



## Atención Proactiva del Paciente (PPC): Acuerdo del Paciente

### *Bienvenidos a Clínica Guadalupe*

La clínica Guadalupe brinda servicios de atención médica y asistencia con medicamentos a personas mayores de 18 años, que no tienen seguro/cobertura médica y cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 200 % del Nivel Federal de Pobreza. La comunicación está en el centro de los servicios de atención que brindamos, y este acuerdo explica cómo trabajaremos juntos para garantizar que estén satisfechos con sus necesidades de atención médica.

Los servicios incluyen atención primaria, atención de salud y enfermedad, servicios de salud para la mujer y servicios especializados disponibles según lo prescrito por su proveedor de atención primaria. Otros servicios proporcionados según lo prescrito incluyen pruebas de laboratorio, servicios de radiografías y asistencia con medicamentos.

La clínica Guadalupe hará todo lo posible para atender sus necesidades de atención médica de manera oportuna, el mismo día si es posible. No podemos garantizar que no necesitará buscar tratamiento en un centro de cuidado inmediato o departamento de emergencias en determinadas circunstancias.

No es política de la clínica Guadalupe recetar sustancias controladas crónicas en su nombre, incluidos medicamentos opioides, benzodiazepinas y otros estimulantes.

Los estudiantes en entrenamiento de salud pueden participar en la entrega de atención médica u observar en la atención brindada bajo la supervisión del instructor y el personal médico.

#### **Acuerdo:**

- Proporcionar la documentación requerida que valide la elegibilidad de ingresos anualmente o según sea necesario.
- Asistir a todas las citas programadas. Si no puede asistir a la cita programada, llame a la clínica al (316) 264-6464 (Clínica St. Francis) o (316) 201-1986 (Clínica S. Hillside) con anticipación para cancelar/reprogramar.
- Demostrar el cumplimiento de los tratamientos y medicamentos prescritos.
- Comunique inquietudes y actualizaciones de atención médica llamando al (316) 372-5206 (Clínica St. Francis) o (316) 201-1986 (Clínica S. Hillside)
- Avisar a la clínica con al menos 48 horas de anticipación para rellenos de medicamento. Si la receta fue surtida por una farmacia local, comuníquese con la farmacia para la solicitud de relleno.
- **Consecuencias** de ausencias: Dos ausencias dentro de 12 meses no se le permitira programar una cita durante 6 meses, a menos que pague una tarifa de \$20 para reiniciar su calendario continuo de ausencias.

#### **Informacion de Salud Protegida (PHI):**

La clínica de Guadalupe puede enviar PHI, incluida la información del registro médico y los documentos de registro, con el fin de continuar con su mantenimiento de salud, según sea necesario. Su PHI no se divulgará por motivos no relacionados con el mantenimiento de su salud. La clínica Guadalupe se adherirá a sus obligaciones con respecto a sus derechos de privacidad como se identifica en el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad provisto.

Las comunicaciones pueden incluir correo electrónico, fax, chat de video, mensajes de texto y teléfono celular, y no se puede garantizar que dichas comunicaciones, por su naturaleza, sean seguras o confidenciales. Si inicia una conversación en la que divulga PHI en cualquiera de estas plataformas de comunicación, entonces autoriza a la clínica Guadalupe a comunicarse con usted con respecto a toda la PHI en el mismo formato.

**Consentimiento y Reconocimiento:** Doy consentimiento a la clínica Guadalupe para discutir mi información de salud con los siguientes individuales: \_\_\_\_\_

**Mi firma de este documento declara la comprensión y el consentimiento de la implementación de este Acuerdo del paciente.**

**Nombre (escrito)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# Información del Paciente y Formulario de Elegibilidad

Formulario A- Revisado 2019-09-13



## Elegibilidad

1. **¿Tiene seguro de salud / cobertura ? Si NO** Los ejemplos de cobertura / seguro de salud incluyen Medicare, Medicaid / KanCare , TRICARE, planes de mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ( ObamaCare ), compensación de trabajadores, COBRA, Blue Cross Blue Shield, Aetna, UnitedHealthcare , Humana, Cigna, etc.
2. **Ingresos anual del hogar : \$ \_\_\_\_\_ # de personas en el hogar : \_\_\_\_\_**  
El ingreso del hogar debe ser igual o menor al **200%** del Nivel Federal de Pobreza. El hogar se refiere al paciente, cónyuge / pareja e hijos dependientes.

