

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 RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Community Health Services agradece la confianza que ha depositado en elegirnos para proporcionar sus necesidades de atención médica. Los servicios que ha optado por recibir aquí implican una responsabilidad financiera de su parte. La responsabilidad le obliga a asegurar el pago total por nuestros servicios. Usted es responsable del pago completo de 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/Cofinity	Rocky Mountain Health Plans	United Health Care	Cigna
Anthem Blue Cross/ Blue Shield	Medicaid		

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.

Si tiene 17 años de edad y cubierto por sus padres o tutores plan de seguro :

Usted debe saber que las compañías de seguros privadas envían una carta llamada una explicación de los beneficios o EOB al titular de la póliza de seguro (sus padres o tutores) sobre los servicios de atención médica que recibe en la clínica . Deje que el personal de la clínica saber si usted no quiere que sus padres o tutores para saber que recibe servicios en la clínica .

Si usted tiene 18 años o más y tienen cobertura de seguro privado y no son el titular de la póliza :

Usted debe saber que las compañías de seguros privadas envían una carta llamada una explicación de beneficios o EOB al titular de la póliza de seguro acerca de los servicios de atención médica que recibe en la clínica . Puede comunicarse con su compañía de seguros para solicitar que EOB serán enviados a usted en lugar del titular de la póliza para proteger su privacidad .

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.

FIRMA DEL PACIENTE / PADRE O TUTOR

FECHA

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.

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

Sus antecedentes médicos

¿Sufre o ha sufrido alguno de los siguientes trastornos?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está tomando algún medicamento con receta o de venta libre?
Indíquelos a continuación: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Estuvo en la sala de urgencias u hospitalizado en el último año? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cardiopatía, presión sanguínea alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coágulos sanguíneos en brazos/piernas/tórax |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto o derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol/triglicéridos altos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Migrañas o cefaleas frecuentes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios en la visión o entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus (SLE) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer: ¿De qué tipo? _____ ¿Cuándo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sanguíneos (anemia drepanocítica, hemofilia, bajo nivel de hierro) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su(s) pareja(s) alguna vez recibieron transfusión sanguínea, trasplante de tejidos u órganos o inseminación artificial? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operaciones - Indique tipos y fechas: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de mamas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mamografía - Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas renales o de vejiga |
| <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"/> | Epilepsia o convulsiones |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 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

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

Sus antecedentes nutricionales

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le gustaría hacer algún cambio en su dieta? En caso afirmativo, descríbalos: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Hace ejercicio físico con regularidad?
Describe cuál: _____ |

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

Vacunas (indique las fechas)

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el sarampión, paperas, rubéola (MMR) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra el tétanos, difteria, tos ferina (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 HPV (virus del papiloma humano) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacuna contra la gripe _____ |

Su salud sexual y reproductiva

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

- Sí No 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

- Sí No ¿En este momento tiene alguna secreción anómala en el pene? Describala:
¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, llaga o bulto en el pene? Describala:
¿Cuándo?
¿Tiene ahora o ha tenido alguna lesión, llaga o bulto en el escroto o en los testículos? Describala:
¿Cuándo?
¿Ha sentido dolor al mantener relaciones sexuales? ¿Cuándo?
¿Se hizo operación de cambio de sexo? En caso afirmativo, descríbala:

Sus antecedentes reproductivos

- Sí No ¿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:

- Sí No ¿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 recomendara.
- 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