

La fecha de hoy: _____

Nombre legal: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ edad: _____ # de Seguro Social _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
¿Podemos enviarle correo a esta dirección? Sí No Si tiene un saldo pendiente por su visita, o debe hacia su seguro, le enviaremos los estados de cuenta por correo a su dirección independientemente de su preferencia.

Teléfono celular: _____ mensaje OK? Sí No texteo OK? Sí No

Otro teléfono: _____ mensaje OK? Sí No Intentaremos contactarle en su celular primero al menos de que nos diga lo contrario.

E-Mail: _____ E-Mail OK? Sí No

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

- Médico/Doctor/clínica, ¿quien? _____ Medios de comunicación social ¿Dónde? _____
 Amigo/familia Periódico / Autobús
 Feria de la comunidad / festival ¿Cuál? _____ Presentación ¿Dónde? _____
 Mi Seguro Médico Búsqueda en línea/Sitio en internet
 WIC / TANF / SNAP / GENESIS Otra _____

Sexo al nacer	Idioma preferido	Estado de relación	Estado de estudiante
Mujer / femenino	Inglés	Anulado	de tiempo completo en:
Hombre / masculino	Español	Divorciad@	
Intersexual	Árabe	Separad@	No un estudiante
Género	Checo	Pareja de vida	de medio tiempo en:
	Alemán	Casad@ / Unión Civil	
Mujer / femenino	Hindi	Polyamorous	
Hombre / masculino	Mandarín	Solter@	
Transgender / transgénero	Nepali	Viud@	
_____	Otro: _____		
Pronombres Preferidos	Raza Marque por lo menos una	Orígen étnico	Orientación sexual
Ella / la	Asiáti@ o Asiatic@ American@	Hispan@	Gay
Él / el		Latin@	Lesbiana
Ele / le	Nativo hawaian@ o Islas del Pacífico	No hispan@ o Latin@	Bisexual
Ze / Zhr			Heterosexual/Straight
_____	Negr@ o African@ American@ Indi@ american@ o Esquimal	No quiero responder	Queer/Jot@
			Pan/Omni En cuestión
			No quiero responder
	Blanc@ / caucásic@		
	No quiero responder		_____

Contacto de emergencia (TODAS LAS PACIENTES)

Nombre _____ Relación _____

Su eres menor de 18 años: Tienes que dar el nombre de uno de tus padres o tutor. La ley in Colorado permite que menores de edad tengan acceso a anticonceptivos y tratamiento de infecciones de transmission sexual sin notificar o obtener consentimiento de tus padres.

¿Sabes tus padres/guardianes que recibes servicios aquí? Sí No

Teléfono _____ **¿Sabe esta persona que recibe servicios aquí?** Sí No

¿Podemos contactar a esta persona si no podemos hablar con usted? Sí No

Fecha de hoy: _____ Nombre: (letra de imprenta) _____ Fecha de Nacimiento: _____

2016 Historial de Salud

	Yo	My Familia Biológica	Explique quien y/o donde <small>(ej: abuela materna, hermano, etc)</small>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Coágulos sanguíneos en piernas o pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas sanguíneos (Anémia, sangrado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades de mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer <small>(especifique el tipo)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colon or problemas colorrectales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (tipo I, tipo II, o durante el embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades cardíacas (Infarto /Ataque/Derrame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Presión arterial alta <small>(inc. durante el embarazo)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol alto / Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de Hígado / Riñón / Vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de salud mental o depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Adicciones (alcoholismo, drogas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>		_____
Cirugías – Liste fechas y tipo	<input type="checkbox"/>		_____
Hernia	<input type="checkbox"/>		_____
Migrañas <small>(con adormecimiento o cambios en la visión)</small>	<input type="checkbox"/>		_____
Frecuentes infecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>		_____
Enfermedades de transmisión sexual <small>(herpes genital, verrugas genitales, VIH, clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o sífilis)</small>	<input type="checkbox"/>		_____
Papanicolau anormal or VPH	<input type="checkbox"/>	n/a <input type="checkbox"/>	_____
Infecciones vaginales frecuentes <small>(hongos / VB)</small>	<input type="checkbox"/>	n/a <input type="checkbox"/>	_____
Problemas de los ovarios o útero	<input type="checkbox"/>	n/a <input type="checkbox"/>	_____
Si usted nació antes de 1970 ¿Tomó su madre DES durante el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Está usted al día con sus vacunas, especialmente de la rubéola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
¿Ha tenido la vacuna del VPH también llamada Gardasil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

¿Cuál es la razón principal de su visita el día de hoy?

