



* 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 ? Condado donde vive

Dirección de Casa Dirección Postal Ciudad Estado CP

¿Cuál es su identidad de género? Usted se siente? ¿Cuál es su pronombre preferido?

¿Qué sexo le asignaron al nacer? # de Seguro Social Edad Fecha de Nacimiento

Teléfono Casa Celular Teléfono Casa Celular

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

¿Nombre del médico que le atiende regularmente?

Raza: Blanca (Anglo o Hispano) Asiático Negro Indio Americano Nativo de Hawái

Origen: Hispano No Hispano

Idioma Principal: Inglés Español Otro

De Personas En El Hogar Que Mantiene Economicamente Ingreso Familiar Mensual

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

¿Tiene el paciente seguro médico? Podemos facturar el seguro del paciente?

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

Identificación del paciente	
Fecha de hoy: ___/___/___ Fecha de nacimiento: ___/___/___	
Nombre del paciente: _____ Edad: _____	
Indique medicamentos, alimentos, látex, etc., a los que sea alérgico y las reacciones que le provocan: _____	
Antecedentes nutricionales	
Sí No ¿Le gustaría hacer algún cambio en su dieta? En caso afirmativo, indique cuáles: _____	
Sí No ¿Hace ejercicio físico con regularidad? Describa cuál: _____	
Indique los complementos, productos herbales o para perder peso que consume: _____	
Vacunas (indique las fechas)	
Sí No Sarampión, paperas, rubeola (MMR) _____	
Sí No Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap) _____	
Sí No Hepatitis A _____	
Sí No Hepatitis B _____	
Sí No Varicela _____	
Sí No HPV (virus del papiloma humano) _____	
Sí No Influenza (gripe) _____	
Sus antecedentes familiares	
<input type="checkbox"/> Marque aquí si no conoce sus antecedentes familiares.	
¿Sus abuelos, padres o hermanos han sufrido alguno de los siguientes trastornos? En caso afirmativo, aclare quién y a qué edad.	
Sí No Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/tórax _____	
Sí No Problemas de sangrado _____	
Sí No Presión arterial alta (hipertensión) _____	
Sí No Colesterol/triglicéridos altos _____	
Sí No Cáncer de mama/ovario/cuello uterino/colon _____	
Sí No Infarto _____	
Sí No Derrame cerebral _____	
Sí No Diabetes _____	
Sí No Defectos congénitos _____	
Sí No Consumo abusivo de alcohol o drogas _____	
Sus antecedentes médicos	
¿Sufre o ha sufrido alguno de los siguientes trastornos?	
Sí No ¿Toma algún medicamento con receta o de venta libre? Indíquelo a continuación: _____	
Sí No ¿Estuvo en la sala de urgencias u hospitalizado en el último año? Indíquelo a continuación: _____	
Sí No Asma	
Sí No Cardiopatía o presión arterial alta (hipertensión)	
Sí No Infarto o derrame cerebral	
Sí No Colesterol/triglicéridos altos	
Sí No Migrañas o cefaleas frecuentes. Especifique: _____	
Sí No Cambios en la visión o entumecimiento	
Sí No Lupus (SLE)	
Sí No Cáncer	
Indique el tipo y el año en que fue diagnosticado: _____	
Sí No Problemas sanguíneos (anemia drepanocítica, hemofilia, bajo nivel de hierro)	
Sí No ¿Usted o su(s) pareja(s) alguna vez recibieron transfusión sanguínea, de tejidos u órganos o inseminación artificial?	
Sí No Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD)	
Sí No Enfermedad de la vesícula biliar	
Sí No Cirugías Indique a continuación: _____	
Sí No Afecciones mamarias	
Sí No Mamografía Fecha de la última mamografía: ___/___/___	

