

# Central Health Center

Por Favor Completo en Lieno

Chart# \_\_\_\_\_

## HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENT

Escriba en letra de molde:

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre de Soltera

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Mejor hora para

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Número de celular \_\_\_\_\_ llamar \_\_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal Condado

Trabajo:  Tiempo completo  Parte del tiempo  No trabajo Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Asisto la escuela:  Tiempo completo  Parte del tiempo Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleo \_\_\_\_\_ Mejor hora para llamar \_\_\_\_\_  Dirección electrónica \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Esposo(a)Novio(a) nombre de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Vivo con:  Esposo(a)/Novio(a)  Mis padres  Otras personas  Solo(a)

Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ Cuántas personas tiene 18-años o menos, o estudiantes? \_\_\_\_\_

Nosotros necesitamos contactarlo(a) para darle resultados del examen. Favor de marcar todas las formas en que podemos contactar con usted:

Llamarlo(a) en casa  Llamarlo(a) a su trabajo  Por correo  Sobrè sin remiente  Electronica  Textear  Otro \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra clinica?  Amigo/Familia  Radio  Periodico  Internet  Facebook  Libro Telefonico

Cartelera  Otro \_\_\_\_\_

### Porque recibimos fondos federales, debemos que recopilar esta información sobre usted:

Favor de marcar su raza:  Blanco(a)  Negro(a)  Nativo(a) Americano(a)/Nativo(a) de Alaska  Asiatico(a)

De las Islas Pacificas/Nativo(a) Hawaiiiano(a)  Mas de Una Raza  Otro

Favor de marcar su nacionalidad: Origen:  Hispano(a)/Latino(a)  No Hispano(a)/No Latino(a)

Tiene seguro medico publico como Medicaid, Medicare, CHIP, TRICARE / CHAMPUS, CHAMPVA or Kids Connection?  Si  No  Desconocido

Tiene seguro medico privado?  Si  No  Desconocido

Cubre su seguro médico planificación familiar?  Si  No  Desconocido

Puede leer ingles escrito?  Si  No Puede entender inglés hablado?  Si  No

Tiene un Avance Directivo?  Si  No (si si porfavor denos una copia)

Mehan an ofrecido una copia de la privacidad practicada en Central Health Center..

Yo requiero una copia de provacidad practicada.  Yo no requiero una copia de privacidad practicada.

Use mi seguro médico  Use Medicaid# \_\_\_\_\_

No quiero solicitar pagos rebajados

Quiero solicitar pagos rebajados y daré información completa y sincera sobre mis ingresos.

### APUNTE TODAS LOS INGRESOS DENTRO DE SU HOGAR

(Ponga todas las cantidades antes de deducciones)

Para recibir tarifas reducidas, esto debe ser llenado.

Cantidad mensual:

- Su trabajo
- Trabajo de esposo(a), novio(a) o padres
- Ingresos de otros 18-años o mayores
- Ayuda para niños dependientes (AFDC/ADC)
- Asistencia para mantenimiento de los niños y/o asistencia para divorcio
- Ingresos Suplementarios de Seguro Social (SSI) o compensacion de desempleo
- Seguro Social, pensión, pensión del ferrocarril, pagos de seguro y/o anualidad
- Dividendos, interés, ingresos de rentas, fondos depositados en su nombre
- Otros recuses (propinas, mensualidad, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A Cuántas personas, incluyendo a usted, mantienen estos ingresos? \_\_\_\_\_

De estas personas cuantos tienen 18-años o menos, o estudiantes? \_\_\_\_\_

Sus padres lo reclaman en los income tax?  Si  No

El costo de los servicios está basado en una escala de precios variables. Usted es responsable por cualquier honorario que puede Aplicar.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### LE ASEGURAMOS QUE TODO ES CONFIDENCIAL:

Esta informacion es confidencial y no será proporcionada a nadie sin su consentimiento escrito, except cuando sea requerido por la ley.

