

**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

Dirección Física \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

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  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.

Ûse mi seguro médico  Ûse 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 recurses (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 \_\_\_\_\_

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

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

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, estadistica, 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 2<sup>nd</sup> 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

CFHC FP70 12/4/17

# CHOICE FAMILY HEALTH CARE

## Historia Medica Masculina

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Numero de Paciente \_\_\_\_\_

Razon Por Su Visita: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ :Médico de familia \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_ Soltaro \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Apartado Viviendo con alguien Si No

Eres un estudiante: \_\_\_ Si \_\_\_ No

Grado más alto en la escuela completada: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

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

Años: \_\_\_\_\_

Tipo de pareja sexual? \_\_\_ Mismo sexo \_\_\_ Sexo opuesto \_\_\_ Ambos

# de parejas sexuales en los últimos 3 meses: \_\_\_\_\_

# de parejas sexuales en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

¿Eres sexualmente activo? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Cuando es sexualmente activo, ¿usa anticonceptivos? \_\_\_ Si \_\_\_ No Método anticonceptivo utilizado? \_\_\_\_\_

Alguna vez has sido abusado? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Te sientes seguro en casa? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Alguien te ha forzado a tener sexo? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Fumas? \_\_\_ Si \_\_\_ No Si es así, ¿cuántos cigarrillos por día? \_\_\_\_\_

**Historia familiar**    **Madre**        **Padre**        **Hermanos**    **Abuelos**        **Hábitos saludables:** Completa todos los espacios en blanco

Problemas del corazón	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	¿Hacer ejercicio?	Si	No
Cáncer de colon	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	¿Tú bebes agua?	Si	No
Otro cancer	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	¿Use su cinturón de seguridad?	Si	No
Colesterol alto	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Beber cafeina?	Si	No # por día _____
									¿Beber alcohol?	Si	No # por día _____
									Uso recreativo de drogas?	Si	No Tipo _____
									¿Uso de aguja IV?	Si	No

**Historial personal:** *marque con un círculo todos los que se aplican a usted hoy*

En general buena salud en general	Pérdida o ganancia de peso inexplicable	Síntomas de resfriado	Dolor de pecho
Hinchazón en brazos o pierna	Dolor abdominal	Sangrado rectal	Estreñimiento
Dolores de cabeza	Falta de aliento	Diarrea	Lesiones peneales
Sangre en la orina	Quemaduras urinarias	Descarga peneana	Sarpullido en el área genital
Coloración amarillenta de la piel	Ampollas	Verrugas	Anemia
Coloración amarillenta de los ojos	Earache R L	Dolor de garganta	Tos
Dolor muscular	Erupción	Dolor de dientes /encías	Ansiedad
Depresión	Próstata agrandada	Problemas de erección	

De to major de mi conorimiento la historia de arriba es complete y exacta. Comprendo la informacion educative que se me dio. Se me a dado la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo 18-años o menos estado fuereamente alentado a mis discutir necedidades de plantificacion familiar con mis padres y yo he recibido informacion en la abstinencia y como resistir presion sexual. Si fumo he sido dado informacion y comprendo los rjesgos para mi salud. Me han dicho que si pruebas fueron tomadas para enfermedades de transmission sexual (STD), informacion de resultados positivos seran dadas a agencias sanitarias requeridas por la ley. Comprendo que Servicios Humanos y de salud de Nebraska pueden conseguir acceso a mi historial medico para determinar la calidad de servicios proporcionados por esta agencia.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Yo doy consentimiento a SER examinado, consulta, pruebas, inclusive la prueba de VIH, y el tratamiento en esta clinica..

⇒ Waiver Form Signed

**(NO FIRME HASTA QUE LE DIGA UN PERSONAL COMO TESTIGO)**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del personal: \_\_\_\_\_ 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