## Documentos Requeridos

<input type="checkbox"/> <b>Identificación con foto</b> <input type="checkbox"/> <b>Prueba de ingresos</b>  Los pacientes deben proporcionar <u>uno</u> de los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración de impuestos federales del año pasado (Formulario 1040 del IRS);</li><li>• Transcripción de salarios e ingresos (formulario IRS 4506-T);</li><li>• Carta de aprobación / monto de beneficio del Programa de Asistencia de Energía para Bajos Ingresos (LIEAP) ; o</li><li>• Programa de asistencia alimentaria ("cupones para alimentos") cantidad de beneficio / carta de aprobación.</li></ul>	<b>ATENCIÓN:</b> P os pacientes deben presentar la documentación requerida para el personal para verificar la elegibilidad para los servicios de la clínica y asistencia para medicamentos. <b>R EQUERIDO documentación debe ser presentada por la próxima visita al consultorio o solicitud medicamentos recarga .</b> De lo contrario, se pueden perder servicios / asistencia.
---	--

## Información del Paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Numero de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Ciudadanía:** Ciudadano de EE. UU. Residente permanente de EE. UU. Otro  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  No Inicio Dirección  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo postal:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Circle las respuestas a continuación:

**Sexo:** M F **Raza / Etnia:** Blanco Negro Hispano/Latino Asiático Otro

**Idioma:** Inglés Español Inglés / Español Otro

**Modo de transporte:** Vehículo personal Viaje con familia / amigo Autobús / Taxi Caminata / Bicicleta Otro

**Situación laboral:** Empleado Desempleado Discapacitado Jubilado Estudiante **Veteranos:** Sí No

## Contacto de emergencia

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono :** \_\_\_\_\_

## Certificacion

Certifico que la información anterior en este formulario es precisa según mi leal saber y entender. Yo entiendo la información anterior y documentación de prueba de la renta que proporciono será utilizado por el personal para determinar (verificar) elegibilidad para los servicios en Guadalupe Clinic.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha :** \_\_\_\_\_

## STAFF USE ONLY:

**Chart ID#:** \_\_\_\_\_  New  Recert **Form Received (Initial):** \_\_\_\_\_ **Eligibility Verified (Initial/Date):** \_\_\_\_\_





## ATLAS MD

Formulario de historia del paciente	
Name / Nombre:	Date of Birth / Fecha de Nacimiento:
Marital Status / Estado civil:	Occupation / Ocupación:

Allergies to medication, Latex or dyes <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (Please list)	Alergias a medicamentos, látex o colorantes: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sí (por favor enumere)

Medications (Prescriptions, non-Prescriptions, vitamins and supplements) Medicamentos (recetas, sin recetas, vitaminas y suplementos) <input type="checkbox"/> None/Ninguno <input type="checkbox"/> Yes(please list)/ Sí (por favor enumere)

Surgeries/Cirugías - Hospitalizations/ Hospitalizaciones - Serious Injuries/ Lesiones graves	Year/Año

Vacunas	N	S	N	S
Serie de Hepatitis B			Vacuna Reciente Contra la Neumonía	
Serie de Gardasil			Vacuna Reciente Contra la Gripe	
Vacuna Contra la Varicela o Enfermedad			Detección de TB Positiva	

Mantenimiento de salud	No	Si	(Año)	No	Si	(Año)
Colonoscopia				Densidad ósea		
Mamografía				Examen de la Vista		
Papanicolaou				Examen Físico		

Historia social				No	Si	(Año)
De Fumar			Paquete(s)/día	/años	<input type="checkbox"/> Descontinuar	
Alcohol			Bebidas/ día	bebidas/semana		
Cafeína			Bebidas/ día			
Drogas Recreativas						
Dieta Especial			En caso afirmativo, describa:			
Ejercicio Regular			En caso afirmativo, describa:			
Sexualmente Activo(a)			<input type="checkbox"/> Hombres	<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Ambos	

