



"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](http://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](http://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](http://www.fallschurchhealthcare.com) • [FCHC@fallschurchhealthcare.com](mailto: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 Jaquaca
- 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: \_\_\_\_\_



**Falls Church Healthcare Center (FCHC)**  
**Consentimiento al Sonograma y Certificación del Período de Espera**

Requerido por la ley de Virginia: VA Code 18.2-76 efectivo 01 de Julio 2012

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**AVISO:** Nosotros, en Falls Church Healthcare Center (FCHC) creemos que sabemos lo que es mejor para su cuidado médico y siempre hemos dado a nuestros pacientes opciones para elegir como usted desea su cuidado incluyendo la visualización del sonograma. FCHC creemos que los ultrasonidos o sonogramas, son como parte de un examen médico completo, antes o durante el cuidado médico de cada paciente y puede ser útil para su médico y usted. El ultrasonido o sonograma es una imagen tomada de su útero por la varita (transductor) abdominal o vaginal y eso nos da una estimación de la edad gestacional y nos da detalles de su anatomía. La legislatura de Virginia a partir del **01 de Julio 2012** requiere que se complete el ultrasonido o sonograma a lo menos de 24 horas antes de su aborto con medicamentos o aborto quirúrgico(solo es una espera de 2 horas antes si vive a más de 100 millas de distancia de nuestra clínica). La legislatura de Virginia también requiere que de una declina formal o optar de las opciones indicadas a continuación como parte de su consentimiento. Sabemos que esta nueva legislación, así como el regreso de su cita a otro día (o la espera adicional de 2 horas) puede ser un inconveniente para usted, y le agradecemos su comprensión. Si usted desea hacer un comentario sobre esta legislatura al Departamento de Salud de Virginia, la información de contacto esta detalla en nuestra póliza de privacidad.

**Por favor, marque las cajas para indicar sus preferencias y firme la certificación:** *Usted tendrá la oportunidad de discutir estas opciones y su cuidado con la enfermera o al médico durante su sonograma.*

- 1)  Yo declino a   Yo elijo ver durante mi examen el imagen que produce el sonograma
- 2)  Yo declino a   Yo elijo recibir una copia del imagen que produce el sonograma
- 3)  Yo declino a   Yo elijo escuchar, si los tonos son audibles, el corazón del feto. Si usted elige para escuchar los tonos cardíacos fetales, ya que esta no es una práctica estándar médica dentro de la comunidad del determinación de la edad gestacional, el Departamento de Salud de Virginia (VDH) en virtud de este Código VA 18.2-76 D5 & F1 le proporcionará una lista estatal de las agencias privadas y publicas que hagan servicios calificados para proporcionar imágenes de ultrasonido y la auscultación del corazón del feto y que hacen los servicios gratis. Si desea FCHC que le ayude hacer una cita para un servicio de tono de corazón del feto, háganoslo saber.
- 4)  Mi sonograma fue realizada en Falls Church Healthcare Center   
 Mi sonograma fue realizada en \_\_\_\_\_  
 al \_\_\_\_\_ y tengo la copia requerida para mi expediente médico.

Dirección o Número de Telefono

***Yo certifico que mi sonograma se a realizado y que se me ofreció la oportunidad de ver el imagen, recibir una copia de la imagen o/y escuchar los tonos cardíacos fetales. Yo certifico que mi cita para el aborto está previsto al menos de 24 horas después de mi sonograma se ha realizada o yo califico para la excepción de 2 horas de espera.***

**Certificación:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

***Complete sólo si vive a más de 100 millas de Falls Church Healthcare Center.***

Verificación de la Excepción al Período de Espera: Puedo calificar para el período de 2 horas de espera, porque yo vivo a más de 100 millas de Falls Church Centro de Salud que se han verificado en el formulario de información de contacto.

**Certificación:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*

.....**Sólo para el use del PERSONAL**.....  
 : \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_ **Initials:** \_\_\_\_\_

- Patient verbally offered the opportunity to view, receive copy and hear fetal heart tones.  **Copy of Sono requested and given**
- Patient's written certification that opportunity was offered completed above
- Patient's written verification of waiting period exception.

**MEDICINA PRE-OPERATIVA ACONSEJADA AL PACIENTE**

**PRIMERO LEA ESTO POR FAVOR PONGA, SUS INICIALES, Y ENTREGUE A LA RECEPCIONISTA.**

Gracias por elegir Falls Church Healthcare Center para sus servicios. Esta información le dice acerca de los medicamentos que usted tomará en su próxima cita. Estos medicamentos pre-operativos pueden ayudar a que el procedimiento sea mas tolerable y seguro durante su aspiración D & C. *No hay cargo adicional por estos medicamentos. Usted puede hablar de estos medicamentos con la enfermera hoy durante su servicio de sonograma.*

**Información sobre la pre-medicina Misoprostol:** Misoprostol relaja suavemente su cerviz y ayuda a tolerar el procedimiento con seguridad. Algunas mujeres sienten dolores menstruales y/o sangrado mientras esperan. Le darán una toalla femenina. No hay grandes efectos secundarios del Misoprostol, efectos secundarios que pueden ocurrir son náuseas y diarrea raramente.

**HOY:** Después de sus servicios de laboratorio la enfermera revisará su historial médico para verificar si el Misoprostol apropiado para usted. Por favor avise a la enfermera de cualquier alergia a medicamentos que tenga, condiciones médicas o preocupaciones que pueda tener cuando usted tenga su cita para el sonograma. **Usted no puede ser elegible para Misoprostol si tiene enfermedades cardiovasculares, problemas digestivos o están dando de lactar.** Luego, le van a hacer su sonograma.

**En su Próxima Cita se le dará:** Los medicamentos. **Si usted no está segura de querer interrumpir voluntariamente su embarazo hoy, no debe tomar esta medicina ya que no puede ser capaz de continuar con éxito su embarazo una vez que se toma los medicamentos.** Puede que sienta dolores menstruales no muy fuertes o nausea leve, después que tome la medicina. Si esto pasa por favor avise a la recepcionista. Yo certifico que he leído y comprendido el propósito, los beneficios y riesgos del medicamento Misoprostol. Yo certifico que he dado mi historial médico. Y entiendo que tendré otra oportunidad de hacer preguntas antes de tomar el Misoprostol.

Imprima su Nombre \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Staff Use Only**  Consult Dr.  Patient not qualified for pre-medications because: \_\_\_\_\_

**SONO:**  Not Breast Feeding  No reported/treated cardiovascular disease  No reported IBD  HGB WNL  No complications with other pregnancy or delivery  
 NKDA Allergies: \_\_\_\_\_  Patient cleared for administration of pre-medication



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

## Compañías de seguro aceptadas

Octubre 2018

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

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](http://www.fallschurchhealthcare.com) • [FCHC@fallschurchhealthcare.com](mailto:FCHC@fallschurchhealthcare.com)