



"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 _____
 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

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

¿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

- Pastillas Anticonceptivas Parche El Anillo La Inyeccion DIU/T de Cobre Implante
- Capuchón Cervical Difragma Condón Espermicida Método del ritmo El Método del Retiro
- 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 _____



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.



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

Insurance Carriers Currently In-Network with FCHC

Updated May 2019

- We welcome ALL patients with or without insurance.
- Below is the list of Insurance Carriers currently in-network at FCHC. **Please note carriers with * will not include abortioncare services.**
- You can call the center at 703-532-2500. You will be asked to provide your Insurance information to the scheduler when you make your appointment or include your information on your on-line appointment request. As a courtesy we can verify your benefits and financial responsibility prior to your appointment.

Aetna PPO, HMO	Cigna
Aetna Signature Administrator	Coresource
Anthem HMO, PPO, Healthkeepers	Coventry
*Anthem Healthkeepers Plus	*First Health Network
Assurant	Great West
Carefirst Administrator	Guardian
Carefirst Blue Choice, HMO PPO	*Meritain Health
*Carefirst Blue Cross Blue Shield, ID Prefix with: "R"	One Net Alliance
	*PHCS

- Medicare, Medicaid and government insurance plans cover abortioncare only in the case of rape, incest or severe problems with health of pregnant woman.
- First Health Network International Travel Insurance only covers injury or illness not related to routine gynecological services.