FAMILY PLANNING FEMALE HISTORY FORM

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Fecha de Hoy
I. ¿Es alérgica a algún medicamento o alguna comida o el látex?			

II. Historia Medica: Marque las vacunas que ha recibido.

☐ Rubeola(sarampión) ☐ Tétano ☐ Varicela ☐ Hepatitis B ☐ HPV ☐ Meningococo		

Anote las enfermedades si las a tenido o ha sido diagnosticada con alguna de las siguientes:

	Si	No	Comentarios
1. ¿Anemia?, ¿Diabetes?, ¿Alta presión?, ¿Colesterol Alto?			
2. ¿Coágulos en las piernas, pulmones, o cabeza? Derrame cerebral			
3. ¿Problemas con la tiroide, PKU?			
4.¿Infección de los riñones/vejiga? Dolor o ardor al orinar			
5.¿Dolores de cabeza, migrañas, ataques, o epilepsia?			
6. ¿Asma? ¿Tuberculosis u otras enfermedades pulmonares?			
7. ¿Problemas con tus senos? ¿Cáncer? ¿Donde y cuando?			
8. ¿Hepatitis, enfermedad del hígado o vesícula biliar?			
9. ¿Depresión u otras preocupaciones de salud mental?			
10. ¿Ha sido hospitalizada o la han operado?, ¿Por que? ¿Y cuando?			
11. ¿Esta tomando algún medicamento de receta o sin receta? Incluya vitaminas. Favor de anotar todos sus medicamentos.			
12. ¿Tiene otro problema de salud? Por favor incluya problemas de aprendizaje, de salud fisica o mental.			

III. Historia de Familia

¿Algún miembro de tu familia cercana (madre, padre, hermano, hermana, hijo/hija) tiene algunas de las siguientes enfermedades?	Si	No	No Se	Comentarios
¡Si eres adoptada por favor anota la información que tengas! Y si no tienes información llena lo que puedas				
1. ¿Diabetes, azúcar en la sangre o la orina?				
2.¿Presion alta, derrame, ataque cardiaco, o enfermedades cardiacas?				
3. ¿Colesterol alto? ¿Cáncer? ¿De cual cáncer?				
4.¿Defectos de nacimiento, trastornos genéticos? ¿Cuales son?				
5. ¿Trastornos de coagulación?				

IV. Estilo de Vida	Si	No	Comentarios
1. ¿Se hace chequeo de senos para buscar masas?			
2. ¿Va al dentista una vez al año?			
3.¿Toma bebidas alcolicas?¿Cuanto toma? ¿Cada cuando? Última vez			
4. ¿Usa tabaco? ¿Cigarros o mastica tabaco? ¿Cuanto al día? _____ ¿Cuanto tiene usando productos de tabaco? Meses Años			
5. ¿Usa drogas? (mariguana, cocaína, grieta y metanfetamina) ¿De cuales? _____ ¿Cada cuando? _____ Ultima vez _____			
6. ¿Le preocupan sus hábitos alimentarios o su dieta? Anorexia/Bulimia _____ Algo mas _____			
7. ¿Estas o has estado en una relación con una persona que te amenaza o te hace daño físicamente?			
8. ¿Te han forzado hacer actividades sexuales que te hacen sentir incomoda?			

_____

Nombre _____

V. Información de Anticoncepción

Cuales métodos de anticoncepción has usado?			☐ Pastillas	☐ IUD	☐ Parche
☐ Abstinencia	☐ Natural	☐ Esponja	☐ Esterilización	☐ Anillo	☐ Nada
☐ Inyección	☐ Espuma espermicida	☐ ECP	☐ Retirándose	☐ Condones	☐ Otra cosa
2.¿Que método usa en este momento?					
3. ¿Tiene algún problema con su método de anticoncepción?					
4. ¿Cual método le gustaría usar?					

VI. Menstrual/Ginecológico	Si	No	Comentarios
1. ¿Cuantos años tenias cuando te empezó tu primer menstruación?			
2. ¿Cada cuando tienes tu menstruación?			
3. ¿Cuantos días te dura tu menstruación?			
4. ¿Tiene problemas con su menstruación como cólicos o dolor?			
5.¿Sangras entre tus menstruaciones?			
6. ¿Cual fue el primer día de tu ultima menstruación?			

