



* 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 ____/____/____	
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 (Anglo o Hispano) <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
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 Mensual del Hogar (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

Sus antecedentes familiares

Marque aquí si no conoce sus antecedentes familiares

Sí No
¿Sus abuelos, padres o hermanos han sufrido alguno de los siguientes trastornos? Si la respuesta es "sí", aclare quién y a qué edad.

- Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/tórax _____
 Problemas de sangrado _____
 Presión sanguínea alta _____
 Colesterol/triglicéridos altos _____
 Cáncer de mama/ovario/útero/colon _____
 Infarto _____
 Derrame cerebral _____
 Diabetes _____
 Anomalías congénitas _____
 Consumo abusivo de alcohol/drogas _____

Sus antecedentes médicos

¿Sufre o ha sufrido alguno de los siguientes trastornos?

- Sí No**
 ¿Está tomando algún medicamento con receta o de venta libre?
Indíquelos a continuación: _____
 ¿Estuvo en la sala de urgencias u hospitalizado en el último año?
 Asma
 Cardiopatía, presión sanguínea alta
 Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/tórax
 Infarto o derrame cerebral
 Colesterol/triglicéridos altos
 Migrañas o cefaleas frecuentes
 Cambios en la visión o entumecimiento
 Lupus (SLE)
 Cáncer: ¿De qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____
 Problemas sanguíneos (anemia drepanocítica, hemofilia, bajo nivel de hierro)
 ¿Usted o su(s) pareja(s) alguna vez recibieron transfusión sanguínea, trasplante de tejidos u órganos o inseminación artificial?
 Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD)
 Enfermedad de la vesícula biliar
 Operaciones - Indique tipos y fechas: _____
 Problemas de tiroides
 Enfermedad de mamas
 Mamografía - Fecha _____
 Problemas renales o de vejiga
 Enfermedad hepática (hepatitis, mononucleosis, ictericia, cirrosis)
 Diabetes
 Epilepsia o convulsiones
 Depresión o problemas emocionales

Identificación del paciente:

Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Indique medicamentos, alimentos, látex, etc., a los que sea alérgico y las reacciones que le provocan: _____

Sus antecedentes personales

Sí No

- ¿Fuma o consume algún tipo de tabaco?
¿Qué cantidad por día? _____
 ¿Bebe alcohol? ¿Cuántas veces por día? _____
¿Y por semana? _____
 ¿Alguna vez siente que debería reducir la cantidad de alcohol que consume?
 ¿Consumió marihuana en el último año?
 En el último año, ¿consumió alguna droga ilegal o recetada por razones no médicas?
 ¿Alguna vez lo golpearon, abofetearon, patearon, sacudieron o lastimaron?
 ¿Hay alguien que actualmente lo haga sentir inseguro?
 ¿Ha sido obligado a mantener relaciones sexuales?

Sus antecedentes nutricionales

Sí No

- ¿Le gustaría hacer algún cambio en su dieta? En caso afirmativo, descríballo: _____
 ¿Hace ejercicio físico con regularidad?
Describa cuál: _____

Indique los complementos, preparaciones herbales o para perder peso que consume: _____

Vacunas (indique las fechas)

Sí No

- Vacuna contra el sarampión, paperas, rubéola (MMR) _____
 Vacuna contra el tétanos, difteria, tos ferina (Td/Tdap) _____
 Vacuna contra la hepatitis A _____
 Vacuna contra la hepatitis B _____
 Vacuna contra la varicela _____
 Vacuna contra el HPV (virus del papiloma humano) _____
 Vacuna contra la gripe _____

Su salud sexual y reproductiva

¿Alguna vez tuvo una de las siguientes infecciones de transmisión sexual?

- Clamidia
Gonorrea
Verrugas genitales/Virus del papiloma humano (HPV)
Sífilis
Herpes
Tricomoniasis
Uretritis no gonocócica (UNG)
¿Alguna vez usted o su(s) pareja(s) sexual(es) usaron agujas para inyectarse drogas?
¿Alguna vez usted o su(s) pareja(s) sexual(es) tuvieron relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero?
¿Usa preservativos?
Nunca ___ A veces ___ Siempre ___
¿Se ha hecho análisis de HIV? ¿Cuándo?
¿El análisis de VIH fue positivo (se detectó la infección por VIH)?
¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses?
¿Su pareja sexual tiene otras parejas?

