



* Por favor complete todos los páginas

Fecha De Hoy ___/___/___

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | |
|--|--------------------|---|--|--|--|
| Apellido | | Nombre | | Inicial de Segundo Nombre | |
| Dirección Postal | | | Ciudad | Estado | CP |
| Podemos enviar cartas / facturas a la dirección anterior ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | Condado donde vive <input type="checkbox"/> Pitkin <input type="checkbox"/> Eagle <input type="checkbox"/> Garfield <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> Otra | | |
| Dirección de Casa <input type="checkbox"/> Igual al Dirección Postal | | | Ciudad | Estado | CP |
| ¿Cuál es su identidad de género? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Mujer trans/Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Hombre trans/Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Otro: | | Usted se siente: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Pansexual/Polysexual <input type="checkbox"/> Otro: | | ¿Cuál es su pronombre preferido? <input type="checkbox"/> Ella/De ella <input type="checkbox"/> Él/De él <input type="checkbox"/> Otro:: | |
| ¿Qué sexo le asignaron al nacer? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Intersexual | # de Seguro Social | Edad | Fecha de Nacimiento Mes_ _/Dia_ _ / Año _ _ | | |
| Si el paciente es menor de edad, Nombre del Padre o Tutor | | | ¿Nombre del médico que le atiende regularmente? | | |
| Teléfono () | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular | Teléfono () | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular |

¿Teléfono SEGURO y CONFIDENCIAL donde podemos llamarle con resultados? ()

| |
|---|
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanca (Hispano) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico |
| Origen: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano |
| Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ |

de Personas en el Hogar _____
(incluir a las personas relacionadas por sangre, matrimonio / unión civil , o la adopción legal de estar en la misma casa con el apoyo de todas las fuentes de ingresos)

Ingreso Familiar Mensual (Ingreso total de todas las personas en el hogar)
\$ _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (MUESTRE SU TARJETA DE SEGURO A LA RECEPCIONISTA)

¿Tiene el paciente seguro médico? Sí No Podemos facturar el seguro del paciente? Sí No

Por la presente certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE O TUTOR

Fecha

EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor, díganos a quién contactar en caso de emergencia (padre, madre o tutor si es menor de 18): Una emergencia podría ser hemorragia severa, pérdida del conocimiento, un accidente o una enfermedad que requiera de la ambulancia o la hospitalización. Los servicios de planificación familiar no requieren permiso de los padres, sin embargo, en una situación de emergencia, si es menor de 18 años de edad, se lo notificaremos a los padres o tutores.

| | | |
|------------------------|------------|---------------------------|
| Contacto de Emergencia | Parentesco | Número de Teléfono () |
|------------------------|------------|---------------------------|

¿Sabe esta persona está recibiendo servicios aquí? Sí No

DECLARACION DE RESPOSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Community Health Services agradece su confianza al elegirnos para poder proporcionarle su cuidado medico. Los servicios que ha optado por recibir implican una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a asegurar pago complete por nuestros servicios. Usted es responsable por su factura.

PACIENTES CON BENEFICIOS DE SEGURO MEDICO:

Como cortesía a los pacientes y a su familia, Community Health Services somete reclamos a las siguientes compañías de seguro:

Aetna * Rocky Mountain Health Plans * UnitedHealthcare * Anthem BC * Cigna/Great West
Medicaid: Health First Colorado, Rocky Mountain Prime
Medicare Parte B: (Solo reclamos para la vacuna de la Influenza y Neumonía)

Es su responsabilidad conocer la cobertura y beneficios. Usted es responsable del pago de los deducibles y copagos según lo determinado por la compañía de seguros. Usted también es responsable por los importes no cubiertos por la aseguradora. Si usted está asegurado por un plan en el que no participamos, el pago total se debe realizarse al momento del servicio. Sus servicios podrían considerarse fuera de la red y otorgarle menor cobertura. Se le dará un recibo que usted puede presentar a su compañía de seguros.

PACIENTES SIN SEGURO MEDICO

Si usted no tiene seguro médico, usted puede ser elegible para uno de los programas de descuento. El pago se espera en el momento del servicio.

PACIENTES MENORES

El padre / tutor que acompaña a un menor es responsable del pago de la cuenta del menor.