VII. Información reproductivo y sexual	Si	No	Comentarios
1.¿Cuando fue su ultimo Papanicolaou?			
2.¿Ha tenido un Papanicolaou anormal?			
3.¿Tiene relaciones sexuales con mujeres, hombres, o con los dos?			
4. ¿Tiene pareja sexual y cuanto tiene con esta pareja?			
5.¿Cuantas parejas sexuales ha tenido en los últimos 6 meses?			
6. ¿Tiene tu pareja otra pareja sexual aparte de ti?			
Si: _____Mujeres _____Hombres			
7. ¿Tiene dolor o sangrado o alguna dificultad con sexo?			
8. ¿Le han tratado alguna infección transmitida sexualmente? (clamidia, gonorrea, warts, HPV, HIV)?			
9. ¿Tiene desecho, ronchas, hinchazón, o comezón?			
10. ¿Tu o tus parejas que has tenido han usado drogas intravenosas?			
11. ¿Te han hecho una transfusión de sangre?			
12.¿Quiere hacerse la prueba de VIH u otras infecciones?			

VIII. Historia de Embarazos	Si	No	Comentarios
1. ¿Ha estado embarazada?			
2.Anote los embarazos y las fechas: Embarazo completo_____ _____ Prematuro o bajo de peso_____ Aborto/ Aborto natural_____ Niños Vivos			Complicaciones:
3.¿Desea embarazarse en el futuro? ¿Cuando?			
4. ¿Tiene Doctor?			Nombre De Su Doctor:

Tiene algo mas que le preocupa de su salud? Favor de escribirlo o decirle a la enfermera.

La información que les di es correcta y completa.

_____ (Firma del Paciente)

Firma de clínica: _____ Fecha: _____

Solicitud de Servicios de Salud Reproductiva de Big Horns
Inventario personal y financiero

Nombre: _____ Correo electrónico:_____

Teléfono: _____ Alterno teléfono: _____

Envío DIRECCIÓN: _____

Código postal: _____

¿ESTÁ USTED ASEGURADO ?_ _____ SI ES ASÍ, NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS :_____

I soy: _ ___Soltero ____Casado ____ Divorciado ____Vive con su pareja ___ Otro

EMERGENCIA CONTACTO : _ _____

Relación a tú: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre y edad de todos los miembros de su familiar:

Nombre: _____Edad: _____Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____Edad: _____Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Ingreso mensual bruto de cada miembro del hogar, incluido usted:

Tú	**Nombre:**	**Nombre:**	**Nombre:**	**COPIAS necesarias**
ps	ps	ps	ps	Talón de cheque de empleo actual o declaración de impuestos
ps	ps	ps	ps	Carta de adjudicación de seguro Social
ps	ps	ps	ps	Carta de concesión de discapacidad

ps	ps	ps	ps	Talón de cheque de asistencia pública
ps	ps	ps	ps	Cupón de Medicaid SSI
ps	ps	ps	ps	Manutención de los hijos Decreto de divorcio o Extracto de cuenta
ps	ps	ps	ps	Tarjeta de cupones de alimentos
ps	ps	ps	ps	Talón de cheque de desempleo

Soy consciente de que mi gráfico puede ser auditado o revisado con fines financieros o reglamentarios

Paciente Firma:_____

FECHA: _____

Machine Translated by Google

Hippa

SALUD REPRODUCTIVA DE LOS GRANDES CUERNOS
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FECHA EFECTIVA: 14 DE ABRIL DE 2003

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Reproductive Healthcare of the Big Horns (RHBH) recopila información sobre su salud que es privada. La ley federal y estatal requiere que RHBH proteja esta información. Esta información se llama "información de salud protegida" o PHI.

El aviso de prácticas de privacidad le informará cómo RHBH puede usar o divulgar información sobre usted. No se describirán todas las situaciones. RHBH está obligado a darle un aviso de nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y conservamos sobre usted. RHBH está obligado a seguir los términos del aviso actualmente en vigor.

