



"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 \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Última menstruación \_\_\_\_\_  
 Contacto en Emergencia (Mandatorio) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

#### Historia de Embarazos- Por favor indique el número de cada tipo de embarazo. Si no hay, indique 0.

Nacimientos vivos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Perdidas espontáneas \_\_\_\_\_ Parto de niño muerto \_\_\_\_\_ Ectópico \_\_\_\_\_ Molar \_\_\_\_\_  
 Numero total de embarazos (incluyendo este embarazo) \_\_\_\_\_

Problemas con los embarazos?  No  Si (explique): \_\_\_\_\_

#### Historial Médico del Paciente- Si o No

- | SI NO   | SI NO   | SI NO   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias (medicamentos/alimentos)                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual       |
| _____   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromas                              | _____   |
| _____   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza/ Vértigo/Migrañas     | _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca/Ataque al Corazon | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Intestinales      |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Alta                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral, TVP, Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma/Enfermedad Pulmonar                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías _____                          |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Hemorrágica                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                              | _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piercings Faciales/en el Cuerpo                             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Riñón/Vejiga             | _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quistes o Tumores en los Senos                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver Disease/Hepatitis               | _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cesáreas (Años /Razones):                                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malignant Hyperthermia                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con su Tiroides               |
| _____   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Papanicolau _____ (Año)               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quiste Ovárico/Tumor                    |
| _____   | Resultados anormales?/VPH? _____  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista                   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros Problemas Médicos (Lista)         |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esta dando de Lactar?                                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones/Problemas Neurológicos   | _____   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad, Salud mental o Problemas Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones Graves (Lista) _____         | _____   |

¿Experimenta dolor o sangrado con las relaciones sexuales?  Si  No

Anote cualquier **droga, medicamentos, tratamientos, vitaminas** \_\_\_\_\_  
**o suplementos de hierbas** que esté tomando: \_\_\_\_\_

Mis Parejas son:  Hombres  Mujeres  Hombres y Mujeres

Uso de alcohol:  Nunca  Si, *Bebidas por dia:* \_\_\_\_\_ Último uso \_\_\_\_\_

Uso del tabacco:  Nunca  Si, *Paquetes por dia:* \_\_\_\_\_ Último uso \_\_\_\_\_

Uso de drogas (que no sea marihuana):  Nunca  Si, Tipos \_\_\_\_\_ Último uso \_\_\_\_\_

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

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

#### Historia Médica Familiar- Solo para padres y hermanos

- Diabetes
- Enfermedad de Sangre o de Coagulación
- 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 de los Anticonceptivos Qué método(s) has probado? todas lo que corresponda

- |  |                                   |                                    |                                       |   |   |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Parche   | <input type="checkbox"/> El Anillo | <input type="checkbox"/> La Inyeccion | <input type="checkbox"/> DIU/T de Cobre   | <input type="checkbox"/> Implante             |
| <input type="checkbox"/> Capuchón Cervical         | <input type="checkbox"/> Difragma | <input type="checkbox"/> Condón    | <input type="checkbox"/> Espermicida  | <input type="checkbox"/> Método del ritmo | <input type="checkbox"/> El Método del Retiro |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____               |                                   |                                    |                                       |   |   |
| Qué método estás usando ahora? _____               |                                   |                                    |                                       |   |   |
| Qué problemas ha tenido con estos métodos? _____   |                                   |                                    |                                       |   |   |
| Metodo preferido? _____                            |                                   |                                    |                                       |   |   |

The privacy standards established by 2003 HIPPA Provisions address the privacy and security of patient data.

I have provided complete and accurate information about my Medical History.

FCHC will not routinely report identifying information to other health agencies unless you initial here \_\_\_\_\_.

I authorize Falls Church Healthcare Center to use my information for purposes of treatment, payment and health care only.

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

History Review by Med. Professional \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

History Review by MD \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



"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)