Por favor liste todos los medicamentos, suplementos o hierbas que está tomando actualmente:

Por favor liste los medicamentos o alimentos que usted es alérgico a:

Liste cualquier prescripción médica no recetada a usted, drogas de la calle, o marihuana que usted haya usado el año pasado:

¿Qué tipo de tabaco utiliza? (please circle) Sin Humo / Masticable / Cigarrillos / Cigarros / Hookah / Cigarrillos electrónicos
 Ninguno _____ diario _____ semanal ¿Cuántos años? ____

¿Cuánto alcohol (cerveza, vino, cócteles, shots) consume?
 Ninguno _____ bebidas diarias _____ bebidas semanales

¿Cuándo fue la fecha de su último periodo? _____ o Soy menopáusica desde _____

¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo? _____ ¿Con qué frecuencia tiene su periodo? _____

¿Cuánto tiempo dura su periodo? ____ días ¿Cuán pesado es el flujo? Intenso Mediano Ligero ¿Le dan cólicos? No Sí

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos de sus hijos siguen vivos? _____

¿Cuántos años tenía cuando nació su primer hijo? _____

¿Está dando de lactar actualmente? No Sí

¿Ha tenido un bebe que pesara menos de 5 ½ libras? No Sí

¿Ha tenido un bebe que pesara más de 9 libras? No Sí

Vivos: _____ ¿Qué año(s)?: _____

Prematuro: _____ ¿Qué año(s)?: _____

Cesáreas: _____ ¿Qué año(s)?: _____

Abortos: _____ ¿Qué año(s)?: _____

Abortos espontáneos: _____ ¿Qué año(s)?: _____

- Ha tenido llagas o úlceras en su pene o escroto/testículos? Sí No n/a
 ¿Ha tenido secreción anormal en su pene? Sí No n/a
 ¿Alguna vez ha sentido bultos en su escroto/testículos? Sí No n/a

Las siguientes preguntas están diseñadas para ayudarnos a cuidar mejor de usted. Sus respuestas honestas nos ayudarán a evaluar sus factores de riesgo para infecciones, problemas médicos y/o embarazo no deseados. Esta información es confidencial. Sin embargo, si usted tiene menos de 18 años, estamos obligados por ley a reportar cualquier caso de asalto o abuso sexual que no haya sido reportado previamente.

- ¿Qué edad tenía cuando empezó a ser sexualmente activo(a)? _____
- ¿Alguna vez ha sido forzado(a) a tener sexo cuando usted no quería? Sí No
- ¿Tiene historial de asaltos o abusos sexuales? Sí No
- ¿Está usted actualmente en una relación sexual? Sí No
- ¿Su contacto sexual primario es alguien que tiene? Pene Vagina _____
- ¿Cuánto tiempo ha estado en su relación primaria? _____ años, _____ meses
- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en los últimos 3 meses que tengan? Pene _____ Vagina _____ _____
- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año que tengan? Pene _____ Vagina _____ _____
- ¿Qué tipo/s de sexo practica? (encierra todos los que apliquen) oral anal vaginal _____
- ¿Es usted sexualmente activo(a) con alguien que tiene múltiples parejas? Sí No No sé
- ¿Alguna de sus parejas masculinas ha tenido sexo con otros hombres? Sí No No sé No es aplicable
- ¿Ha tenido sexo a cambio de drogas, dinero, alimento o refugio en el último año? Sí No
- ¿Tiene usted o su pareja(s) dolor o sangrado con el sexo actualmente? Sí No
- ¿Ha usted o su pareja(s) alguna vez utilizado inyecciones de drogas intravenosas? Sí No No sé
- ¿Cuándo fue su último exámen de VIH? _____
- ¿Cuándo fue su último exámen de enfermedades de transmisión sexual? _____
- ¿Le preocupa que alguna vez haya estado expuesto(a) al VIH/SIDA ? Sí No
- ¿Piensa que actualmente puede tener una enfermedad de transmisión sexual? Sí No
- ¿Qué es lo que usted y su pareja(s) hacen para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual? _____
- ¿Qué hace usted para prevenir el embarazo? (marque 1 o más) Nada No es aplicable Quiero estar embarazada ahora
- Planificación Familiar Natural No estoy segura Abstinencia Dispositivo Intrauterino
- Ligadura de trompas / Essure Vasectomía Inyección (Depo) Implante
- Anillo vaginal (NuvaRing) Parche Pastillas Espermicida
- Condom Externo / Masculino Diafragma Retirar pene antes de eyaculación
- Condom Interno / Femenino Dependo del método de mi pareja: _____
- ¿Tiene usted historial de abuso mental, verbal o físico? Sí No
- ¿Alguna vez ha tenido depresión o ha buscado terapia? Sí No