### Office Use Only:

VERIFIED TOTAL MONTHLY INCOME \_\_\_\_\_

INCOME CODE: A(1) B(2) C(3) D(4) E(5) F(6)

CAREFUL CONTACT Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3rd party: INS Medicaid EWM-1 EWM-2

# CENTRAL HEALTH CENTER

## INFORMACION DEL PACIENTE Y POLICA FINANCIERA

### BIENVENIDO

Los empleados de Central Health Center les dan la bienvenida a nuestra clinica. Su salud sexual reproductiva es nuestra preocupacion principal. Esperamos que la informacion proveida aqui les ayude a responder sus preguntas sobre la politica financiera y citas.

### TELEFONOS CELULARES

Por consideración a otros pacientes, por favor apage su teléfono celular o pongalo en vibracion mientras que usted este en la clinica. **SI USTED TIENE QUE TOMAR UNA LLAMADA** mientras nosotros le ayudamos, puede que se le pida se aparte mientras que ayudamos al proximo paciente.

### CITAS

Haremos lo mejor posible para mantener nuestro horario de citas. Sin embargo, porfavor entienda que no todo nuestros pacientes requieren la misma cantidad de tiempo con la enfermera y que ocurren emergencias, asi que algunos retrasos son inevitable. Haremos lo posible en dejarle saber de algun retraso. Se le agradece su paciencia en estas situaciones. Si no puede asistir a su cita, es importante que nos deje saber 2 horas antes de su cita, para evitar cobros adicionales.

### REGISTRACION

En su visita a Central Health Center, se le preguntara informacion basica para establecer su historial medica y su cuenta. Por favor, traiga la informacion actual de su aseguranza ese dia y notifique a nuestra clinica de cualquier cambio en nombre, domicilio, numero de telefono, o aseguranza en cuanto esto ocurra. Ud. prevera un numero de telefono de un contacto alternativo activo que sera usado en caso de una emergencia de salud o en caso de obligaciones financieras. Puede ser que el numero sea verificado antes que se vaya de Central Health Center.

### COBROS

Nuestros pacientes tienen la opción de aplicar para tarifas reducidas. Si desea aplicar para tarifas reducidas, usted lo unico que necesita proveer a nuestra oficina es documentacion de ingreso del hogar. Nuestros cobros por servicios y visitas de oficina son basados en la complejidad al igual del tiempo que se dure tratandolo(a) Y pueden incluir cargos de pruebas de laboratorio y provisiones. El personal de la clinica estara disponible para hablar con usted sobre nuestros cobros. Por favor no dude en preguntar sobre los cobros de nuestros servicios. Y usted no sera negado (a) de nuestros servicios por no poder pagar.

### PAGOS

Usted recibira un estado de cuenta cada mes al domicilio que usted proporcione. Usted es responsable por todos los cobros de la clinica relacionados con su cuidado medico y es responsable por algun balance que su aseguranza no cubra. Nosotros estamos dispuestos a trabajar con usted en el arreglo de pago para poder resolver su balance y para evitar ir a coleccion. Nuestra clinica acepta efectivo, cheques, tarjeta de credito y debito como forma de pago. Habra un cargo adicional de 20.00 en cheques sin fondo sera requerido su numero de licencia en todos los cheques. Para saldos de cuenta mas alla de 90 dias Central Health Center podra utilizar los services de coleccion. Usted es el responsable ultimo de todas las tarifas de la clinica relacionadas con su cuidado. Por favor no deje de contactarnos para hablar sobre su cuenta.

### DONATIVOS

Somos una clinica de salud publico no lucrativa. Como una organizacion no lucrativa, nosotros con alegria aceptamos donaciones a favor de los servicios que proporcionamos. Queremos animarle a hacer una donacion a nuestra agencia si es posible. Todas las donaciones son deducciones para sus taxes, son las mas apreciadas y son aplicadas a nuestro fondo general a menos que sea especificado de otro modo. Si usted desea que su donacion sea restringida a un cierto programa porfavor, notifique al personal y se puede firmar un formulario que designa su preferencia.

