

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

# Choice Family Health Care

## HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Elec \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal Condado

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: Origen:  Hispano(a)/Latino(a)  No Hispano(a)/No Latino(a)

Idioma Principal:  Ingles  Espanol  Otro \_\_\_\_\_

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

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

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 escojer no usar aseguranza. Reconozco esto con mi firma abajo.

### 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 recourses (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.

Usted quiere ser considerado confidencial para proposito de facturación?  Si  No

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

Fecha \_\_\_\_\_

LE ASEGURAMOS QUE TODO ES CONFIDENCIAL:

Esta información 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 \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Doctor Familiar: \_\_\_\_\_  
 Medicación actual: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Vive con alguien \_\_\_\_\_

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

Edad cuando menstruación comenzó: \_\_\_\_\_ Primer día de su última menstruación: \_\_\_\_\_ 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, por favor 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 \_\_\_\_\_

**Historia Familiar:**

	Mama	Papa	Hermano(a)s	Abuelos
Cáncer de los senos	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Cáncer de colon	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Cáncer uterino	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Cáncer de ovarios	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
Osteoporosis	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No

**Habitos de Salud:**

Fuma? Si No # al día \_\_\_\_\_  
 Toma agua? Si No  
 Usa cinturón? Si No  
 Toma cafeína? Si No # por día  
 Toma alcohol? Si No # por día  
 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 pélvico	Eupción
Dolor de cabeza	Ardor urinaria	Dolor Vaginal
Sangre en la orina	Piel amarillenta	Alta Presión
Dolor erupción en el área genital	Amarillamiento de los ojos	Cáncer: Tipo _____
Anemia	Sangrado rectal	Coágulos de Sangre
Ansiedad/Depresión	Bulto en el seno	Otra cosa _____
Perdida o ganancia de peso	Comezón 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 a 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 médico 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 clínica. 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 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, 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 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 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 identificacio 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 recepci3n de servicios de planificaci3n 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

CFHCFP70 11/11/20