



* 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

SOLICITUD DE PRUEBA DE EMBARAZO

CDPHE FPP • 1-2018

Rellenar en letra imprenta

FECHA ____ / ____ / ____

NOMBRE _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ EDAD ____ DIRECCIÓN

TELÉFONO _____

CIUDAD _____ ESTADO __ CÓDIGO POSTAL ____

RAZA: MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- ____ Afroestadounidense (negra)
- ____ Indígena estadounidense/Nativa de Alaska
- ____ Asiática
- ____ Caucásica
- ____ Isleña del Pacífico
- ____ Otra opción

ORIGEN ÉTNICO: Hispana: Sí No

¿Cómo se siente con respecto a la posibilidad de estar embarazada? (Marque la mejor opción).

- 1. ____ Quería quedar embarazada antes
- 2. ____ Quería quedar embarazada más adelante
- 3. ____ Quería quedar embarazada ahora
- 4. ____ No quería quedar embarazada

1. ¿Tiene algún síntoma de embarazo? ____ Sí ____ No En caso afirmativo, indique cuáles _____
2. Primer día de su última menstruación _____
3. ¿Fue un período menstrual normal? ____ Sí ____ No
4. ¿Cuándo fue su última relación sexual? _____
5. Marque el método anticonceptivo que usó: Píldora Inyección Preservativos Implante DIU Parche
Anillo Ninguno Otro _____
6. Si el resultado de la prueba de embarazo es negativo, ¿está interesada en usar algún método anticonceptivo?
____ Sí ____ No
7. Si está embarazada, quiere ser referida a: ____ Atención prenatal ____ Aborto
____ Adopción ____ No estoy segura
8. ¿A quién consulta cuando se enferma? _____
9. ¿Cuántos embarazos ha tenido? ____ ¿Cuántos embarazos ha tenido? ____

¿Cuántos abortos espontáneos? ____ ¿Cuántos abortos? ____
10. ¿Fuma cigarrillos? ____ Sí ____ No
11. Número de integrantes del grupo familiar _____
12. Ingreso anual del grupo familiar _____

Solicito que esta clínica me realice una prueba de embarazo. Entiendo que si mi prueba da positiva, debo hacerme un tacto vaginal lo antes posible (en el correr de 15 días). Si la prueba da positiva, le entregaré una copia de este formulario a mi proveedor de atención médica.

Firma del cliente

Fecha

CLINICAL DOCUMENTATION

Pregnancy Test	Reason Test Not Done	Test Results	Chlamydia/Gonorrhea Test Done
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Date of LMP too recent <input type="checkbox"/> Client left <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive LMP: _____ EDC: _____ Gestational Age: _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Referral To	Service Provided	Education Given
<input type="checkbox"/> Family Planning Clinic appt. made: _____ <input type="checkbox"/> Repeat Pregnancy Test: Date _____ <input type="checkbox"/> Prenatal Care <input type="checkbox"/> Adoption services <input type="checkbox"/> Abortion Services <input type="checkbox"/> Nurse Family Partnership <input type="checkbox"/> Prenatal Plus <input type="checkbox"/> Medicaid/PE <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Public Health Nurse <input type="checkbox"/> STD Clinic <input type="checkbox"/> Substance Abuse Program <input type="checkbox"/> Smoking Cessation	<input type="checkbox"/> Pregnancy Test <input type="checkbox"/> Pelvic Exam <input type="checkbox"/> Counseling - Contraceptive/RLP <input type="checkbox"/> Counseling - Adolescent (including abstinence, avoiding coercion, family involvement, and confidentiality) <input type="checkbox"/> Counseling - Emergency Contraception <input type="checkbox"/> Counseling - Pregnancy Options <input type="checkbox"/> STD Counseling <input type="checkbox"/> Dispensed Condoms and/or foam <input type="checkbox"/> Depo_Provera Injection _____ <input type="checkbox"/> Dispensed OCP's # ____ <input type="checkbox"/> Quickstart <input type="checkbox"/> Dispensed Evra (patch) <input type="checkbox"/> Quickstart <input type="checkbox"/> Dispensed NuvaRing <input type="checkbox"/> Quickstart <input type="checkbox"/> Dispensed prenatal vitamins/instructions	<input type="checkbox"/> AIDS/ Safe Sex <input type="checkbox"/> All methods/E.C <input type="checkbox"/> Anatomy/Menstrual Cycle <input type="checkbox"/> Comfort measures/ pregnancy <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol/Smoking Risks <input type="checkbox"/> Exercise <input type="checkbox"/> Ectopic Precautions <input type="checkbox"/> E.R. #'s: <input type="checkbox"/> Folic Acid/Nutrition <input type="checkbox"/> Medication during pregnancy <input type="checkbox"/> Preconception Counseling <input type="checkbox"/> Prenatal Depression <input type="checkbox"/> Cramping/Bleeding <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis

Family Planning Program Consent Signed

Objective Findings:

Bp: _____ Weight: _____

Pelvic (if indicated): _____

Other comments: _____

Chlamydia Test (circle one) Positive Negative N/A

Gonorrhea Test (circle one) Positive Negative N/A

Staff Signature

Date