

## POLITICAS Y PROCEDIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS

### SECCION: Medica

PROBACION:

Fecha de Efectiva:

Tema: Criterio de calificación

Sustituye:

#### Política:

Es imperativo que los individuos buscando cuidado en Marian Clinic satisfechamente cumplan con los reglamentos de vivienda y financieros para la provisión del Acto Proveedor De Salud.

#### **NORMAS:**

En orden para recibir cuidado en Marian Clinic, Pacientes deben cumplir con los siguientes **requisitos de vivienda y financiera;**

##### **A. Requísitos:**

1. Tiene que vivir en el Condado de Shawnee.
2. No puede tener ninguna clase de seguro: Medicare, Health Wave, Beneficios de Veteranos o seguro privado de ninguna clase.
3. Debe proveer prueba de ingreso que el solicitante esta o es del nivel de 200% de Reglamentos federales De Pobreza.
4. No debe estar buscando daños que están relacionados con accidentes de vehículos o trabajo.

##### **B. Documentos Requeridos:**

1. Identificación con foto
2. Prueba de vivienda del Condado de Shawnee (Factura de Utilidad, Factura de teléfono, etc.)
3. Reciente archivo de impuestos. Si trabaja para sí mismo(a), una copia del programa C es requerido.
4. prueba de ingreso del Hogar. Por ejemplo: Un mes reciente de talones de cheque de cada persona que trabaja dentro del hogar, prueba de mantención de niño(s), pensión, SSI, pensiones, pagos de desempleo y ingresos de rentas/inversiones.



**POLÍTICAS DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE NO INTERNADO DE LA CLÍNICA DE MARIAN**

Entiendo que la clínica de Marian no ofrece los servicios que son cubiertos ya por Benefits de Veteran's, Medicaid, Seguro de enfermedad, o seguro médico privado. Entiendo que a un profesional de salud ven a todos los pacientes de la clínica de Marian un registro anticipado, un médico licenciado de la enfermera (ARNP), una ayudante del médico (RPA-C), o médico o mental voluntario que se licencia en el estado de Kansas y es supervisado por el director clínico de la clínica de Marian. Doy al permiso para la evaluación y el tratamiento para me, o a niño de menor importancia nombrado arriba, por este personal médico.

Entiendo que tengo la derecha de rechazar cualquier diagnóstico o servicio específica del tratamiento sin el compromiso de la mi derecha de recibir servicios médicos en la clínica, pero también entiendo que ciertas medicaciones no serán prescritas porque de esta denegación. Entiendo que los servicios médicos no están basados en una ciencia exacta, y yo reconozco que no se ha hecho ningunas garantías yo en cuanto a los resultados de ningunos servicios del tratamiento. Puedo preguntar otro doctor si hay los conflictos entre el médico y mismo de la personalidad.

Autorizo por este medio la clínica de Marian para conservar, para preservar, y el uso para los propósitos científicos o de enseñanza, o para disponer en su conveniencia, cualquier espécimen o el tejido fino tomados de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Entiendo que la clínica de Marian no proporciona el cuidado de la emergencia, cuidado urgente, servicios sin llamar, remuneración del trabajador, servicios de la inhabilidad, cuidado para el embarazo o para éstos que viven fuera de su área de servicio geográfica.

Entiendo que todos los archivos son mantenidos confidenciales su uso por el personal de Marian Clinic y que mi consentimiento escrito es requerido para cualquier lanzamiento de la información por Marian Clinic a otras personas o agencias, excepto según los requisitos de ley en cajas de órdenes judiciales, de abuso de niño, de situaciones amenazadoras de la vida, y de ediciones de la seguridad nacional. Ante el tribunal las evaluaciones pedidas, y toda la información relevante, incluyendo el material previamente obtenido, se pueden lanzar a la corte. La ley requiere al personal divulgar cualquier suspicacia del niño, del adulto, de la anciano, o del abuso vulnerable del abuso de la persona, incluyendo negligencia, emocional, físico, o sexual.

El pago para los servicios de la ambulancia, los servicios de emergencia, y el cuidado del sitio de emergencia será mi responsabilidad.

Acuerdo hablar respetuosamente y ser considerado de las derechas de otros pacientes y personal y voluntarios de la clínica de Marian y ser respetuoso de la característica de otras personas y de la clínica.

Puedo ser referido un especialista para la consulta. Entiendo que algunos doctores tienen listas que esperan y puedo no ser visto enseguida.

He leído "las POLÍTICAS del TRATAMIENTO del PACIENTE NO INTERNADO DE LA CLÍNICA de MARIAN" indicada arriba. Las entiendo o he hecho que alguien clarifique a mí cualquier cosa que no entendía. Convengo los términos indicados en las "POLÍTICAS antedichas." Proporciono la información antedicha para recibir cuidado bajo programa caritativo del cuidado médico (K.S.A. 75-6120).

***MI FIRMA EN ESTA FORMA SIGNIFICA QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN ANTEDICHA.***

Firma: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/del guarda

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

Atestiguado cerca: \_\_\_\_\_

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

New/12/8/11 aprobado por el Dr. Jeff Martin, director del ejecutivo del interino





Esta información está correcta y la ofrezco para recibir cuidado bajo programa caritativo del abastecedor del cuidado médico. (K.S.A. 75-6120). Entiendo que si la clínica de Marian encuentra que he dado intencionalmente la información financiera falsa, perderé inmediatamente la mi derecha a los servicios.

\_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del aspirante o padre o guarda del aspirante

**ENUMERE A TODOS los miembros de su casa comenzando con usted:**

	RELACIÓN	EDAD	DOB	LUGAR DE TRABAJO	POR COMPLETO O MEDIO TIEMPO
1.	NOMBRE AL PACIENTE				
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

Enumere TODAS las fuentes de INGRESOS MENSUALES (antes de impuestos) para su casa:

	Cantidad	
a. Empleo (incluya propinas) ... ..	_____	
b. Compensación por Desempleo ... ..	_____	
c. Compensación al Trabajador ... ..	_____	
d. Estampillas de Comida ... ..	_____	
e. Pensión alimentaria ... ..	_____	
f. Manutención de los hijos ... ..	_____	
g. <b>Pensión</b> ... ..	_____	TOTAL INGRESOS MENSUALES
h. <b>Seguro Social</b> ... ..	_____	
i. SRS Ingresos (Asistencia Financiera) ... ..	_____	\$ _____
j. Viviendas de amigos, familiares o refugio ...	_____	
k. <b>Utilidades de amigos, de la familia o del refugio...</b>	_____	
l. <b>Ayuda de amigos, de la familia, del etc</b> ... ..	_____	
m. <b>Otro:</b> _____	_____	

(Clínica de Marian, 8 de diciembre de 2011)  
 Aprobado: El Dr. Jeff Martin, director del ejecutivo del interino