



* 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 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

NOTAS DE EVOLUCIÓN DEL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA

Nombre de la paciente _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

SUBJETIVO: (LA CLIENTE DEBE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SIN OMITIR NADA)

1. El primer día de mi última regla/menstruación normal fue _____
2. Día de la última relación sexual (coito) _____ Hora: _____

OBJECTIVE: (CLINICIAN TO COMPLETE)

Blood Pressure: _____ Pregnancy Test: Positive Negative N/A

ASSESSMENT:

Based on the information above, there ARE ARE NOT contraindications to starting emergency contraception.

PLAN:

	PILL BRAND NAME	INITIAL DOSE	DOSE-12 HOURS AFTER INITIAL
	Lo/Ovral	4 white pills	4 white pills
	Levlen	4 light-orange pills	4 light-orange pills
	Nordette	4 light-orange pills	4 light-orange pills
	Triphasil	4 yellow pills	4 yellow pills
	Alesse	5 pink pills	5 pink pills
	Plan B	2 pills	No second dose needed
	Next Choice®	2 pills	No second dose needed
	Plan B One Step™	1 pill	No second dose needed
	ella®	1 pill	No second dose needed

Emergency Contraception Instructions

FDA package insert

Emergency contact information

Dispensed condoms

Return to clinic in 3 - 4 weeks if no menses
or if desires Family Planning Services

Consent signed (if <17 years old for
**levonorgestral products and all ages for ella
and combined oral contraceptives**)

Other _____

Discussed Contraceptive plan: Dispensed method: _____

Clinician Signature _____ **Date** _____

Agency _____

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA
(EC, por sus siglas en inglés) / INFORMACIÓN**

¿QUÉ ES? Las pastillas anticonceptivas de emergencia (EC por sus siglas en inglés) son pastillas con hormonas (como las pastillas anticonceptivas), que se toman inmediatamente después de tener relaciones sexuales sin protección para tratar de reducir las posibilidades de un embarazo.

LAS PASTILLAS FUNCIONAN:

- evitando que el ovario libere un óvulo o huevo;
- haciendo la mucosidad cervical más espesa para impedir que el esperma pueda entrar al útero o matriz;
- Los mejores resultados se logran si se toman las pastillas de emergencia dentro de las siguientes 120 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin usar ningún método anticonceptivo.

¿CÓMO DEBO TOMARLAS? 1.) En el Plan B o en NextChoice®, tómese las dos pastillas cuando todavía esté en la clínica. En el Plan B One Step®, tome la pastilla única mientras está en la clínica. 2.) En las demás opciones, tome la primer dosis de EC tan pronto como pueda. La segunda dosis deberá tomarla 12 horas después de haber tomado la primera. 3.) Algunos tipos de EC pueden ocasionar malestar estomacal. Pregunte al proveedor médico si le recomienda usar medicina para náusea que no requiera de receta médica, como Dramamine o Bonamine, antes de tomar la primer dosis de EC.

¿QUÉ TAN BIEN FUNCIONAN? Las EC no funcionan en todas las ocasiones. Si no inicia la menstruación dentro de las 3 semanas siguientes a la fecha en que tomó las pastillas EC, llame a la clínica. Las EC deben usarse solamente en caso de una emergencia, no son efectivas como un método anticonceptivo normal. Después de usar la anticoncepción de emergencia, inmediatamente deberá empezar a utilizar un método confiable de planificación familiar.

¿CUALQUIER PERSONA PUEDE TOMAR EC? Usted no deberá tomar EC si sabe con certeza que está embarazada. Si ya estuviera embarazada pero aún no lo sabe, o si las pastillas no funcionan y se embaraza, haberlas tomado no afectará su embarazo ni a usted.

¿QUÉ PODRÍA SENTIR AL TOMAR LAS PASTILLAS EC? Podría suceder que no presente ningún síntoma o, algunas mujeres podrían sufrir alguno(s) de los siguientes malestares:

- Náusea o vómito;
- Mareo o cansancio;
- Dolor de cabeza;
- Sensibilidad en los senos;
- Sangrado irregular

Después de utilizar las pastillas EC, la siguiente regla o menstruación podría ser distinta a como es normalmente: podría llegar antes o retrasarse y el sangrado podría ser más abundante o más ligero.

LLAME A LA CLÍNICA O VAYA AL SERVICIO DE URGENCIAS SI TIENE:
Dolores de cabeza muy intensos
Dolor abdominal muy intenso
Dolor de piernas muy fuerte
Cambios en la vista
Dificultad para respirar o dolor en el pecho
Sangrado abundante

Le hemos dado _____ Tome _____ pastilla(s) ahora; tome _____ pastilla(s) en 12 horas.

Si tiene alguna pregunta llame a la clínica, al teléfono: _____

Firma de la paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

He traducido la información y las recomendaciones presentadas verbalmente a la cliente que ha elegido utilizar el anticonceptivo de emergencia. Además, le he leído este formulario de consentimiento en un idioma que entiende, explicándole su contenido. Hasta donde sé y creo, ella entiende esta explicación y da su consentimiento, voluntariamente, para usar el anticonceptivo de emergencia o EC.

Firma del intérprete _____ Fecha _____