

Choice Family Health Care

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENT

Por Favor Completo en Lieno

Chart# _____

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: _____

Espos(a)Novio(a) nombre de empleo _____ Teléfono: _____

Vivo con: Espos(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 Sobre 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.

Úse mi seguro médico Úse 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 recursos (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

**CHOICE FAMILY HEALTH CARE
PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**

FORMA DE RECONOCIMIENTO

Yo he recibido la noticia de practicas confidenciales de Choice Family Health Care y se me ha dado la oportunidad de revisarlo. Reconozco que la informacion debajo es un resumen breve de las practicas confidenciales entregadas

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.

Choice Family Health Care 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 Funerarias, y donacion de organos | • Uso y acceso requerido por razones 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 (CFHC no esta obligado a aceptar)
- Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Choice Family Health Care 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 requeridad, 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, estadística, o en otra forma, que no identifique a individuos en particular. Al tener firmada la peticion 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
Grand Island, NE 68801
PH 308-384-7625
FX 308-384-8904

Kearney
4503 2nd Ave Ste 209
Kearney, NE 68848
PH 308-234-9140
FX 308-236-5814

CHOICE FAMILY HEALTH CARE

INFORMACION PARA EL PACIENTE ACERCA DE LAS POLITICAS FINANCIERAS

BIENVENIDO

El personal de Choice Family Health Care (CFHC) le da la mas cordial bienvenida a nuestra clinica. Su salud es nuestra prioridad. Esperamos que la informacion proporcionada responda cualquier pregunta acerca de nuestros servicios, politicas y procedimientos.

TELEFONOS CELULARES

Por consideracion a otros pacientes, por favor apague su celular o pongalo en vibracion mientras esta en la clinica. SI USTED DEBE TOMAR UNA LLAMADA mientras le asistimos, por favor dejenos ayudar al siguiente paciente en lo que toma su llamada, esto puede hacerlo esperar mas tiempo o prolongar su visita.

CITAS

Nos esforzamos en que todas las citas sean a tiempo y le pedimos que por favor comprenda, que no todos los pacientes requieren la misma cantidad de tiempo y algunas veces las emergencias ocurren y los retrasos son inevitable. Cuando los retrasos ocurren, por favor mantenga en cuenta que haremos el mayor esfuerzo para mantenerle informado. Agradecemos su paciencia en estas situaciones. En el caso de que no pueda atender a su cita, es requerido que seamos notificados con un minimo de dos horas de adelanto, de esta manera usted evita el cargo de treinta (\$30.00) dolares por no venir a su cita. Si usted tiene dos citas sin previa cancelacion durante 12 meses, cualquier cita despues dentro de esos 12 meses sera unicamente sin cita y le atenderemos entre las citas que han sido programadas y completadas. Si usted tiene un balance previo porque no atendio su cita o por servicios, usted no podra hacer citas hasta que pague el total de su cuenta. El mantenernos informados de los cambios en su calendario, nos ayuda a proporcionar servicios a todos los pacientes en una manera eficaz, y lo previene de pagar extra cargos por no atender su citas. El Titulo X de los Servicios para Planificar Familia no deben ser sujetos para pacientes que no tienen cita previa.

REGISTRO

En su visita a CFHC, le preguntaremos informacion basica para establecer su historial medico y registro financiero. Es esencial que traiga con usted la informacion de su seguro y que notifique a la oficina de cualquier cambio de nombre, direccion, numero de telefono o seguro en cuanto ocurra. Usted debe proporcionar un numero de telefono alternative de emergencia o para obligaciones financieras. El contacto de emergencia puede ser verificado por Choice Family Health Care antes de que usted se retire.