*****IMPORTANTE*** SI USTED ESTA CUBIERTO POR UN SEGURO QUE PERTENECE A SUS PADRES O PAREJA:**

Por favor tome en cuenta, cuando los servicios son enviados a la aseguranza, es requerido que la compania envíe una explicacion de beneficios, detallando el tratamiento y como fue procesada el reclamo. Esto sera enviado a la persona primaria del seguro medico.

Si usted desea que sus servicios sean privados y no enviados a la aseguranza, por favor dejenos saber.

Los programas de Community Health Services no discriminan a nadie debido a su raza, color, origen de nacionalidad, genero, orentacion sexual, religion, edad, estatus migratorio, estatus de veteranao, discapacidad, u otra forma de proteccion legal.

La discriminacion no tiene lugar en Community Health Services, y es contraria a la inclusion, respeto, y compasion.

He leído y entiendo mis obligaciones con Community Health Services y reconozco que soy totalmente responsable del pago de los servicios. Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Community Health Services. Entiendo que cualquier cantidad restante después de dicho pago hecho por mi compañía de seguros se convierte en mi responsabilidad.

CLIENT / PARENT OR GUARDIAN SIGNATURE

DATE

Consentimiento para el Programa de Planificación Familiar
(COMMUNITY HEALTH SERVICES, 0405 Castle Creek Rd., Ste. 201, Aspen, CO 81611)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Yo, _____, autorizo al personal de la mencionada clínica a examinarme, tratarme y asesorarme. Entiendo lo siguiente y concuerdo con ello:

Servicios:

- Los servicios de planificación familiar incluyen lo siguiente: revisión de mi historia clínica, consultas de rutina de planificación familiar para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, exámenes de infecciones de transmisión sexual y VIH, asesoramiento de reducción de riesgos, prueba y asesoramiento de embarazo, exámenes y asesoramiento preconcepcivo y derivación para cuidados no proporcionados en esta clínica.
- Se me brindará información sobre la(s) prueba(s), procedimiento(s), tratamiento(s) y método(s) anticonceptivo(s) antes de que se me proporcione cualquiera de estos servicios. Esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y otras opciones. Haré preguntas sobre todo lo que no entienda.
- Es mi decisión si quiero o no recibir servicios, y puedo cambiar de opinión respecto a recibir servicios en esta clínica en cualquier momento.
- No recibo garantía alguna en relación con los resultados de cualquier servicio que reciba.
- Acepto someterme a un examen físico, incluido un examen de mamas, pélvico y genital, si así se recomendará.
- Mi proveedor de atención médica podrá recomendar pruebas de laboratorio, incluida una prueba Pap, si fuera necesario.
- Podré ser derivada a otro proveedor de atención médica para la realización de más pruebas o tratamientos de ser necesario.
- Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito para poder recibir cualquier otro servicio ofrecido en la clínica.

Pago

- Existen determinados riesgos y peligros relacionados con todas las formas de tratamiento y atención médicos que pueden derivar en costos adicionales para mí (la cliente).
- Ninguna aseguradora o programa de ayuda otorga garantía de pago de los costos no cubiertos por el programa de planificación familiar, de los que soy responsable.
- Es posible que se me facturen los servicios no cubiertos por el Título X, como, entre otros, colposcopías o tratamiento de complicaciones resultantes de procedimientos cubiertos por el Título X o efectos secundarios de medicamentos.
- Algunas pruebas de laboratorio podrán no estar cubiertas por el programa de planificación familiar. Mi médico lo hablará conmigo.
- Si debo ser derivada a otro proveedor de atención médica, asumiré la responsabilidad de obtener esa atención y pagar por ella.

Privacidad

- Toda mi información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y no se divulgará a nadie sin mi autorización, salvo que sea obligatorio por ley. Esto podría incluir:
 - Resultados positivos de análisis de algunas enfermedades de transmisión sexual
 - Abuso sexual o maltrato físico de menores de edad
 - Signos físicos de violencia doméstica o violencia íntima por parte de la pareja
- Entiendo que esta clínica de atención médica utiliza una base de datos que abarca todo el estado y que hace que mi información médica esté disponible para el departamento de salud del estado de Colorado a efectos de la comunicación de información del programa.

