

Choice Family Health Care

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Chart# _____

Escriba en letra de molde:

Por Favor Complete Completamente

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Segundo

Contacto Cuidadoso Si No

Nombre de Soltera _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección Física _____

Edad _____

Dirección Postal _____

Seguro Social _____ - _____ - _____

Ciudad Estado Código Postal Condado

Teléfono _____

Correo Elec _____

Trabajo: Tiempo completo Parte del tiempo No trabajo Lugar de trabajo _____ Telefono de Empleo _____

Asisto la escuela: Tiempo completo Parte del tiempo Grado mas alto que complete _____

Contacto de emergencica: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

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

Nombre de Esposo(a) /Pareja _____ Teléfono: _____

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

Llamar al telefono Llamar a su trabajo Por correo Sobre sin remiente Correo Electronica Otro _____

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

Programa de Alcance Volantes Otro Medica 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) Hawaiano(a) Mas de Una Raza Otro

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

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

Me gustaria una copia de la privacidad practicada en Choice Family Health Care. Si No

Úse mi seguro médico Úse Medicaid No quiero solicitar pagos rebajados y pagaré monto complete

*Yo entiendo que usar aseguranza privada o publica puede comprometer mi confidencialidad y que tengo la oportunidad de escoger no usar aseguranza. Reconozco esto con mi firma abajo.

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? _____

El costo de la mayoría de servicios esta basado en una escala de precios variables. Usted es responsable por cualquier costo que puede Aplicar.

Firma del paciente _____

Fecha _____

LE ASEGURAMOS QUE TODO ES CONFIDENCIAL:

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

CHOICE FAMILY HEALTH CARE

Historia Medica Femenina

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____ Chart # _____
 Razón para la Cita: _____ Alergias: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Ocupacion _____ Doctor Familiar: _____
 Medicación actual: _____
 Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Divorciado _____ Viuda _____ Separado(a) _____ Vive con alguien _____

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

Edad cuando menstruacion comenzo: _____ Primer día de su ultima menstruacion: _____ Fecha del último mamograma: _____
 ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou: 1-año _____ 2- años _____ 3-años _____ Fue 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 _____ Pesado _____
 ¿Tiene sangrado entre los períodos? Sí _____ No _____ ¿Tiene alguna secreción vaginal? Sí _____ No _____
 Si ha estado embarazada, porfavor indique cuantos:
 Embarazos: _____ Malpartos: _____ Abortos: _____ Numero de hijos vivos: _____
 Clase de Pareja(s): Hombres _____ Mujer _____ Ambos _____ Tiempo con su pareja actual? _____
 Numero de parejas sexual en últimos 3 meses : _____ Numero de parejas sexual en últimos 12 meses : _____
 Estas activa sexualmente? Sí _____ No _____ Usas condones? Sí _____ No _____
 Usa un método anticonceptivo cuando tiene relaciones ? Sí _____ No _____ Método anticonceptivo utilizado : _____
 A tenido alguna enfermedad transmitidas sexualmente? Sí _____ No _____ Sí, cual? _____
 Nivel de dolor durante su 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
 ¿Alguna vez ha sido abusada? Sí _____ No _____ ¿Te sientes segura en casa? Sí _____ No _____
 Alguien te ha obligado a tener relaciones sexuales? Sí _____ No _____

<u>Historia Familiar:</u>	Mama	Papa	Hermano(a)s	Abuclos	<u>Habitos de Salud:</u>
Cáncer de los senos	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Fuma? Si No # al dia _____
Cáncer de colon	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Toma agua? Si No
Cáncer úterino	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Usa cinturón? Si No
Cáncer de ovarios	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Toma cafeina? Si No # _____ por dia
Osteoporosis	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Toma alcohol? Si No # _____ por dia
					Drogas? Si No Cual? _____
					Uso de aguja? Si No
					Hace ejercicio? Si No
					Hace Autoexamen de los senos? Si No

Historia Personal: *Cual tienes ahora*

Generalmente Sana	Dolor pelvico	Eupcion
Dolor de cabeza	Ardor urinaria	Dolor Vaginal
Sangre en la orina	Piel amaillenta	Alta Presion
Dolor erupicion en el area genital	Amarillamiento de los ojos	Cancer: Tipo _____
Anemia	Sangrado rectal	Coagulos de Sangre
Ansiedad/Depresión	Bulto en el seno	Otra cosa _____
Perdida o ganancia de peso	Comezon vaginal	

Según mi leal saber y entender, La historia de arriba es completa y exacta. Comprendo toda la información educativa que se me dio. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo 19 años o menos, me han alentado fuertemente discutir mis necesidades de planificación familiar con mis padres y yo he recibido información en la abstinencia y como resistir presión sexual. Si fumo me han dado información y comprendo los riesgos para mi salud. Me han dicho que las pruebas tomadas para enfermedades de transmisión sexual con resultados positivos serán 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.

Consiento a Tratamiento: Consiento el examen la consulta, las pruebas, incluidas la del VIH, y el tratamiento en esta clinica. Si no quiero prueba del VIH, notificare al personal. Entiendo que los servicios se brindan de forma voluntaria.

Firma: _____

Fecha: _____

REV 12/10/2020

Uso de personal solamente

**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 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 Allgnza 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, CFHC 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 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 emergencias ocurren y los retrasos son inevitable. Cuando un retraso ocurra, haremos el mejor 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. A usted se le pedira hacer un pago a su cuenta pendiente y si no puede, un plan de pago se le hara.

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 medico, una identificacion y que notifique a la oficina de cualquier cambio de nombre, direccion, numero de telefono o seguro medico en cuanto ocurra. Usted debe proporcionar un numero de telefono alternativo 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. 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 negar los servicios del Titulo X (Title X) porque no pueda pagar. El Titulo X de los servicios de planificacion familiar no debe ser objeto del ingreso ni de cargos. La recepción de servicios de planificación familiar no es un requisito previo para recibir cualquier otro servicio ofrecido. Los servicios primarios requieren una parte del pago o el pago en su totalidad.

PAGOS

A usted se le pedira hacer un pago en su cuenta pendiente. 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. 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 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 mejor calidad. Estamos comprometidos a darle la mejor calidad medica a un precio razonable. Nuestro personal con gusto le asistira con sus necesidades de planificacion familiar. Estamos orgullosos de los servicios que proporcionamos a todos nuestros pacientes. 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

Pt#

Fecha

CFHC70 11/11/20