



"A women's center serving the families of our community"

HIPAA PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RESUMEN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Su información médica está protegida. Será mantenido confidencial y sólo será utilizado o divulgado para el tratamiento para asegurar su cuidado y bienestar.
- Podemos dejar mensajes para usted con respecto a su atención médica o próxima cita con nosotros a través de correo de voz o mensajes de texto, a menos que se indique lo contrario.
- Suministraremos información apropiada y necesaria a las compañías de seguros y/o financieras si es necesario.
- Usted tiene el derecho de acceder y obtener copias de sus registros de información médica, incluyendo enmendando la autorización a la que la información médica puede ser liberada.
- Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja. La presentación de una queja no infringe la atención de su paciente o sus derechos de privacidad. No se tomará ninguna acción contra usted por presentar una queja.
- Este es un resumen de sus prácticas de privacidad. El texto completo está disponible para usted hoy o en línea en: fallschurchhealthcare.com

He leído este resumen de mis derechos de privacidad. Entiendo mis derechos y responsabilidades, así como las prácticas de privacidad en el centro de salud de Falls Church. Entiendo que el texto completo de los derechos de los pacientes de FCHC está disponible en: fallschurchhealthcare.com o por solicitud en la recepción.

Quisiera una copia del texto completo de las prácticas de privacidad de Falls Church Healthcare Center.

No quiero una copia del texto completo de las prácticas de privacidad de Falls Church Healthcare Center.

X

Nombre del Paciente (Imprime)

Fecha de Nacimiento

X

Firma del Paciente

Fecha de Hoy

Falls Church Healthcare Center, LLC • 900 South Washington Street, Suite 300 • Falls Church, Virginia 22046
703-532-2500 • FAX 703-237-1184

www.fallschurchhealthcare.com • FCHC@fallschurchhealthcare.com

STAFF GENERAL_PATIENT FORMS CURRENT_HIPPA PRIVACY RIGHTS ENG SPA



"A women's center serving the families of our community"

Hoja de Contacto del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono Móvil: _____ ¿Podemos dejarle mensaje? SI NO

Número de Teléfono de Casa _____

Dirección de Correo E-Mail Válida: _____

Dirección de Casa: _____

Falls Church Healthcare Center tiene la capacidad de enviar mensajes de texto y correos electrónicos a pacientes con respecto a citas pasadas, presentes y futuras. La naturaleza de los mensajes de texto y correos electrónicos que se envían puede estar relacionada con::

- Recordatorios de Citas
- Actualizaciones de Horas de Oficina
- Recordatorios del Horario
- Asuntos de Facturación
- Actualizaciones en Horario
- Solicitud de Comentarios

OPTAR NO: No quiero que FCHC me envíe recordatorios automáticos sobre mi cita. Entiendo que los empleados de FCHC todavía pueden contactarme sobre mis citas sin usar el sistema de recordatorio de citas automatizado. _____

Iniciales del Paciente

Información Demográfica del Paciente

La información en este recuadro se envía a la División de Registros Vitales, Departamento de Salud de Virginia. No se enviará información de identificación.

Condado de Residencia: Fairfax Arlington Loudoun Prince William Other _____

Nivel de Educación Completado: _____

Estado Civil: Casado Soltero

Pais de Origen: _____

Estoy de acuerdo en que lo anterior es correcto y preciso. Soy consciente de que la información en este formulario seguirá siendo válida a menos que envíe un formulario actualizado.

X _____

Firma

Fecha de Hoy



Historial Medico

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Contacto en Emergencia (Mandatorio): _____ Relacion: _____ Teléfono: _____

Ocupación: _____ Primer día de su última menstruación: _____

Historia de Embarazos

de Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Perdidas espontáneas: _____ Parto de niño muerto: _____ Ectópico o Molar: _____ Total: _____

Complicaciones con cualquiera de los anteriores: _____

Historial Médico del Paciente

SI NO

- Anemia
- Problemas con Anestesia
- Asma
- Tenencia a Sangrar o Problemas Para Coagular
- Piercings Faciales/Corporales
- Quistes o Tumores en los Senos
- Cesáreas (Años /Razones): _____
- Cáncer
- Diabetes
- Fibromas
- Vértigo
- Enfermedad Cardíaca/Ataque al Corazon

SI NO

- Presión Alta
- Colesterol Alto
- Problemas de Riñón/Vejiga
- Problemas con el Hígado o Hepatitis
- Hipertermia Maligna
- Migrañas o Jaqueca
- Papanicolau _____ (Año) Resultados anormales? _____
- EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica)
- Convulsiones/Problemas Neurológicos
- Seizures/Neurological Problems
- Lesiones Graves (Lista): _____