He leído la información anterior. Me la han explicado y la entiendo. Una persona de la clínica respondió mis preguntas.

Firma de la cliente

Fecha

La cliente recibió la información anterior y pienso que la entiende.

Firma del personal

Fecha

Información de identificación del intérprete _____



**¡USTED DEBERIA SABER QUE...
SU INFORMACION ESTA SEGURA Y PROTEGIDA!**

Este aviso describe el uso y divulgación de su información médica, y como usted puede tener acceso a tal información. Por favor lea cuidadosamente.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) (por sus siglas en inglés) del gobierno federal se asegura que los Servicios Médicos Designados cumplan con los reglamentos sobre divulgar Información Medica Protegida. Este folleto resume algunas de esas reglas.

Al momento de proporcionarle nuestros servicios, Community Health Services, Inc. obtiene su permiso para usar y divulgar su información médica con el propósito de darle tratamiento, solicitar los pagos por los servicios médicos proporcionados y para efectuar las operaciones internas de la agencia.

Nuestro compromiso es tomar las medidas razonables para garantizar que su información media se mantenga protegida. Uso y divulgación de su Información Medica Protegida, se hará únicamente con su autorización por escrito.

Nunca usaremos su Información Medica Protegida con propósitos de mercadeo, tampoco la venderemos, alquilaremos ni la intercambiaremos sin su debida autorización. Esta información no será divulgada a ningún empleador con el fin de determinar un empleo o con propósitos de recaudar fondos.

No proporcionaremos información a ninguna persona sin su consentimiento. Tal consentimiento puede revocarse por escrito y en cualquier momento; no obstante, podríamos divulgar su Información Medica Protegida sin su autorización si la ley así nos exige.

Contactarlo: Podría ser necesario contactarlo en su lugar de residencia para seguimiento de su cuidado o para confirmar sus citas. **Si no desea que lo contacten de esta forma, por favor avisemos inmediatamente.**

DERECHOS: HIPAA también le da ciertos derechos sobre su Información Medica Protegida, lo que incluye el derecho de solicitar restricciones de ciertos, usos y divulgaciones, a inspeccionar y fotocopiar su expediente, a solicitar correcciones en su información médica, a recibir un reporte de todas las divulgaciones que se han hecho de su Información Medica Protegida.

Este documento es solamente un resumen de nuestro reglamento de privacidad y sus derechos de privacidad. No se listan aquí todas las excepciones o posibles usos de su Información Medica Protegida. Si desea una copia completa de las políticas de privacidad o si tiene preguntas o quejas, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad al 970-920-5010.

La firma de este documento significa que usted ha leído el Aviso de las Prácticas de Privacidad de Community Health Services, Inc.

Imprima el Nombre del Cliente

Fecha

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Historial Integral de Planificación Familiar: Masculino

Identificación del paciente:

Fecha de hoy: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Enumere los medicamentos, alimentos, látex, etc. a los que usted es alérgico **y la reacción que le provoca:**

Historial familiar

- ¿Alguno de sus abuelos, padres o hermanos hermanos/hermanas ha padecido alguna de las siguientes afecciones? Si es afirmativo, por favor mencione quién y a qué edad.**
- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Formación de coágulos de sangre en brazos/piernas/pecho _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sangrado _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tensión arterial alta _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol/triglicéridos altos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cancer de mama/ovarios/útero/próstata/colon _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Defectos de nacimiento _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abuso de alcohol/drogas _____ |

Su historial nutricional

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Existen cambios que a usted le gustaría hacer en su dieta? Si respondió sí, describa _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sigue una dieta especial? (por ej., vegetariana, para diabéticos) Si es afirmativo, por favor describa _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hace ejercicio regularmente? Describa _____ |
- Mencione otros suplementos, vitaminas, hierbas o medicamentos para perder peso que utiliza: _____
- ¿Es su peso: ____ apropiado ____ muy pesado ____ muy delgado?

