

Fecha.....

Nombre Completo

Seguro Social #-.....-.....-..... Fecha de Nacimiento.....

Estado Civil.....

Dirección.....

Numero Principal.....

Numero(s) adicionales.....

Por favor marque la caja cerca del numero de teléfono en que podemos dejarle un mensaje con información confidencial de medico.

Nuestro oficina está disponible vía electrónica en www.WomensGroupForHealth.com. Si usted desea participar, favor darnos su dirección electrónica.

Dirección Electrónica

Race:_____ Ethnicity: _____

*

*

Nombre de la Aseguradora.....

Primer Subscriptor de Aseguradora.....

Relación (to the patient).....

Fecha de Nacimiento...../...../.....

*

*

En caso de emergencia, con quien nos podemos comunicar?

Nombre..... Número de Teléfono.....

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS PRIVADAS

Entiendo que bajo el Acta 1996 de Transferencia y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPPA), tengo ciertos derechos de privacidad en cuanto a información protegida sobre mi salud. Entiendo que ésta información puede y será usada para:

1. Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y continuación entre muchos proveedores de cuidados a la salud quienes pudieran estar relacionados durante éste tratamiento directa e indirectamente.
2. Obtener pagos del proveedor de la aseguradora ó pagos de terceras partes.
3. Conducir operaciones normales del cuidado de salud como exámenes de calidad y médicos certificados.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Practicas Privadas conteniendo una descripción más completa del uso y divulgación de información sobre mi salud. (Copias del Aviso de Prácticas Privadas está disponible si se solicita.) Entiendo que ésta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Practicas Privadas de tiempo en tiempo y que puedo contactar a ésta organización en cualquier momento a la dirección de arriba para obtener una copia actualizada del Aviso de Practicas Privadas.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que ustedes limiten como es usada mi información privada ó divulgación del curso de mi tratamiento, pago ó operaciones del cuidado de salud. Entiendo también que ustedes no están obligados a estar de acuerdo con las restricciones de mis peticiones, pero si estuvieran de acuerdo ustedes están obligados a respetar esas restricciones.

Nombre del Paciente _____

Firma _____

Si el paciente es un menor, relación con el paciente _____

Fecha _____

Intenté obtener la firma del paciente de enterado sobre el Aviso de Reconocimiento de Practicas Privadas, pero no pude obtenerla como está documentado debajo.

Fecha: _____

Razón: _____

Firma del Personal: _____

WOMEN'S GROUP FOR HEALTH POLIZAS Y REGLAS DE LA OFICINA 2015

Bienvenidos a nuestra oficina. Favor de familiarizarse con nuestra polizas y procedimientos de oficina para asegurar un ambiente saludable y feliz. Damos la bienvenida a cualquiera sugerencia, comentario o queja. Por favor, ponga su iniciales en cada linea y firma lo de abajo. Gracias!

1. Si falta a su cita y no llama a nuestra oficina 24 horas antes de dicha cita, se le cobrara \$25.00. Tenemos una lista de espera y para la consideración de los pacientes en esta lista, por favor llame para cancelar o para hacer otra cita. _____
2. Todos los copagos se tienen que pagar a la hora de su cita. Si no tiene su co-pago, es posible que se le pida que haga otra cita. _____
3. Si usted tiene un plan de HSA (Health Savings Account) o otra seguridad similar, usted tienen que pagar a la hora de su cita. _____
4. Nuestra oficina le manda las cuentas a su compañía de seguro como cortesía. Si su compañía de seguro no paga su cuenta, usted es responsable. Como las compañías de seguro cambian sus polizas y directrices a menudo, favor de llamarles para asegurarse que papanicolao anual y su mamograma estarán cubiertas para el año. _____
5. Nuestra oficina no acepta dinero en efectivo. Nosotros aceptamos cheques, money orders, tarjetas de credito, ATM/Debit. _____
6. Si usted paga con un cheque personal o de negocio y su cheque no tiene fondos, se le cobrara \$30.00 por el cheque que el blanco ha devuelto y además de la cantidad original del cheque. _____
7. Los expedientes medicos son la propiedad, responsabilidad y confidencialidad de nuestra oficina. Si necesita copias para usted o para otros, usted sera responsable por el costo de las copias y del correo certificado. El costo para expedientes medicos es \$25.00 para copiar 10 paginas de su expediente y .25 centavos por cada pagina adicional. _____
8. Usted sera cobrado \$30.00 para todas las formas que ser recibidas por nuestro oficina que usted necesita que se complete. Esto incluye, pero no es limitado, a formas de discapacidad, formas de trabajo, formas de ausencia y etc. _____
9. Si por cualquier razon su cuidado medico es terminado por uno de nuestros medicos dentro de nuestra practica medica, no se le permitira regresar a nuestra practica para ver o consultar con cualquier medico afiliado con nuestra practica. _____
10. En consideración de los pacientes, niños menores de 8 años necesitan estar bajo la supervisión directa de un adulto todo el tiempo. _____

