 8:00 a.m. a 2:00 p.m. Los invitamos 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 Portal 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 transmitidos. 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.



Sólo usted se puede asegurar 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 únicamente usted o alguien que autoriza pueda ver los mensajes que reciba de nosotros. Usted es responsable de que personas no autorizadas aprendan su contraseña. Si usted piensa que alguien ha aprendido su contraseña, debería ir prontamente a la página de web y cambiarlo.

**Reconocimiento 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 en el presente documento, 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 escriba 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