En el futuro, RHBH puede cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier cambio se aplicará a la información que RHBH ya tiene, así como a cualquier información que RHBH reciba después de que se hayan realizado los cambios. Se publicará una copia del nuevo aviso en cada sitio e instalación de RHBH y se proporcionará según lo exija la ley. Puede solicitar una copia del aviso actual en cualquier momento que visite RHBH, u obtenerlo en línea en www.wyhc.org.

RHBH PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN

- Para tratamiento: RHBH puede usar o divulgar información con proveedores de atención médica que estén involucrados en su atención médica en la Clínica de Planificación Familiar en la que actualmente está inscrito como cliente.
- Para pago: RHBH puede usar o divulgar información para obtener pago o para pagar los servicios de atención médica que recibe. Por ejemplo, RHBH puede proporcionar PHI para facturar a su plan de salud por la atención médica que se le brindó. •
- Para operaciones de atención médica: RHBH puede usar o divulgar información para administrar sus programas y actividades. Por ejemplo, RHBH puede usar PHI para revisar la calidad de los servicios que recibe. • Citas y otra información
- de salud: RHBH puede enviarle recordatorios para atención médica o chequeos. RHBH puede enviarle información sobre servicios de salud que puedan ser de su interés.
- Actividades de salud pública: RHBH mantiene registros para rastrear algunas enfermedades. •
- Según lo exija la ley y para el cumplimiento de la ley: RHBH utilizará y divulgará información cuando lo exija o lo permita la ley federal o estatal o una orden judicial. • Para Informes e
- Investigaciones de Abuso: RHBH está obligado por ley a recibir e investigar informes de abuso. • Para evitar daños: RHBH puede
- divulgar PHI a las fuerzas del orden para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de una persona o del público. • Para investigación: RHBH utiliza
- información para estudios y para desarrollar informes. Estos informes no identifican Gente especifica.

Otros usos y divulgaciones requieren su autorización por escrito

Para otras situaciones, RHBH le pedirá su autorización por escrito antes de usar o divulgar información. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito. RHBH no puede recuperar ningún uso o divulgación que ya se haya realizado con su autorización. • Podemos divulgar PHI

- a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para tales funciones o servicios, es decir, una empresa que realiza servicios de facturación.
- Podemos divulgar PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el
- cumplimiento de las leyes de derechos civiles. • Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o
- divulgación de su información de salud. • Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Machine Translated by Google

Bill of Rights

Atención médica reproductiva de Big Horns 128 S.
THURMOND SHERIDAN,
WY 82801

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Tiene derecho a:

- Recibir servicios sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, paridad o estado civil. • Tratamiento confidencial de registros y divulgaciones, y tener la oportunidad de aprobar o denegar su liberación a cualquier persona, salvo que lo exija la ley o un contrato de pago de terceros. • Ser informado de los servicios disponibles. • Ser informado de las políticas de la clínica y los cargos por los servicios, incluida la elegibilidad para un tercer reembolsos del partido. • Ser tratado con dignidad, respeto y privacidad en el tratamiento y cuidado de necesidades personales. • Ser informado de las disposiciones para la cobertura fuera de horario y de emergencia. • Ser informado de condiciones médicas y planes de tratamiento. • Una explicación clara y concisa en términos sencillos de todos los procedimientos propuestos o tratamiento.
- Expresar quejas y recomendar cambios en políticas y servicios al personal de la clínica y al junta de gobierno
- Saber los nombres del personal de la clínica. •

Recibir un intérprete si no habla inglés.

Es su responsabilidad:

- Cumpla con las citas y notifique a la clínica con anticipación cuando no pueda asistir. • Dar información veraz.
- Cumplir con las normas y reglamentos que rigen la conducta y responsabilidad del paciente. • Sea consciente de los posibles efectos secundarios de su método anticonceptivo y responda apropiadamente si sospecha un efecto secundario grave.
- Comprenda el método anticonceptivo elegido y utilícelo de manera responsable. • Pague lo que honestamente pueda de sus honorarios.