### ASEGURANZA

Todo tipo de aseguranza medica son aceptadas las que pueden ayudar a pagar los cargos medicos. Si hay un problema con un reclamo de aseguranza, sugerimos que primero se dirija a su compania de seguros. Nuestro personal empleados con gusto le ayudara, si es que pueden ser de alguna ayuda, a resolver su problema. Sin embargo usted sera responsable por su balance total.

### GRACIAS

Le agradecemos por seleccionar nuestra clinica para sus necesidades de salud sexual reproductiva. Estamos comprometidos a hacer lo mejor que podamos para ofrecerle la mejor atencion. Nuestros empleados trabajan como equipo. Tomamos mucho orgullo en nuestro entrenamiento, habilidades y dedicacion y esperamos que pronto comparta nuestra confianza. Sus sugerencias y comentarios son siempre bienvenidos, y porfavor utilice nuestras encuestas de satisfaccion. Si tiene alguna preocupacion, porfavor denos la oportunidad de platicarla con usted.

Firma del Paciente

Fecha

**CENTRAL HEALTH CENTER  
PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**

**FORMA DE RECONOCIMIENTO**

Yo he recibido la noticia de practicas confidenciales de Central Health Center y se me ha dado la oportunidad de revisarlo. Reconozco que la informacion debajo es un resumen breve de las practicas confidenciales entregadas a mi.

Nombre: \_\_\_\_\_ # de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CERTEZA DE CONFIDENCIALIDAD:**

**Su expediente medico es confidencial y no sera disbulgada a nadie sin su consentimiento por escrito  
excepto cuano es requerido por la ley.**

Las agencias que incluyen los centros de salud y programas de asistencia medica que estan afiliados bajo el acto de control comun de la asociacion de Nebraska Alignza para la Salud y Servicios Humanos, estan obligados por la ley federal a mantener la privacidad de la Informacion Protegida de Salud y de dar aviso del deber legal proporcionar nota de ello y las practicas de privacidad con respecto a la Informacion Protegida de Salud.

**Central Health Center puede conseguir acceso, puede utilizar y compartir informacion medica para propositos de:**

- Tratamientos
- Pagos
- Operaciones

**Otros usos permitidos y acceso que se puede dar sin su consentimiento pueden ser para:**

- |                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| • Como lo exige la ley         | • Aplicacion de la ley   | • Actividad criminal  |
| • Actividades de salud publica | • Procedimientos legales   | • Actividad militar y Seguridad Nacional                                  |
| • Enfermedades contagiosas.    | • Administracion de comida y drogas                                    | • Compensacion de trabajadores  |
| • Abuso o negligencias         | • Investigacion  | • Presos  |
| • Supervision de la salud      | • Medicos forenses, Directores de<br>Funerarias, y donacion de organos | • Uso y acceso requerido por razones<br>de cumplimiento a investigaciones |

**Tus derechos de privacidad:**

- Derecho a inspeccionar y copiar
- Derecho de modificar
- Derecho a una contabilidad de acceso
- Derecho a solicitar restricciones (CHC no esta obligado a aceptar)
- Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Central Health Center se reserva el derecho de modificar las practicas de privacidad en cual-quier momento y le dara aviso del material cambiado o revision de estas practicas.

Yo entiendo que mi concentimento por escrito es necesario para dar informacion sobre mi expediente medico, a menos que sea necesario para proveer servicios a mi misma(o) como se senalo anteriormente. Con las debidas garantias de confidencialidad. Cuando su informacion es requerida, CHC les dara solamente la informacion especificada en la forma que quieren. La informacion recopilada con fin de ser usada para la presentacion de datos sera revelada solo en resumen, estadistica, o en otra forma, que no identifique a individuos en particular. Al tener firmada la petition escrita los pacientes que transfiere a otros proveedores puede tener sus documentos trasferidos para facilitar la continuidad del cuidado.

