



DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Nombre Preferido: _____

Nombre legal -Ultimo: _____ Primero: _____

initial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo al nacer: M F Identidad de genero: M F

Trans o Orto: _____

Pronombres preferidos: Ella El Ellos Otros: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separada Pareja Doméstica

Raza: Indio americano / Nativo de Alaska Asiático / Pacífico Islander Negro/Afroamericano
Caucásico Hispano Nativo Hawaiano/Otro isleño del Pacífico Otro

Ethnia: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Nacionalidad: _____ Idioma: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Numero de telefono _____ Se puede dejar mensaje? _____

Número de celular _____ Se puede dejar mensaje? _____

Número de trabajo _____ Se puede dejar mensaje? _____

Nombre del empleador _____

Contacto de emergencia/¿con quién podemos hablar en su nombre? _____

Y su relación contigo _____ Teléfono # _____

Nombres de Padres/Guardián _____ Teléfono # _____

Farmacia preferida y calles transversales de ubicación: _____

Numero de telefono de la farmacia: _____

¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

ACUERDO DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA:

Por la presente doy mi consentimiento a los proveedores y al personal de Healthy Futures Colorado, PLLC para brindar la atención y el tratamiento que pueda requerir mi condición. También autorizo a mi compañía de seguros a pagar cualquier beneficio a mi proveedor. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos de seguro, y por la presente solicito el pago directamente a Healthy Futures Colorado, PLLC por los servicios prestados. También he leído y entiendo la política de cancelación y no presentación y acepto estos términos. Me han ofrecido una copia del Reglamento HIPAA, que está disponible para mí en la recepción de la oficina.

Firma del paciente (persona autorizase) _____ Fecha _____

Historia clínica para las anticonceptivas hormonal

¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?

Por favor, marque SÍ o NO:

Alergia a las píldoras anticonceptivas.....	SÍ	NO
Antecedentes de un coágulo de manchas en mi pierna que requiere anticoagulantes	SÍ	NO
Antecedentes de cáncer usted mismo.....	SÍ	NO
Fumar más de 10 cigarrillos por día Y a la edad de 35 años o más.....	SÍ	NO
La presión arterial es frecuentemente superior a 140/90.....	SÍ	NO
Ictericia (piel amarilla) debido al embarazo o píldoras anticonceptivas.....	SÍ	NO
Dolores de cabeza con síntomas inusuales de cambios visuales, entumecimiento, hormigueo...SÍ	NO	
Diabetes con problemas vasculares conocidos.....	SÍ	NO
Enfermedad de las arterias coronarias.....	SÍ	NO

Debe reconsiderar las píldoras anticonceptivas con estrógeno en ellas si tiene DOS O MÁS de estos problemas:

Presión arterial alta leve.....	SÍ	NO
Diabetes.....	SÍ	NO
Colesterol alto.....	SÍ	NO
Sangrado vaginal no diagnosticado.....	SÍ	NO
Deterioro de la función hepática.....	SÍ	NO

El control de la natalidad hormonal es muy seguro siempre y cuando no tenga las preocupaciones anteriores. Estas son la lista de complicaciones MUY raras de los anticonceptivos hormonales:

Coágulo de sangre en los pulmones o el cerebro, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, cáncer de hígado, ictericia, vesícula biliar enfermedad, depresión.

Las reacciones más comúnmente causadas, aunque menos preocupantes, al control de la natalidad hormonal incluyen:

náuseas/vómitos, calambres abdominales, hinchazón alteración del flujo menstrual, sensibilidad en los senos, hinchazón en las piernas dolor de cabeza, pérdida de peso o aumento de peso, labilidad emocional, irritación vaginal, erupción, acné, presión arterial alta, intolerancia a la glucosa

DepoProvera (Medroxiprogesterona) puede causar pérdida de densidad ósea si se usa durante un período prolongado de años.

Anticonceptivos hormonales con solo progesterona (sin estrógeno) como DIU Mirena, Nexplanon Implante (Etonorgestrel), inyecciones de Depo Provera y progesterona solo las píldoras anticonceptivas tienen menos riesgos de coágulos de sangre.

El único anticonceptivo no hormonal a largo plazo para las mujeres es el DIU Paragard, que es del 99% eficaz y dura 12 años, pero causa una menstruación más pesada.

Entiendo las ventajas y desventajas de los anticonceptivos hormonales:

Nombre impreso: _____

Nombre firmado: _____ Fecha _____

(uso oficial sólo por debajo de la línea)

El paciente está aprobado para recibir o ser prescrito anticonceptivo hormonal.