Historia GYN		Historia OB	
Edad del Primer Mensus:( ) Menopause <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S (Edad: )		Número Total de Embarazos: ( )	
Periodos Regulares <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	Períodos Dolorosos <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	A Término ( ) Pre Plazo ( )	
PMS <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S - En Caso Afirmativo Describa:		Abortos espontáneos ( )	
		Abortos ( )	
Papanicolaou Anormal: En caso Afirmativo, Fecha Aproximada( )		Tubal ( )	
Dolor con las Relaciones Sexuales: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S		Contento(a) con su vida Sexual: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S	





### **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Este aviso describe cómo información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.  
**Por favor, revisela con cuidado.**

#### **Sus derechos**

En lo que se refiere a la información sobre su salud, usted tiene ciertos derechos. **Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo a usted.**

##### **Obtenga una copia de su expediente médico**

- Ud. puede pedir ver u obtener una copia de su historial médico y otra información médica que tenemos de usted. Preguntémos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de información sobre su salud, normalmente dentro de 30 días de su solicitud. Es posible que le cobremos un precio razonable.

##### **Pidanos que corrijamos su expediente médico**

- Usted nos puede pedir que corrijamos información de su salud que usted piense es incorrecta o incompleta. Preguntémos cómo hacer esto.
- Podemos decirle que "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito dentro de 60 días.

##### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o para enviar correo a una dirección diferente.
- Vamos a decir "sí" a todas las solicitudes razonables.

##### **Pidanos limitar lo que utilizamos o compartimos**

- Puede pedirnos no usar o compartir cierta información de salud para tratamiento o de nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, y podemos decirle que "no" si podría afectar a su cuidado.

##### **Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud por un periodo de seis años antes de la fecha en que usted la pida, con quien la hemos compartido, y por qué.
- Incluiremos todos los accesos excepto aquellos acerca de tratamiento, operaciones de cuidado de salud, y algunas otras revelaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido hacer). Le proporcionaremos una contabilidad por año de forma gratuita, pero se cobrará un costo razonable, si pide otra dentro de 12 meses.
- Nosotros participar en el intercambio electrónico de información de salud con otros proveedores de cuidado de salud en el estado de Kansas a través de una organización aprobada de información para la salud. A menos que usted nos diga lo contrario, sus historiales médicos electrónicos serán accesibles a través del intercambio para usuarios autorizados de forma adecuada para propósitos de tratamiento y operaciones para la salud.
- Si usted tiene preguntas acerca del intercambio de información electrónica de salud o si desea restringir el acceso a sus registros a través del intercambio, póngase en contacto con Kansas Health Information Technology al 785-296-8627 o visite [www.kanhit.org](http://www.kanhit.org) para obtener más información.

##### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

##### **Elija a alguien para que actúe por usted**

- Si usted le ha dado a alguien un poder notarial para atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esa autoridad y que puede actuar por usted antes de tomar cualquier decisión.

##### **Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados**

- Puede quejarse si usted siente que le hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando información de la página 3.
- Usted puede presentar una queja con la Oficina del Departamento de Salud y la Oficina de Servicios Humanos de Derechos Civiles mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, 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/).
- Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

#### **Sus Opciones**

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

##### **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos, o a las demás personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una operación de socorro en caso de desastre
- *Si no esta capacitado de darnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También es posible que compartamos su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad.*

#### **Nuestros Usos y Divulgaciones:**

**¿Cómo usamos o compartimos su información de salud normalmente?**

Nosotros normalmente utilizamos o compartimos su información médica de manera siguiente:

- **Tratamiento**
- **Podemos utilizar su información de salud y compartirlo con otros profesionales que lo están tratando.**
- *Ejemplo: un médico que lo esté tratando por una lesión le pregunta a otro doctor acerca de su estado de salud general, o se hace referencia a un especialista para cuidado adicional.*
- **Mantener nuestra organización**
- **Nosotros podemos usar y compartir su información de salud para operar nuestra práctica, mejorar su atención, y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.** *Ejemplo: Usamos información médica acerca de usted para gestionar su tratamiento y servicios. A veces es posible que necesitemos compartir su información con la Ciudad de Wichita, Sedgwick County o DCF para presentación de informes y pagos bajo el programa de Project Access.*