NOTICE TO CONSUMERS: Medical doctors are licensed and regulated by the Medical Board of California, (800) 633-2322, www.mbc.ca.gov. Firma: _____ Fecha _____

Los pagos en la oficina por exámenes y tratamientos es requerido al momento de recibir los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos con el director de la oficina.

CARGOS DE LABORATORIO

POR FAVOR TOME NOTA: El laboratorio le cobrará por separado los servicios de análisis de sangre, Papanicolaou, muestras, etc. Las tarifas de laboratorio no están incluidas en nuestros cargos.

ACUERDO FINANCIERO

ENTIENDO QUE SOY PERSONALMENTE RESPONSABLE por todos los cargos incurridos durante el curso de mis exámenes y tratamientos.

FIRMA: _____ FECHA: _____

AUTORIZACIÓN DE SEGURO

POR ESTE MEDIO AUTORIZO el uso de parte o de toda la información necesaria para procesar mis demandas.

FIRMA: _____ FECHA: _____

POS ESTE MEDIO AUTORIZO y solicito el pago de beneficios médicos directamente a: Contra Costa Grupo Médico para Mujeres, por los servicios médicos prestados a mí. Este acuerdo permanecerá en efecto hasta que sea revocado por me por escrito. Una fotocopia de este acuerdo es considerada tan válida como el original.

FIRMA: _____ FECHA: _____

PARA NUESTROS PACIENTES DE MEDICARE

Solicito que los pagos de beneficios autorizados por Medicare/Insurance, Co. sean hechos a mi ó a favor de: Contra Costa Grupo Médico para Mujeres por cualquier servicio suministrados a mi por parte de este servicio médico. Autorizo que cualquier información médica de mi sea usada por la Administración Financiera Health Care y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios ó para pagar beneficios relacionados con estos servicios. Entiendo que mi firma solicita que el pago sea hecho y autoriza el uso de información médica necesaria para pagar la demanda. Si el punto 9 de demandas de la forma HCFA esta completa, mi firma autoriza el uso de información al asegurador ó agencia mostrada. En Casos asignados a Medicare, el médico o proveedor acuerda aceptar el cargo determinado por el manejador de Medicare como pago total, y el paciente es responsable solo por el deducible, coseguro y servicios no cubiertos.

FIRMA: _____ FECHA: _____ AVISO DE CONSENTIMIENTO

Medicare pagará solamente por los servicios que ellos consideren ser "razonables y necesarios" bajo la sección 1862(a)(1) de la Ley Medicare. Si Medicare considera que un servicio en particular, aun cuando otro pudiera ser cubierto, no es "razonable y necesario" dentro los programas normales de Medicare, Medicare negará el pago de ese servicio. Mi doctor me ha notificado, que en mi caso, Medicare probablemente negará el pago de los servicios identificados, por razones listadas. Si Medicare niega el pago, estoy de acuerdo en ser personalmente y totalmente responsable por el pago.