Usted tambien nos puede proporcionar autoizacion escrita para utilizar su informacion medica para otros propositos; usted puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento.

**Grand Island**  
217 E. Stolley Park Rd, Ste E  
PO Box 2539  
Grand Island, NE 68801  
PH 308-384-7625  
TF 888-308-2134  
FX 308-384-8904

**Kearney**  
4503 2<sup>nd</sup> Ave Ste 209  
PO Box 338  
Kearney, NE 68848  
PH 308-234-9140  
TF 888-308-2135  
FX 308-236-5814

## Historia Medica Femenina

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_

Razón para la Cita: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Medicación actual: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera  Casada  Divorciado  Viuda  Separado  Vive con alguien

Eres Estudiante:  Si  No Grado de Escuela que a completado: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Seguros Secundarios: \_\_\_\_\_

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Esto ayudará su médico identificar posibles problemas:

Edad: \_\_\_\_\_ Primer día de su última menstruación: \_\_\_\_\_ Fecha del último mamograma: \_\_\_\_\_

Historia de Embarazos: Embarazos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Numero de hijos vivos: \_\_\_\_\_

Pareja(s):  Los dos  Hombre  Mujer

Numero de parejas sexual en los últimos 3 meses y 12 meses: \_\_\_\_\_ Numero de parejas en toda su vida: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou  1-año  2- años  3-años Era normal?  Si  No

¿Qué tan frecuente tiene sus períodos? \_\_\_\_\_ Días Sus períodos son regulares?  Si  No

Cuántos días dura su período? \_\_\_\_\_ Días el flujo es:  ligero  maredado  mucho

¿Tiene sangrado entre los períodos?  Si  No ¿Tiene alguna secreción vaginal?  Si  No

Estas activa sexualmente?  Si  No Cuanto tiempo tiene con su pareja actualmente? \_\_\_\_\_

Usa un método anticonceptivo cuando tiene relaciones?  Si  No Método anticonceptivo utilizado: \_\_\_\_\_

A tenido alguna enfermedad transmitidas sexualmente?  Si  No Si, cual? \_\_\_\_\_

Nivel de dolor durante el período? (Menos a la mayoría): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dolor con relaciones sexuales? (Menos a la mayoría): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hace usted autoexamen de los senos?  Si  No

¿Tiene actualmente algún problema con su seno(s)?  Si  No Si, que? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido abusada?  Si  No ¿Te sientes segura en casa?  Si  No

Alguien te obligó tener relaciones sexuales??  Si  No

fuma?  Si  No Si, cuántos al día? \_\_\_\_\_

Historia Familiar: Mama Papa Hermano(a)s abuelos

Cáncer de los senos  Si  No  Si  No  Si  No  Si  No

Cáncer de colon  Si  No  Si  No  Si  No  Si  No

Cáncer uterino  Si  No  Si  No  Si  No  Si  No

Cáncer de ovarios  Si  No  Si  No  Si  No  Si  No

Osteoporosis  Si  No  Si  No  Si  No  Si  No

Habitos de Salud:

Ejercicio?  Si  No

Toma agua?  Si  No

Usa cinturón?  Si  No

Toma cafeína?  Si  No # \_\_\_\_\_ por día

Toma alcohol?  Si  No # \_\_\_\_\_ por día

Drogas?  Si  No cual? \_\_\_\_\_

Historia Personal: Cual tienes ahora

Generalmente Sana

Tos

Piel amaillenta

Estrenimiento

Dolor muscular

Dolor de Dientes/Goma

Dolor de oreja

Diarrea

Ansiedad/Depresión

Perdida o genancia de peso

Bulto en el seno

Sangre en la orina

Hinchazón en brazos o piernas

Dolor abdominal

Ampolla

Eupcion

Dolor de cabeza

Sangrado rectal

Verrugas

Dolor de garganta

Dolor erupicion en el area genital

Dificulta para respirar

Anemia

Dolor Vaginal

Amarillamiento de los ojos

Ardor urinaria Picazon

Dolor de pecho

Otro \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO: Doy mi consentimiento para que me hagan una prueba de embarazo por medio de la orina. Entre más pronto se haga la prueba más grande es la probabilidad que haiga un error y los resultados deben ser confirmados con un examen físico. Tambien entiendo que el resultado de la prueba de embarazola urina no es tan confiable y no es garantizado aunque sea positivo o negativo. He sido informado y entiendo que el diagnostico clinica de estar embarazada solo puede ser hecho por un examen fisico que incluye un examen pelvico sin importar el resultado de la prueba. Ademas, esta prueba, y posiblemente otros, son necesarios para determinar el tiempo que tengo de embarazo y si está progresando normalmente. Yo no hago responsable a la clinica, personal medica o empleados, de algun error de el diagnostico de este examen de embarazo. A mi conocimiento, toda la historia anterior es correcto y exacto. Si tengo menos de 18 años, me han aconsejado de hablar con mis padres o guardians y familia. He recibido un folleto acerca de resistir la presión sexual. Si fumo, me han dado informacion acerca de los riesgos para mi salud. Yo entiendo que Servicios Humanos de Salud de Nebraska pueden tener acceso a mis archivos medicos para determinar la calidad de servicios proporcionados de esta agencia. Yo comprendo que esta es la póliza de Central Health Center, Inc. y que todos los servicios son provisionados voluntariamente a todos los pacientes. Cada paciente puede elegir cual servicio gustan recibir sin tener que recibir otros servicios Yo pido y doy consentimiento a una prueba de VIH. Si no quiero una prueba de VIH, yo le doy a saber a uno de los empleados de la clinica, que no quiero una prueba de VIH.

Firma: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre De Paciente \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero De Paciente \_\_\_\_\_

## Central Health Center

### Forma de Renuncia de VIH

Las recomendaciones para las pruebas de VIH del 2006 de CDC han sido revisadas para Adultos, Adolescentes, y Mujeres Embarazadas. En Sitios de Cuidado de Salud, abogan para las pruebas voluntarias y rutinarias del VIH que forman parte de cualquier practica medica, similar a otras condiciones tratables. Una de las herramientas basicas de la Salud Publica son evaluaciones para identificar condiciones de salud desconocidas, para poder ofrecer tratamiento y intervenir antes de que sintomas se desarrollen de enfermedades comunicables y reducir la probabilidad de que la transmision continue.

La infeccion de VIH es consistente con todo critieria generalmente aceptado que justifica una evaluacion: 1) La infeccion de VIH es un desorden de salud seria que puede ser diagnosticado antes de que sintomas se desarrollen. 2) VIH puede ser detectado con pruebas no invasivas, confiables, y baratos. 3) Pacientes infectados tienen anos de vida que ganar, si tratamiento se inicia antes de que sintomas se desarrollan. 4) El precio de la evaluacion es razonable en comparasion de los beneficios anticipados. En mujeres embarazadas, las evaluaciones han probado ser considerablemente mas efectivos que prubas para gente de alto riesgo, para detectar infeccion de VIH maternal y prevenir la transmision perinatal.

Sin Embargo, por la siguiente razon/es indicados yo, \_\_\_\_\_  
renuncio la prueba de VIH:

- Siento que no estoy en riesgo de tener VIH
- Tengo miedo darme cuenta que tengo VIH
- Tengo miedo que mi pareja se de cuenta que me hice la prueba y lo que me puede hacer
- Estoy preocupada/o con decirle a mi pareja y perder su confianza
- Estoy preocupada/o de que puede hacer mi compania de aseguranza de salud, si sale positivo la prueba de VIH
- Recientemente me hice la prueba y no he tenido pareja nueva ni comportamiento riesgoso en los ultimos 3 meses
- Quiero esperar un tiempo adecuado desde la ultima vez que tuve riesgo sin proteccion para poder detectar el virus

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Staff Initials \_\_\_\_\_