Sus antecedentes médicos (cont.)		
Sí	No	Problemas renales o de vejiga
Sí	No	Enfermedad hepática (hepatitis, mononucleosis, ictericia, cirrosis)
Sí	No	Diabetes
Sí	No	Epilepsia o convulsiones
Sí	No	Depresión u otros problemas de salud mental
Sí	No	¿Se hizo operación de cambio de sexo?
Su salud sexual y reproductiva		
¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes infecciones de transmisión sexual?		
Sí	No	Clamidia
Sí	No	Gonorrea
Sí	No	Verrugas genitales/virus del papiloma humano (HPV)
Sí	No	Sífilis
Sí	No	Herpes
Sí	No	Tricomoniasis
Sí	No	Uretritis no gonocócica (UNG)
Sí	No	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez agujas para inyectarse drogas?
Sí	No	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) alguna vez tuvieron relaciones sexuales a cambio de drogas o dinero?
Sí	No	¿Usa preservativos? (externos o internos)
En caso afirmativo, indique la frecuencia:		
Nunca A veces Siempre		
Sí	No	¿Alguna vez se hizo una prueba de VIH? ¿Cuándo? _____
Sí	No	¿Su prueba de VIH dio positivo?
Sí	No	¿Ha tenido una nueva pareja en los últimos 2 meses?
Sí	No	¿Cuántas parejas sexuales tuvo? _____
Sí	No	Sus parejas sexuales son: hombres _____ mujeres _____
ambos _____ transgénero _____ transexuales _____		
intersexuales _____ no binarios _____ otros _____		
Sí	No	¿Practica sexo vaginal?
Sí	No	¿Practica sexo oral? Encierre en un círculo todas las que correspondan. Recibe/abajo Da/arriba
Sí	No	¿Practica sexo anal? Encierre en un círculo todas las que correspondan. Insertivo/arriba Recibe/abajo Ambas
Sí	No	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____
Sí	No	¿Alguna de sus parejas masculinas tuvo relaciones sexuales con otros hombres?
Sí	No	¿Alguna de sus parejas tiene VIH?
Sí	No	¿Tiene un adulto de confianza con quien hablar de relaciones sanas, sexo y métodos anticonceptivos?
Sí	No	¿Alguna vez fue obligado a hacer algo sexual que no quería o su pareja se negó a usar preservativo?
Sí	No	¿Su pareja está de acuerdo con su decisión de quedar o no embarazada y cuándo?
<i>Responda estas preguntas solo si es hombre, se le asignó el sexo masculino al nacer o cambió de sexo de hombre a mujer (MTF)</i>		
Sus antecedentes urológicos		
Sí	No	¿Tiene alguna secreción anómala en el pene?
Sí	No	¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, o bulto en el pene, escroto o los testículos?
Sí	No	¿Ha sentido dolor al mantener relaciones sexuales? Cuándo: _____
Sus antecedentes reproductivos		
¿Cuántos hijos tiene? _____		
Sí	No	¿Cree que podría tener (más) hijos en algún momento?
¿Cuándo cree que sería eso? _____		
¿Qué tan importante es para usted evitar el embarazo? _____		
Sí	No	¿Usa algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál usa? _____

Nombre del paciente: _____

Responda estas preguntas solo si es mujer, se le asignó el sexo femenino al nacer o cambió de sexo de mujer a hombre (FTM)

Sus antecedentes menstruales

Fecha de su último período menstrual (el primer día): ____/____/____

- Sí No** ¿Su último período menstrual fue normal?
Sí No ¿Tiene el período todos los meses?
 Cantidad: poca ____ media ____ abundante ____
Sí No ¿Tiene sangrado entre períodos?
Sí No ¿Tiene dolores menstruales durante los períodos?
Sí No ¿Toma medicamentos para dichos dolores? Qué toma: _____
 ¿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: _____

- Sí No** ¿En este momento está amamantando?
Sí No ¿Alguno de sus hijos pesó menos de 5 ½ libras al nacer?
Sí No ¿Alguno de sus hijos pesó más de 9 libras al nacer?
Sí No ¿En algunos de sus embarazos tuvo presión arterial alta o diabetes o el bebé nació con defectos congénitos?

Sus antecedentes ginecológicos

¿Cuándo se hizo el último examen de Papanicolau o detección de HPV? _____

¿Tuvo alguno de los siguientes problemas?