#### **¿De que otra forma podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o es necesario compartir su información de otras maneras, por lo general, en formas que contribuyen para el bien del público, como salud pública y investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para obtener 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 salud pública y cuestiones de seguridad**
- **Podemos compartir información médica acerca de usted para determinadas situaciones, como por ejemplo:**
  - Prevención de enfermedad
  - Ayudar con retiradas de producto
  - Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
  - Denunciar presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza seria para la salud o la seguridad
- **Realizar una investigación** Podemos usar o compartir su información para investigación sobre la salud.
- **Cumplir con la ley** Compartir información acerca de usted si las leyes del estado o las leyes federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con leyes federales de privacidad.
- **Responder a donación de órganos y pedidos de tejidos**  
Podemos compartir información médica acerca de usted con organizaciones de adquisición de órganos.
- **Trabajar con un médico forense o un director de funeral** Podemos compartir información médica con un médico forense, un médico clínico, o director de funerales cuando un individuo muere.
- **Dirección de compensación a trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras solicitudes del gobierno**
- **Podemos usar o compartir información médica acerca de usted:**
  - A reclamaciones de compensación a los trabajadores
  - Para aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
  - Con agencias de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones del gobierno, tales como militar, seguridad nacional y servicios de protección presidenciales
- **Responder a demandas y acciones legales** Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a un citatorio.

#### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Nosotros le haremos saber inmediatamente si ocurre una violación que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y le daremos una copia de ella.
- No usaremos o compartiremos su información distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

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

Cambios en los términos de este Aviso:

**Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo aviso será disponible a petición, en nuestra oficina.,**

## Política de elegibilidad de ingresos del paciente

Para ser elegible para los servicios de la Clínica Guadalupe, los pacientes deben tener 18 años de edad o más, no tener seguro / cobertura médica y tener un ingreso familiar igual o inferior al 250% del Nivel Federal de Pobreza:



Personas en la familia/hogar (Incluye paciente, cónyuge / pareja e hijos dependientes)	Ingresos del hogar al 200% del nivel federal de pobreza		
	Annual	Mensual	Semanal
1	\$30,120	\$2,510	\$579
2	\$40,880	\$3,406	\$786
3	\$51,640	\$4,303	\$993
4	\$62,400	\$5,200	\$1,200
5	\$73,160	\$6,096	1,406
6	\$83,920	\$6,993	\$1,613
7	\$94,680	\$7,890	\$1,820
8	105,440	\$8,786	\$2,027

\* Tabla basada en las pautas de 2022: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

### Prueba de ingreso

Los pacientes deben proporcionar uno de los siguientes documentos:

- o Declaración de impuestos federales del año pasado (Formulario 1040 del IRS); Y traer 2 talones de cheque
- o Transcripción de salarios e ingresos (formulario IRS 4506-T); En 555 N Woodlawn Blvd, Wichita, KS 67208
- o Programa de Asistencia de Energía para Bajos Ingresos \*\* cantidad de beneficio/carta de aprobación; o
- o Programa de asistencia alimentaria\*\*("cupones para alimentos") cantidad de beneficio/carta de aprobación.

### Servicios disponibles para los pacientes de la Clínica Guadalupe

#### SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Visitas al médico
- Bienestar de las mujeres
- Control de la diabetes
- Pruebas de embarazo

#### SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

- Prueba de Tuberculosis
- Vacunas estacionales
- Pruebas de COVID-19 y vacunas

- Cardiología
- Consejería conductual
- Cuidado de la visión
- Dermatología
- Endocrinología
- ENT
- Gastroenterología
- Ortopedia
- Terapia física
- Podología
- Neumología
- Urología

#### SERVICIOS ESPECIALES\*

\* Por favor tenga en cuenta que usted debe ver a un médico primario antes de hacer una cita con uno de nuestros especialistas.