SI NO

- Depresión Severa/Ansiedad
- Infecciones de Transmisión Sexual: _____
- Problemas Estomacales/Intestinales
- Derrame Cerebral, TVP, Embolia Pulmonar
- Cirugías (Lista): _____
- Problemas con su Tiroides
- Quiste Ovárico/Tumor
- Problemas de la Vista
- Otros Problemas Médicos (Lista): _____

¿Experimenta dolor o sangrado con las relaciones sexuales? Si No ¿Está recibiendo atención médica para cualquier tipo de problema médico? Si No

Si tiene otras condiciones médicas, explique: _____

Problemas previos con anestesia o medicación: _____

Alergias (medicamentos, látex, comida): No Que Yo Sepa Si, por favor lista: _____

Anote cualquier **droga, medicamentos, tratamientos, y suplementos de hierbas** que esté tomando: _____

Mis Parejas son: Hombres Mujeres Hombres y Mujeres

Uso de alcohol: Si, Bebidas por semana: _____ Dejo de tomar Nunca

Uso del tabacco: Si, Paquetes por día: _____ Dejo de fumar Nunca

Uso de drogas (Que no sea marihuana): Si, Tipo: _____ Dejo de usar Nunca

¿Experimenta violencia o abuso sexual, físico, emocional o verbal? Si No

¿Desea ayuda/referencias para la violencia/abuso? Si No

Historia Médica Familiar

Alguien en su familia inmediata ha tenido:

- Diabetes Cáncer de seno, cervical, ovárico, uterino
- Hipertensión, Derrame Cerebral, Ataque Cardíaco

Historia Menstrual

¿Qué edad tuvo cuando comenzó su periodo? _____

¿Tiene su período todos los meses? Si No

Número de días que sangra _____

El Sangrado es: Mucho Moderado Ligero

Historia del Método Anticoceptivo

¿Qué método(s) ha probado? (todas las que correspondan):

- Pastillas Anticonceptivas Parche El Anillo La Inyección DIU Implante Capuchón Cervical
- Diafragma Condón Espermicida Método del ritmo El Método del Retiro Otro: _____

¿Qué método estás usando ahora? _____

¿Qué problemas ha tenido con estos métodos? _____

¿Qué método le gustaría utilizar ahora? _____

Las normas de privacidad establecidas por la provisión HIPAA 2003 refiriéndose a la privacidad y seguridad de información del paciente ordena autorización antes de dar cualquier información de salud personal. FCHC continuara reconociendo su confianza. Su autorización escrita expresa es necesaria para poder dar cualquier información personal. FCHC normalmente no comparte información que la identifique con otras organizaciones de salud. A no ser que usted haya puesto sus iniciales aquí. _____

He proporcionado información completa y correcta acerca de mi historial medico. Autorizo a FCHC usar mi información solo para fines de tratamiento, cuidado de mi salud y pago.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

History Review(FCHC Med. Professional): _____ Date: _____ History Reviewed By M.D. _____ Date: _____



"A women's center serving the families of our community"

Compañías de seguro aceptadas

Octubre 2018

Aetna PPO, HMO	Carefirst Blue Choice, HMO PPO
Anthem HMO, PPO	Cigna
Assurant	Coventry
PHCS	Aetna Signature Administrator
Coresource	Anthem Healthkeeper Plus
Carefirst Administrator	Great West
Guardian	Meritain Health
One Net Alliance	First Health Network

La mayoría de las compañías de seguro cubren los servicios ginecológicos, la anticoncepción y el aborto, pero su póliza individual obtenida por su empleador puede tener restricciones. Permítanos verificarlo o puede llamar al representante de servicio que está en su tarjeta de seguro. Proporcione la información de su seguro cuando está haciendo su cita para que nuestro personal de FCHC pueda verificar sus beneficios.

- Las pólizas de Blue Cross Blue Shield con un prefijo, "R" (Restricción del Gobierno Federal) y la de "Golden Rule" no cubren la atención del aborto.
- Medicare, Medicaid y Tricare no cubren la atención del aborto.
- No aceptamos First Health (que solo cubre lesiones o enfermedades no relacionadas con los servicios ginecológicos de rutina).

Falls Church Healthcare Center, LLC • 900 South Washington Street, Suite 300 • Falls Church, Virginia 22046
703-532-2500 • FAX 703-237-1184

www.fallschurchhealthcare.com • FCHC@fallschurchhealthcare.com