- 1. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en los últimos 2 meses?
2. ¿Cuántas parejas sexuales tuvo en el último año?
3. Sus parejas sexuales son: hombres ___ mujeres ___ ambos ___
hombres transexuales ___ mujeres transexuales ___
intersexuales ___ otros ___
4. Sus relaciones sexuales son mediante: sexo vaginal ___
sexo oral ___ arriba ___ abajo ___ ambas ___
sexo anal ___ arriba ___ abajo ___ ambas ___
5. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales?
6. ¿Alguna de sus parejas masculinas tuvo relaciones sexuales con otros hombres? Sí ___ No ___ N/C ___
7. ¿Alguna de sus parejas vive con el VIH? Sí ___ No ___

(Hombre / Sexo masculino asignado al nacer / Cambio de sexo de hombre a mujer)

Sus antecedentes urológicos

- ¿En este momento tiene alguna secreción anómala en el pene?
¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, llaga o bulto en el pene?
¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, llaga o bulto en el escroto o en los testículos?
¿Ha sentido dolor al mantener relaciones sexuales?
¿Se hizo operación de cambio de sexo? En caso afirmativo, descríbala:

Sus antecedentes reproductivos

- ¿Cuántos hijos tiene?
¿Quiere tener hijos en el futuro?
¿Usa algún método anticonceptivo?
Marque los métodos anticonceptivos que usa:
Preservativos
Vasectomía
Se confía en el método elegido por su pareja. ¿Qué método usa su pareja?

(Mujer / Sexo femenino asignado al nacer / Cambio de sexo de mujer a hombre)

¿Quiere quedar embarazada en el próximo año? Sí ___ No ___

Antecedentes menstruales

Fecha del primer día de su último período menstrual: ___

- ¿Su último período menstrual fue normal? Si no lo fue, explique:
¿Tiene el período todos los meses? El flujo es: ___ liviano ___ mediano ___ espeso
¿Tiene sangrado entre períodos?
¿Tiene dolores menstruales durante los períodos?
¿Toma medicamentos para dichos dolores?
De venta libre
Con receta
¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer período? ___

Sus antecedentes de embarazos

- ¿Cuántas veces estuvo embarazada?
Indique las fechas de los partos:
¿Cuántos hijos vivos tiene?
Indique las fechas de abortos (espontáneos o no):
Indique las fechas de embarazos extrauterinos:
¿En este momento está amamantando? Sí ___ No ___

Sí No

- ¿Alguno de sus hijos pesó menos de 5 1/2 libras al nacer?
¿Alguno de sus hijos pesó más de 9 libras al nacer?
¿En algunos de sus embarazos tuvo presión sanguínea alta, diabetes o un bebé con anomalías congénitas?

Sus antecedentes ginecológicos

¿Cuándo se hizo el último examen de Pap? ___

Sí No

- ¿Tuvo alguno de los siguientes trastornos?
Examen de Pap anómalo
En caso afirmativo, ¿cuándo?
Colposcopia o tratamiento del cuello uterino. (¿Cuándo?)
Problemas de ovarios
Problemas de útero o fibromas uterinos
Enfermedad inflamatoria pélvica (PID)
Dolor u otros problemas al mantener relaciones sexuales
Infecciones vaginales (candidiasis o vaginosis bacteriana)
¿Se hizo operación de cambio de sexo? En caso afirmativo, descríbala:

Sus antecedentes de métodos anticonceptivos

Sí No

- ¿En este momento está usando algún método anticonceptivo? Si la respuesta es "sí", ¿cuál?
¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos anticonceptivos utilizados?
¿Con cuál método?
En los últimos 5 días o desde su último período, ¿mantuvo relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos? (los preservativos son un método anticonceptivo)

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