Todas las actividades relacionadas con el paciente de los Servicios de Planificación Familiar deben llevarse a cabo con una preocupación primordial por el paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. El éxito en la consecución de este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.

Firma del cliente _____ Fecha _____ Firma del personal _____

06/97

Machine Translated by Google

Sus derechos de privacidad de

PHI • Derecho a ver y obtener copias de sus registros. En la mayoría de los casos, tiene derecho a ver u obtener copias de sus registros, registros electrónicos o en papel. Debe realizar la solicitud por escrito. Es posible que se le cobre una tarifa por el costo de copiar sus registros.

• Derecho a solicitar o corregir o actualizar sus registros. Puede pedirle a RHBH que cambie o agregue información a sus registros si cree que hay un error. Debe hacer la solicitud por escrito y proporcionar una razón para su solicitud. • Derecho a obtener una lista de

divulgaciones. Tiene derecho a solicitar a RHBH una lista de las divulgaciones de su PHI realizadas después del 14 de abril de 2003. Debe realizar la solicitud por escrito. Esta lista no incluirá las veces que se divulgó información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted oa su familia, o información que fue enviada con su autorización. • Derecho a solicitar límites en los usos o divulgaciones de la PHI. Tiene derecho

a solicitar que RHBH limite cómo se usa o divulga su información. Debe realizar la solicitud por escrito e informar a RHBH qué información desea limitar ya quién desea que se apliquen los límites. RHBH no está obligado a aceptar la restricción. Puede solicitar que se terminen las restricciones por escrito o verbalmente.

• Derecho a Revocar Permiso. Si se le pide que firme una autorización para usar o divulgar información, puede cancelar esa autorización en cualquier momento. Debe realizar la solicitud por escrito. Esto no afectará la información que ya se ha compartido.

• Derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted. Tiene derecho a solicitar que RHBH comparta información con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirle a RHBH que envíe información a la dirección de su trabajo en lugar de a la dirección de su casa. Debe realizar esta solicitud por escrito. No tiene que explicar la base de su solicitud. • Derecho a Presentar una Queja. Tiene derecho a presentar

una queja si no está de acuerdo con la forma en que RHBH ha utilizado o divulgado su información. • Derecho a obtener una copia impresa de este Aviso. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de

este aviso en cualquier momento.

Cómo comunicarse con RHBH para revisar, corregir o limitar su información de salud protegida (PHI)

Puede comunicarse con la oficina local del Programa de Planificación Familiar del Título X o con el Funcionario de Privacidad de RHBH en la dirección que figura al final de este Aviso para:

- Pida ver o copiar sus registros. • Solicitar que se limite la forma en que se usa o divulga la información sobre usted.
- Solicitar la cancelación de su autorización para divulgar información.
- Pedir corregir o cambiar sus registros. • Pida una lista de las veces que RHBH divulgó Información acerca de ti.
- Presentar una queja.

RHBH puede denegar su solicitud de ver, copiar o cambiar sus registros. Si RHBH niega su solicitud, RHBH le enviará una carta que le indicará por qué se deniega su solicitud y cómo puede solicitar una revisión de la denegación.
También recibirá información sobre cómo presentar una queja ante RHBH o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Cómo presentar una queja o informar un problema Puede

comunicarse con cualquiera de las personas que se enumeran a continuación si desea presentar una queja o informar un problema sobre cómo RHBH ha utilizado o divulgado información sobre usted. Sus beneficios no se verán afectados por ninguna queja que presente. RHBH no puede tomar represalias en su contra por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a aceptar algo que usted cree que es ilegal.

