



## Derechos y Responsabilidades del Cliente de KSFHP

### *KSFHP Client Rights and Responsibilities*

KSFHP quiere proveer comprensivo y preventivo cuidado de salud a los trabajadores agrícolas y sus dependes. Para poder obtener óptima comunicación, una relación buena con el paciente y un eficiente cuidado, KSFHP presenta los siguientes Derechos y Responsabilidades par usted y su familia. El sitio de web del programa es [www.ksfhp.org](http://www.ksfhp.org).

#### Derechos del Cliente

Tengo el derecho de:

- ❖ Ser tratado con respeto y completo conocimiento en lo que en mi caso concierne.
- ❖ Mi información personal será confidencial de parte de KSFHP, de parte del personal y proveedores sobre el cuidado de mi salud.
- ❖ Ser asignado un proveedor quien se encarga de mi salud si tengo muchos problemas de salud, ser visto(a) por un especialista o ser hospitalizado(a).
- ❖ Tengo derecho de tener un miembro de mi familia o un amigo a mi lado cuando hablo con el doctor en respeto de mi tratamiento para ayudarme.
- ❖ Ser informado(a) de los exámenes y tratamiento incluyendo prescripciones y como me ayudaría a mi salud. Manejadores de Casos Regional y Promotoras de Salud pueden facilitar comunicación con proveedores.
- ❖ Recibir en el lenguaje apropiado y entendible toda la información de diagnóstico y tratamiento. Manejadores de Casos Regional y Promotoras de Salud puedan facilitar comunicación con proveedores.
- ❖ Que me hagan saber todas las opciones para yo poder hacer mis decisiones referente a mi salud, Manejadores de Casos Regional y Promotoras de Salud pueden facilitar comunicación con proveedores.
- ❖ Ser informado de políticas, procedimientos, cargos por servicios recibidos o co-pagos.
- ❖ Cuando sea referido a otra agencia, recibiré la información de mis responsabilidades.
- ❖ No ser discriminado, por raza, religión, origen, lenguaje, sexo o edad.
- ❖ Que se me escucha cuando tenga alguna sugerencia o queja. Comprendo que puedo llamar al Manejador de Casos Regional o al KSFHP Directora, Cynthia Snyder, al [Cynthia.Snyder@ks.gov](mailto:Cynthia.Snyder@ks.gov) o 785-296-8113 y para comunicar con sugerencias o quejas.

## Responsabilidades del Cliente

Yo tengo la responsabilidad:

- Proveer la siguiente información
  - Información básica para determinar si soy elegible para KSFHP.
  - Información actualizado a mi KSFHP Manejador de Caso y proveedores cuando tengo cambios de dirección, número de teléfono, información sobre mi familia y financiera estatus o si se mueve a otra área. Entiendo que si yo presenta información falsa, podría ser hecho inelegible por el programa temporalmente o permanente.
  - Informar sobre mi estado de salud a proveedores de KSFHP incluyendo mi pasado o presente abuso de medicina para el dolor.
- Hacer y mantener mis citas programadas a tiempo. Si alguna emergencia llegara a ocurrir, yo llamaré a mi proveedor para cancelar y si es posible hacer otra cita.
- En los casos cuando tenga seguridad de salud comercial o Medicaid, para asegurarse de que alcance de Medicaid o otro seguro están actualizado y activo, y a traer la tarjeta a la cita.
- Si no tenga seguridad, a traer el voucher a las citas. (Haga arreglos de los vouchers con anticipación antes de la citas a menos que en las horas del fin de semana o citas del mismo día.)
- Entiendo que si falto 2 citas en 6 meses sin cancelar o sin avisar entonces mis servicios serían suspendidos por 6 meses.
- A cooperar con todos proveedores de salud y KSFHP personaje y hacer preguntas si no entiendo.
- Tratar a todos proveedores de KSFHP y personaje con respeto y entiendo que quejas de falta de respeto se toman en serio.
- Pagar todos mis co-pagos o pagos incluyendo lo siguiente:
  - El co-pago establecido con el proveedor
  - KSFHP cubre el 100% de servicios dentales, asta un total de \$300 por año por cliente, Cada cliente es responsable por un co-pago de \$10 por visita que será aplicado hacia su cuenta (bill).
  - Co-pagos con son negociados para Especialistas.
  - Los primeros \$5 de cada prescripción y la cantidad sobre \$50.00 que no sea cubierto por el voucher de KSFHP para farmacia.
  - Servicios que cuesta más de \$150 sin autorización.
  - Pagos por servicios no cubiertos por KSFHP.
- Yo entiendo que yo tengo responsabilidad de pagar los billes.
- Comunicarme con mi Manejador de Casos Regional antes de cambiar mi doctor primario, proveedores médicos o proveedores dentales. Yo comprometo que no buscaría múltiplo doctores (no incluyendo Especialistas) sin consultar con mi Manejadores de Casos Regional.
- Yo entiendo que mi salud es mi responsabilidad y debo de ser activo en todas mis necesidades médicos.