POR FAVOR ENTIENDA QUE NO ACEPTAMOS MEDI-CAL. Y QUE EL PACIENTE SERA RESPONSABLE POR EL 20% CO-SEGURO DESPUES QUE MEDICARE ES FACTURADO. ESTAMOS EN LA MEJOR DISPOSICION PARA CONTESTAR CUALQUIER PREGUNTA QUE TENGA CON RESPECTO A ESTE ASUNTO.

FIRMA: _____ FECHA: _____

EMR MEDICAL HISTORY

Correo electronica: _____

Razon por su visita hoy? _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

Tipo: _____ Fecha: _____

MEDICAMENTOS

Esta tomando algún medicamento? Si es así por favor indique abajo:

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

ALERGIAS

Tiene alguna alergia a un medicamento? Si es así por favor indique abajo:

Medicamento: _____ Reacción: _____

Medicamento: _____ Reacción: _____

Medicamento: _____ Reacción: _____

HISTORIAL MEDICA

Marque Si O No

Mamografía Abnormal	Si ___ No ___	Migrañas o Dolores de Cabeza	Si ___ No ___
Papanicolaou Abnormal	Si ___ No ___	Condiciones del Corazón	Si ___ No ___
Aborto (s)	Si ___ No ___	Enfermedad del Corazón	Si ___ No ___
Anemia	Si ___ No ___	Hepatitis	Si ___ No ___
Trastorno de Ansiedad	Si ___ No ___	Herpes	Si ___ No ___
Artritis	Si ___ No ___	Colesterol Alto	Si ___ No ___
Asma	Si ___ No ___	Hipertensión	Si ___ No ___
Portador de BRCA	Si ___ No ___	Esterilidad	Si ___ No ___
Vaginosis Bacteriana	Si ___ No ___	Enfermedad Renal	Si ___ No ___
Defectos de Nacimiento o Heredados	Si ___ No ___	Problemas de riñón o Vejiga	Si ___ No ___
Cáncer de Mama	Si ___ No ___	Enfermedades de pulmones	Si ___ No ___
Problema de Mama	Si ___ No ___	Lupus	Si ___ No ___
Cáncer	Si ___ No ___	Aborto Involuntario (s)	Si ___ No ___
Clamidia	Si ___ No ___	Osteopenia	Si ___ No ___
Depresión	Si ___ No ___	Osteoporosis	Si ___ No ___
Diabetes	Si ___ No ___	Cáncer de Ovario	Si ___ No ___
Embarazo Ectopica (s)	Si ___ No ___	Inflamatoria Pélvica	Si ___ No ___
Endometriosis	Si ___ No ___	Enfermedad Psiquiatricas	Si ___ No ___
Historia Familiar de Cáncer de Mama	Si ___ No ___	Convulsiones	Si ___ No ___
Historia Familiar de Cáncer de Colon	Si ___ No ___	Sífilis	Si ___ No ___
Historia Familiar de Cáncer de Ovario	Si ___ No ___	Problemas de Tiroides	Si ___ No ___
Problemas Gastrointestinales	Si ___ No ___	Tricomonas	Si ___ No ___
Verrugas Genitales o VPH	Si ___ No ___	Incontinencia Urinaria	Si ___ No ___
Gonorrea	Si ___ No ___	Vaginitis por hongos	Si ___ No ___

HISTORIA SOCIAL

Profesion: _____

Nivel de Educación: _____

Estado Civil: _____

Numero de Hijos: _____

Preferencia sexual

- Hombre
- Mujer
- Bisexual

Esta usted sexualmente activo? Si ___ No ___

Usted tiene relaciones sexuales con protección?

- Siempre
- Ocasional mente
- Nunca

Numero de parejas sexuales de toda la vida? _____

Usted fuma?