CARGOS

Nuestros pacientes tienen la opcion de aplicar para costos reducidos. Si usted gusta aplicar, nos debe proporcionar la documentacion adecuada del ingreso del hogar. Si no nos proporciona la documentacion requerida, usted pagara la consulta de acuerdo a la informacion que haya proporcionado en la forma de declaracion hasta 30 dias. Si usted no proporciona los documentos que verifiquen sus ingresos a mas tardar en 30 dias calendario puede que los cargos en las consulta actual y en las futuras consultas el cargo sea en su totalidad. Si usted va a proporcionar documentacion que verifique su ingreso en el dia 31 o mas tarde, sus cargos pueden ser revisados de acuerdo al ingreso del hogar, el cargo de consulta de \$40.00 dolares lo tendra que pagar. Los cargos dependen de el tipo de servicios proporcionados y el tiempo que sea requerido para su consulta. Esto puede incluir cargos por analisis y suministros. El personal de la clinica le puede asistir para aclarar los cargos. A usted no se le puede denar los servicios del Titulo X (Title X) porque no pueda pagar. El Titulo X de los servicios de planeacion familiar no debe ser objeto del ingreso ni de cargos. Los servicios primarios requieren una parte del pago o el pago en su totalidad antes de los servicios que se ofrecen.

PAGOS

Si no puede pagar el total de los servicios proporcionados debe completar un Plan de Pagos, especificando el monto que debe pagar en pagos regulares. Mensualmente se le mandara un estado de cuenta a la direccion que nos proporcione. Aunque usted tenga seguro de gastos medicos, nuestra clinica se basa en el establecimiento de esta cuenta. Nosotros le ayudaremos a tener un plan de pagos para pagar su balance y evitar que su cuenta vaya a colecciones. Nuestra clinica acepta efectivo, cheques, tarjetas de debito y credito como pago. Se le cargaran treinta y cinco (\$35.00) dolares por cada cheque que no tenga fondos y sea regresado. Todos los cheques deben tener el numero de su licencia de manejo. Para balances que tengan mas de noventa (90) dias, CFHC puede utilizar asistencia profesional del servicio de colecciones en cualquier balance que no haya pagado. Usted es el responsable de pagar su cuenta por los servicios proporcionados. No dude en llamarnos si tiene alguna duda con su cuenta.

DONACIONES

Nuestra clinica no tiene fines de lucro, por lo cual aceptamos donaciones para poder proveer servicios. Es necesario que le preguntemos si desea hacer alguna donacion economica, todas las donaciones son deducibles de impuestos, y de esta manera usted nos ayuda a seguir proporcionando servicios a usted y a la comunidad. Le agradecemos sus generosas donaciones y las utilizaremos para nuestro fondo general, si usted desea que sean usadas para un fin especifico, por favor haganoslo saber.

SEGURO

CFHC acepta casi todos los seguros medicos, esto le ayudara con sus gastos medicos. La cobertura de su seguro medico es entre usted y su seguro medico. Nosotros le podemos asistir en llenar la forma medica sin ningun cobro extra. Si tiene alguna duda de lo que cubre su seguro medico, le pedimos que llame a su seguro medico y despues nuestro personal le puede ayudar a resolver cualquier duda o pregunta que usted tenga con respecto a sus cargos. Usted es el responsable del balance total de su cuenta.

GRACIAS

Le agradecemos que nos de la oportunidad de proporcionarle servicios de la mayor calidad. Estamos comprometidos a darle la mayor calidad medica a un precio razonable. Nuestro personal con gusto le asistira con todas sus necesidades medicas. Estamos orgullosos de los servicios que proporcionamos a todos nuestros pacientes. Sus sugerencias nos ayudan a seguir creciendo. Si alguna vez tiene alguna pregunta o tiene alguna sugerencia, le invitamos a que comparta con nosotros para poder resolver rapidamente cualquier problema.