Para más información

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o necesita más información, comuníquese con Rob Johnston,
Director Ejecutivo, Consejo de Salud de Wyoming 400 East First Street,
Suite 313 Casper, WY 82601 Teléfono: 307-439-2033 Correo
electrónico: rjohnston@wyhc.org

He leído/revisado y he recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

_____ _____

Cliente/Paciente Fecha

_____

Testigo

Reproductive Healthcare of the Big Horns

Consentimiento general para servicios

Nombre del cliente (letra de imprenta) _____
de identificación cuadro médico: _____

Por la presente doy mi consentimiento para recibir servicios médicos y relacionados por parte del personal del Programa Reproductive Healthcare of the Big Horns. Personal que está calificado y capacitado adecuadamente para brindar dichos servicios. Estos servicios pueden incluir la revisión de mi historial médico, información de salud, educación y servicios de terapia. Es posible que se necesiten exámenes y pruebas de detección médicas para detectar cáncer de mama y de cuello uterino, pruebas de salud mental, de riesgos de comportamiento, de seguridad personal, de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y puede que sea remitido a otros lugares para obtener la atención que no se brinde en esta clínica. También entiendo que según los resultados de las pruebas que me hagan, se pueden recomendar exámenes de seguimiento o pruebas adicionales.

Entiendo que se me dará información sobre las pruebas, los procedimientos, los tratamientos y los métodos de planificación familiar antes de que se proporcionen cualquiera de estos servicios. Esta información incluye los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y opciones alternativas. Sé que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda.

Entiendo que recibir servicios de planificación familiar es voluntario. Puedo cambiar de opinión acerca de recibir estos servicios en cualquier momento. No se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener de cualquier servicio que reciba. Sé que no necesito aceptar recibir los servicios de planificación familiar como requisito previo para recibir otros servicios ofrecidos en este sitio.

Entiendo que soy elegible para recibir servicios de esta clínica independientemente de mi religión, raza, color, origen, discapacidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, características sexuales, número de embarazos, estado civil o incapacidad de pago. Entiendo que tengo derecho a recibir servicios de interpretación y traducción sin costo alguno para mí.

También entiendo que los servicios que me presten y los registros médicos serán confidenciales y se divulgarán a otros solo con mi consentimiento por escrito o según lo exija la ley, tales como la denuncia de casos de abuso/negligencia infantil, órdenes judiciales, resultados de laboratorio anormales o hallazgos médicos que puedan poner en peligro mi salud. Si se realizan pruebas para detectar cualquier infección de transmisión sexual, incluido el VIH, la ley exige informar los resultados positivos de esas pruebas a las agencias de salud pública.

Mi firma en este formulario indica que recibí o me ofrecieron una copia del aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia del aviso de privacidad en cualquier momento.

Entiendo que se harán todos los intentos razonables para comunicarse conmigo con respecto a mi atención médica. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a la clínica información de contacto donde puedan localizarme y actualizarla según sea necesario.

Si mi visita está cubierta por un seguro o un tercero que va a pagar, autorizo a Reproductive Healthcare of the Big Horns a divulgar la información médica necesaria para determinar los beneficios a pagar bajo este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor o suministrador de los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente del pago de esta factura de acuerdo con mi nivel de ingresos reportado, independientemente de la cobertura del seguro.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior y doy mi consentimiento voluntario para los servicios y suministros proporcionados por esta clínica.

Firma del cliente_____Fecha_____
Firma del personal_____Fecha_____

SOLO PARA MENORES DE EDAD (menores de 18 años):

Es un mandato legislativo que, en la medida de lo posible, esta clínica fomente la participación familiar en la decisión de los menores de buscar servicios de planificación familiar y brinde servicios de consejería sobre cómo abstenerse o negarse a los intentos de obligar a los menores a participar en actividades sexuales. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ningún proveedor de servicios bajo el Título X de la Ley PHS estará exento de cualquier ley estatal que requiera notificar o denunciar el abuso infantil, acoso de menores, abuso sexual, violación o incesto.

Mi firma reconoce que me motivaron a involucrar a mi familia en mi decisión de buscar servicios de planificación familiar, me aconsejaron sobre cómo abstenerse o negarse ante los intentos de coerción para participar en actividades sexuales y me informaron sobre la denuncia obligatoria de abuso infantil, acoso de menores y abuso sexual, violación o incesto.

Firma del cliente_____ Fecha_____
Firma del personal_____ Fecha_____
(Para ser firmado después de la visita médica en la que se brindó la consejería)