Su historial médico

- | Sí | No | ¿Tiene, o ha tenido, alguno de los siguientes? |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está tomando algún medicamento de venta bajo receta o de venta libre? Enumere: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades cardíacas, presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Formación de coágulos de sangre en brazos/piernas/pecho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón o infarto |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol/triglicéridos altos _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer: ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas en la sangre (Anemia falciforme, hemofilia, bajo nivel de hierro) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usted o su pareja han tenido alguna vez alguna transfusión de sangre/tejido o trasplante de órganos, inseminación artificial? ¿En qué año? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía - mencione tipo de cirugía y fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática (hepatitis, mononucleosis, ictericia, cirrosis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión o problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si usted nació antes de 1975, ¿Su madre tomó DES cuando estaba embarazada de usted? |

Historial de vacunas (enumere la(s) fecha(s))

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el sarampión, Paperas, Rubéola (MMR) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el tétano difteria, tos ferina (tos convulsa) (Td/Tdap) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la Hepatitis A _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la Hepatitis B _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la varicela _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna antigripal _____ |

Su historial reproductivo

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha causado un embarazo? Si la respuesta es sí, ¿Cuántos niños tiene? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene planificado un embarazo en el futuro? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está usando algún método anticonceptivo? Por favor marque los métodos anticonceptivos que usa: <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Confía en el método de su pareja. ¿Qué métodos utiliza su pareja? _____ |

Su historial urológico

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene secreción anormal del pene actualmente? Describa _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene o tuvo una lesión, dolor, o bulto en su pene? Describa _____ ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene o tuvo alguna lesión, dolor, o bulto en su escroto o testículos? Describa _____ ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted se hace un auto examen de los testículos? |

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Gonorrea |
| <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> verrugas genitales / HPV | <input type="checkbox"/> trichomoniasis |

Su historial personal

- | Sí | No | |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma cigarrillos? ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Tabaco sin humo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Bebe alcohol? ¿Cuántas bebidas al día? _____ ¿a la semana? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Siente usted que debe reducir su consumo de alcohol? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consumo drogas ilegales? (éxtasis, metanfetamina, marihuana, etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está usando medicamento con receta no recetados para usted? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han utilizado agujas para drogas? (inyección de drogas) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han tenido sexo a cambio de drogas o dinero? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa condones? Nunca _____ Algunas veces _____ Siempre _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le han practicado pruebas de VIH? ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Es usted VIH positivo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha sido forzado para tener sexo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez has sido golpeado, abofeteado, pateado, sacudido o herido por alguien? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hay alguien que le hace sentir inseguro ahora? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su pareja sexual tiene otras parejas? |
| 1. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 2 meses? ____ | | |
| 2. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año? ____ | | |
| 3. ¿Son sus compañeros sexuales masculinos _____ femenino _____ ambos _____? | | |
| 4. ¿Practica el sexo oral _____ sexo vaginal _____ sexo anal _____? | | |
| 5. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales? _____ | | |

Firma del cliente

Firma del personal

Community Health Services

FAMILY PLANNING PROGRAM/STD INITIAL HISTORY AND EXAM FORM MALE/FEMALE

DATE: _____ **Preferred F/U Contact:** _____

REASON FOR VISIT: _____

SYMPTOMS: _____

Tests ordered: HSV _____ HIV: _____ CT: _____ GC: _____ RPR: _____

Notes/Other: _____

Education: Adolescent Counseling ___ Contraceptive ___ Breast Health Ed ___ Cervical Health ED ___
Pre-concept Counseling ___ Preg. Options ___ Delayed Exam ___ Reprod Life Plan ___ Diabetes ___ STD/HIV ___
Sexual Coercion ___ Substance Abuse ___ Emergency Contraception ___ Nutrition/Weight loss/CA ___
MMR/Tdap/FLU/HPV ___ Counseling/psychiatric care ___ Suicide prevention ___
___ Smoke/Tobacco Y N If yes, Interest in quit Y N
___ WWC 40-50 yr. Counsel Screening Mammo/Declined
QUITLINE Info provided? Y N **Referral made?** Y N

Method of Birth Control: Relies on Partner _____ Condoms _____ OCP's _____ IUD _____ Nuvaring _____
Nexplanon/Implant _____ Diaphragm _____ DepoProvera _____ Abstinence _____ Spermicide _____
Sterilization _____ Other _____

Nursing Notes:

Order: _____

RX#: _____ **Lot #** _____ **EXP** _____

Referral: _____ **RTC:** _____

Provider Signature: _____ / _____ **Date:** _____