Firma del paciente

Fecha

CFHCFP70 12/4//17

**Choice Family Health Care
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: Sí No Grado de Escuela que a completado: _____

Seguro: _____ Seguros Secundarios: _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Esto ayudará a 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? Sí No

¿Qué tan frecuente tiene sus períodos? _____ Días Sus períodos son regulares? Sí No

Cuántos días dura su período? _____ Días el flujo es: ligero moderado mucho

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

¿Está activa sexualmente? Sí No Cuanto tiempo tiene con su pareja actualmente? _____

Usa un método anticonceptivo cuando tiene relaciones? Sí No Método anticonceptivo utilizado: _____

¿A tenido alguna enfermedad transmitidas sexualmente? Sí 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? Sí No

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

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

¿Alguien te obligó tener relaciones sexuales?? Sí No

fuma? Sí No Si, cuántos al día? _____

Historia Familiar:	Mama	Papa	Hermano(a)s	abuelos
Cáncer de los senos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer uterino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer de ovarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 amarillenta	Estrenimiento
Dolor muscular	Dolor de Dientes/Goma	Dolor de oreja	Diarrea
Ansiedad/Depresión	Perdida o ganancia de peso	Bulto en el seno	Sangre en la orina
Hinchazón en brazos o piernas	Dolor abdominal	Ampolla	Eupción
Dolor de cabeza	Sangrado rectal	Verrugas	Dolor de garganta
Dolor erupción 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. También entiendo que el resultado de la prueba de embarazada orina no es tan confiable y no es garantizado aunque sea positivo o negativo. He sido informado y entiendo que el diagnóstico clínico de estar embarazada solo puede ser hecho por un examen físico que incluye un examen pélvico sin importar el resultado de la prueba. Además, 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 clínica, 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 Choice Family Health Care, 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 del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Paciente: _____

Choice Family Health Care

VIH (SIDA) Forma de Renuncia

En el 2006 las recomendaciones de CDC (por sus siglas en ingles) recomendaban para analisis del VIH en adultos, adolescentes, y mujeres embarazadas que recibian cuidado en lugares de Salud recibian voluntariamente analisis de VIH como parte de practica medica, similar a otras condiciones tratables. Los estudios son una herramienta basica usada para identificar si los sintomas han progresado y par alas mujeres embarazadas el studio de salud y el chequeo voluntario de hacer analisis es parte de los normales studios, tambien hay otros analisis para condiciones que son tratables. El basico studio de la salud publica es una herramienta utilizada para identificar condiciones de salud que no han tenido sintomas y asi ofrecer el tratamiento adecuado antes de que los sintomas empiecen, tambien ayudan a no contagiar, de esta manera se implementa la forma mas adecuada para evitar que se siga contagiando a otras personas.

El VIH es una infeccion que cumple con la criteria aceptada para hacer los analisis. 1) La infeccion del VIH es una enfermedad bastante seria y se puede diagnosticar antes de que los sintomas empiecen. 2) El VIH puede ser detectado a bajo costo, y los analisis no son riesgosos o invasivos. 3) Los pacientes infectados tienen mucho tiempo de vida si obtienen el tratamiento adecuado en las primeras etapas antes de que los sintomas se manifiesten. 4) El costo de los analisis es razonable en comparacion con los beneficios que se obtienen. En mujeres embarazadas, se ha comprobado que los analisis son mas efectivos que otros analisis y ayudan a prevenir que la infeccion del VIH sea transmitido via perinatal.

Por esas razones yo, _____, no quiero hacer la prueba para VIH:

_____ No siento que estoy corriendo riesgo de tener VIH.

_____ Tengo miedo de saber que tenga VIH.

_____ Tengo miedo de que mi pareja se entere que me hice la prueba y de lo que me pueda hacer.

_____ Tengo miedo de decirle a mi pareja que me hice la prueba y pierda su confianza.

_____ Tengo miedo de lo que mi seguro medico pueda hacer si resultado positivo y tenga VIH.

_____ Recientemente me hice la prueba y no he tenido nuevas parejas o momentos de riesgo en los ultimos tres meses.

_____ Quiero esperar un tiempo adecuado desde la ultima vez que estuve sin proteccion y pueda haber contraido el virus.

Firma del paciente

Fecha

Iniciales del empleado: _____

CFHC FP54 10/10/17