El paciente puede tener anticonceptivos que contienen estrógeno: _____ SI _____ NO

Dr. Severson, Dr. Rosenfeld, Lily Juan Provider Signature: _____ Date _____

HEALTHY FUTURES

Acuerdo Financiero para la interrupción del embarazo

Yo, el paciente, entiendo mis elecciones. Elijo (marque uno):

- Paga en efectivo, tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Discover o Apple Pay). Una vez que un paciente ha pagado por adelantado y ha elegido no usar la compañía de seguros, la transacción es final.
- Usaré mi compañía de seguros y proporcione a Healthy Futures información válida de la tarjeta de crédito que les autorizó a usar si la compañía de seguros cambia de opinión y se refiere a pagar los servicios. La información de la tarjeta de crédito se mantendrá en una caja fuerte de la empresa hasta que se liquide el saldo y luego se destruirá la información.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Completa la información a continuación SOLO si tiene la intención de utilizar su compañía de seguros

Yo (nombre del paciente): _____ en la fecha _____ entiendo que....

- Las compañías de seguros a menudo declaran que pagarán por un procedimiento y luego no lo hacen. Si no lo hacen, Healthy Futures esperará que el paciente pague.
- Healthy Futures puede ofrecer un descuento dramático si el paciente paga directamente por el procedimiento y deja a la compañía de seguros fuera de él. En su caso, la tarifa que le pagaremos, si estuviera dispuesto a pagar directamente como transacción final sería de \$ _____; pero si eliges pasar por el seguro y nos dicen antes que pagaran y luego la compañía de seguros se niega a pagar en absoluto, entonces la cifra sería de \$ _____.
- Si el paciente tiene la intención de utilizar la compañía de seguros el procedimiento, y la usará si/cuando la compañía de seguros cambia de opinión y se niega a pagar. Le llamaremos el día que ejecutemos su tarjeta para informarle.
- Para utilizar una compañía de seguros, el primer paso es calcular qué cantidad es la "responsabilidad del paciente": el copago y el deducible que pueden aplicarse. Nuestra mejor estimación de esa cantidad es su copago de \$ _____ y tu deducible de \$ _____ para un total de \$ _____. Healthy Futures lo recogerá antes de que comience el procedimiento. En varias semanas, cuando la compañía de seguros haya decidido si y cuánto podrían pagarnos, podemos reembolsarte algo de dinero o puedo que nos debe algo de dinero, pero intentaremos ser lo más precisos posible al principio.
- Yo (nombre del paciente) _____ aceptó proporcionar a Healthy Futures Colorado, PFFC información válida de la tarjeta de crédito para que en el caso de que mi compañía de seguros primero diga que pague, luego se niegue a pagar, Healthy futures tenga mi permiso para cargar mi tarjeta de crédito por el saldo restante.

El tipo de tarjeta de crédito: **MC VISA DISCOVER**

El numero es _____ = _____ = _____ = _____

Fecha de caducidad: _____ Seguridad de 3 dígitos: _____

La cantidad máxima a cobrar, si la compañía de seguros no pagará nada, es \$ _____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha: _____

Formulario de consentimiento del paciente de cumplimiento de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar o divulgar información médica protegida.

El aviso contiene una sección de derechos de los pacientes que describe sus derechos bajo la ley. Usted se asegura de que por su firma ha revisado nuestro aviso antes de firmar este consentimiento.

Los términos del aviso pueden cambiar, si es así, se le notificará en su próxima visita para actualizar su firma / fecha.

Tiene derecho a restringir la forma en que se usa y divulga su información médica protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos este acuerdo. La ley HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) permite el uso de la información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida y el uso potencialmente anónimo en una publicación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no será retroactiva.

Al firmar este formulario, entiendo que:

- La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- La práctica se reserva el derecho de cambiarla política de privacidad según lo permita la ley.
- La práctica tiene el derecho de restringir el uso de la información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
- El paciente tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las declaraciones completas cesarán entonces.
- La práctica puede condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este consentimiento.

¿Podemos llamarle por teléfono, correo electrónico, o enviarle un mensaje de texto para confirmar las citas? SI NO

¿Podemos dejar mensajes detallados en su casa o teléfono celular? SI NO

¿Podemos discutir su condición médica con cualquier miembro de su familia? SI NO

En caso afirmativo, por favor nombre a los miembros permitidos:

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____