- Sí No** ¿Resultado anormal del Pap o del HPV? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Sí No ¿Se realizó alguna colposcopia, biopsia o tratamiento del cuello uterino? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Sí No Problemas de ovarios
Sí No Problemas de útero o fibromas uterinos
Sí No Enfermedad inflamatoria pélvica (PID)
Sí No Dolor u otros problemas al mantener relaciones sexuales
Sí No Infecciones vaginales (a causa de hongos o bacterias)

Sus antecedentes de métodos anticonceptivos

Sí No ¿Cree que podría tener (más) hijos en algún momento?

¿Cuándo cree que sería eso? _____

¿Qué tan importante es para usted evitar el embarazo? _____

- Sí No** ¿En este momento está usando algún método anticonceptivo? En caso afirmativo, ¿cuál? _____
Sí No ¿Ha tenido problemas con alguno de los métodos anticonceptivos utilizados? Especifique: _____
Sí No En los últimos 5 días o desde su último período, ¿mantuvo relaciones sexuales sin utilizar métodos anticonceptivos o el método empleado falló (los preservativos son un método anticonceptivo)?

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuán a menudo se sintió mal por alguno de estos problemas?

Sintió poco interés o placer en hacer las cosas

0 1 2 3

Se sintió triste, deprimido o sin esperanza

0 1 2 3

**PHQ-2 (If screen is positive, use PHQ-9)*

Sí No ¿Alguien le ha pegado, golpeado o herido de alguna forma durante el último año? En caso afirmativo, ¿quién fue? _____

Sí No ¿Se siente segura en su relación actual?

Sí No ¿Hay alguna pareja anterior que la está haciendo sentir insegura ahora?

**PVS*

Sí No ¿Alguna vez sufrió abuso emocional o físico por parte de una pareja o alguien importante en su vida?

Sí No En el último año, ¿alguien la golpeó, abofeteó, pateó o la lastimó de alguna otra manera? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

Cantidad de veces: _____

Sí No En el último año, ¿alguien la obligó a mantener relaciones sexuales? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

Cantidad de veces: _____

Sí No ¿Le teme a su pareja o a alguna de las personas nombradas anteriormente?

Responda la siguiente pregunta solo si está embarazada en este momento:

Sí No Desde que está embarazada, ¿alguien la abofeteó, pateó o la lastimó de alguna otra manera? En caso afirmativo, ¿quién fue? (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Pareja Expareja Extraño Otro Varios

**AAS (Usar AAS-D según corresponda)*

Nombre del paciente: _____

Responda estas preguntas si tiene menos de 22 años.

En los últimos 12 meses,

- | | | |
|-----------|-----------|---|
| Sí | No | ¿bebió alcohol (más que unos pocos sorbos)? |
| Sí | No | ¿consumió marihuana o hachís? |
| Sí | No | ¿usó alguna otra sustancia para drogarse (como drogas ilegales, medicamentos de venta libre y con receta, o algo para aspirar o inhalar)? |

Si respondió que **sí** a alguna de las preguntas anteriores, responda las siguientes:

- | | | |
|-----------|-----------|--|
| Sí | No | ¿Ha viajado en un automóvil conducido por alguien (incluso usted) "drogado" o que haya estado consumiendo alcohol o drogas? |
| Sí | No | ¿Consume alcohol o drogas para relajarse , sentirse mejor con usted mismo o encajar en un grupo? |
| Sí | No | ¿Consume alcohol o drogas cuando está solo o a solas ? |
| Sí | No | ¿Alguna vez se olvida las cosas que hace cuando está consumiendo alcohol o drogas? |
| Sí | No | ¿Sus familiares o amigos alguna vez le dicen que debería disminuir su consumo de drogas o alcohol? |
| Sí | No | ¿Alguna vez se metió en problemas mientras estaba consumiendo alcohol o drogas? |

*CRAFFT para adolescentes

Responda estas preguntas si tiene más de 21 años.

En el último año, ¿cuán a menudo consumió lo siguiente?

Alcohol (hombres: 5 o más bebidas/día; mujeres: 4 o más bebidas/día).

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

Tabaco/productos de marihuana

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

Medicamentos con receta sin razones médicas

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

Drogas ilegales

Nunca Una o dos veces Una vez al mes
Una vez a la semana A diario o casi a diario

*NIDA ASSIST para adultos

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

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