- Nunca
- Ex fumador
- Fumador actual
- Aveses

Cuanto fuma:

- 1 paquete por semana
- 2 paquete por semana
- 1/4 paquete por día
- 1/2 paquete por día
- 1 1/2 paquete por día
- 2 paquete por día
- 3+ paquete por día

Edad de que empeso a fumar? _____

Usted bebe Alcohol? Si contesto que si, cuanto consume:

- Nada
- Ocasional
- Regular
- Demasiado

Cuantos anos a consumido alcohol? _____

Usa drogas? Si ___ No ___

Que tipo? _____

Por cuanto tiempo? _____

Consumo de cafeína:

- Nada
- Ocasional
- Regular
- Demasiado

Nivel de ejercido:

- Nada
- Ocasional
- Regular
- Demasiado

Nivel de estrés:

- Bajo
- Leve
- Alto

Esta trabajando? Si ___ No ___

Empleador: _____

Encaso de una emergencia es una transfusión de sangre aceptable? Si ___ No ___

Tiene gatos/en casa? Si ___ No ___

HISTORIA FAMILIAR

Alguno de sus parientes ha tenido cualquiera de los siguiente: Especifique Mama, Papa, Tio etc.

	<u>Relación con usted</u>		Edad de inicio	Edad de la muerte
Cáncer de Colon _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Problemas del Corazón _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Presión Alta _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Colesterol Alto _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Cáncer de Ovario _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Cáncer de Mama _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Diabetes _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Hepatitis _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Ulcera de Estomago _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Depresión _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Enfermedad renal/ Piedras _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Enfermedad de la Tiroides _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Convulsiones _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Artritis _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Lupus _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Ansiedad _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Osteoporosis _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____
Cáncer (especificar el tipo): _____	<input type="checkbox"/> Paternal <input type="checkbox"/> Maternal	_____	_____	_____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Edad de primer ciclo menstrual: _____

Fecha del ultimo ciclo menstrual: _____

Tiene menstruación mensual: Si ___ No ___

Cuantos días hay entremedio de una menstruación a otra? (28,30,etc) _____ días

Cuantos días dura su menstruación? _____ días

Es el flujo menstrual:

- Poco
- Normal
- Mucho

Usted experimenta sangrado ente periodos menstruales? Si ___ No ___

Usted experimenta cólicos menstruales? Si ___ No ___

Ha faltado al trabajo o escuela debido a su periodo? Si ___ No ___

Método de control de la natalidad actual: _____

Método de control de natalidad pasado: _____

Edad en que tuvo su primer hijo: _____

Ha sido alguna ves doloroso al tener relaciones sexuales? Si ___ No ___

- Siempre
- A veces
- Nunca

Ha tenido sangrado o manchado de sange después de relaciones sexuales? Si ___ No ___

Si esta el la menopausia, a que edad comenzó? _____

Ha tenido sangrado o manchado después de la menopausia? Si ___ No ___

Fecha de su ultimo Papanicolau? _____

Fecha de su ultima mamografía? _____

Ha estado expuesto al DES? Si ___ No ___

NOMBRE de DOCTOR GENERAL: _____

Nombre de Pharmacia Preferida: _____

Ubicación (calle y ciudad) _____

HISTORIA OBSTETRICA

Favor de indicar el numero **total de embarazos:**

Numero de Embarazos: _____

Numero de hijos nacidos: _____

Favor de marcar todo lo que corresponde:

- Fecha de nacimiento: _____
Hombre/Mujer: _____
 Vaginal Cesaría Nacimiento sin vida
 Embaraso de termino complete Prematuro
- Fecha de nacimiento: _____
Hombre/Mujer: _____
 Vaginal Cesaría Nacimiento sin vida
 Embaraso de termino complete Prematuro
- Fecha de nacimiento: _____
Hombre/Mujer: _____
 Vaginal Cesaría Nacimiento sin vida
 Embaraso de termino complete Prematuro
- Fecha de nacimiento: _____
Hombre/Mujer: _____
 Vaginal Cesaría Nacimiento sin vida
 Embaraso de termino complete Prematuro
- Fecha de nacimiento: _____
Hombre/Mujer: _____
 Vaginal Cesaría Nacimiento sin vida
 Embaraso de termino complete Prematuro

Numero de **Abortos espontanios:** _____

Por favor, indique las fecha: _____, _____, _____

Numero de **Abortos** _____

Por favor, indique las fecha: _____, _____, _____

Numero de **Embarrasos etopicos:** _____

Por favor, indique las fecha: _____, _____, _____