- ¿Cuán a menudo come productos lácteos cómo leche / queso / yogurt / helado? Nunca 1/día 2/día 4-5/día 6-7/día
- ¿Cuán a menudo come granos cómo arroz / pasta / pan / cereal? Nunca 1/día 2/día 4-5/día 6-7/día
- ¿Cuán a menudo come frutas y/o verduras? Nunca 1/día 2/día 4-5/día 6-7/día
- ¿Cuán a menudo come proteínas cómo huevos / frejoles / carne / tofu / pez / pollo? Nunca 1/día 2/día 4-5/día 6-7/día
- ¿Cuán a menudo come bocadillos cómo papitas / comidas saladas / galletas / pasteles caramelos / comidas dulces? Nunca 1/día 2/día 4-5/día 6-7/día

- ¿Qué bebe? Marque cuantos por día:
- ____ Agua ____ Café/Té ____ Bebidas con gas regulares ____ Bebidas con gas dietéticas ____ Jugo
- ____ Agua con sabor ____ Leche ____ Bebidas deportivas ____ Bebidas energizantes

- ¿Qué tipo de ejercicio realiza? ¿Cuán a menudo / Cuánto tiempo? _____
- ¿Está siguiendo alguna dieta especial? _____ ¿Cuántas veces come al día? ____ comidas/día ____ bocadillos/día _____
- En una semana típica, ¿Cuántas comidas come en restaurantes, incluyendo comidas rápidas? _____
- ¿Cómo se siente acerca de su peso? _____
- ¿Hay algunos alimentos que usted piensa que no come lo suficiente? _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre usted, su historial médica o su historial sexual que es importante para su cuidado?

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Inicial del personal: _____ Fecha: _____

2016 Opción de seguro y el pago

Billing→Other→2016 Financial



Le pedimos que complete este formulario con la información más precisa posible, si tiene preguntas déjenos saber.

- 1 **No tengo seguro y me gustaría saber si soy elegible para seguro o un descuento.** Si quiere saber si es elegible para seguro médico le pedimos que se reúna con nuestra especialista de inscripción de seguros antes de recibir servicios médicos. Favor de presentar comprobante de ingresos junto con este formulario. Algunos servicios no están disponibles con un descuento sin verificación de ingresos.
- 2 **Tengo seguro médico que Women's Health acepta y solicito que facturen a mi seguro directamente.** Puede que su seguro médico requiera que pague un copago, deducible o un coseguro pre pagado. Es su responsabilidad verificar si somos un proveedor en la red de seguro para su plan específico.
- 3 **Tengo seguro de salud, pero decidí no usarlo.** Si usted está entre las edades de 18 a 26 años y está cubierto por el seguro de sus padres/tutores, déjenos saber si usted tiene preocupaciones acerca de la confidencialidad. Dependiendo de los servicios que usted solicite, puede que sea elegible para nuestro plan de descuento. Por favor presentar comprobante de ingresos junto con este formulario.
- 4 **Prefiero no declarar mis ingresos o utilizar mi seguro. Estoy de acuerdo en pagar la tarifa completa de todos los servicios.** Es necesario pagar al tiempo de sus servicios. Le podemos ofrecer el descuento "pagar hoy" en muchos de los servicios ofrecidos.
- 5 **No quiero que mis padres / guardián sepan que recibo servicios aquí y tengo 19 años de edad o menos.** Women's Health mantiene cualquier y toda información acerca de usted y los servicios que recibe aquí estrictamente confidencial como es requerido por la ley. Si piensa acceder nuestros servicios de aborto, el estado de Colorado requiere notificación a los padres, sin embargo, hay excepciones. Por favor, pregunte a un miembro del personal si se esto es un problema para usted.

Pago de servicios:

El pago se espera en el momento del servicio, incluyendo, deducibles y co-pagos. Métodos de pagos aceptados incluyen: efectivo, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard o Discover), cheques (para algunos servicios) y giros postales. Si paga con cheque y el cheque devuelto por insuficiencia de fondos, se le añadirá un cargo por servicio de \$20 adicionales a su saldo.

Por favor documentar todas las fuentes de ingresos para cerciorarnos de que a usted no se le haga un sobrecargo. Aunque vaya a usar seguro médico, déjenos saber sus ingresos. Algunos de los servicios son elegibles para descuentos o ajustes adicionales en el caso de que su seguro no pague por sus servicios.

¿Tiene empleo? No Sí Ocupación: _____

Ingresos personales: Por hora tarifa \$ _____ horas promedio trabajadas / semana _____ salario anual \$ _____

Pareja/cónyuge ingresos: Por hora tarifa \$ _____ horas promedio trabajadas / semana _____ salario anual \$ _____

Tengo los ingresos adicionales siguientes:

- Prestaciones por desempleo \$ _____/mes
- Apoyo de la familia (para renta o gastos) \$ _____/mes
- Ahorros / herencia \$ _____/mes
- Manutención de los hijos /pensión alimenticia \$ _____/mes
- Discapacidad o Seguridad Social \$ _____/mes
- Otro: _____ \$ _____/mes

¿Cuántas personas, *incluyéndote a ti*, son apoyados con los ingresos reportados? _____

PARA USO DEL PERSONAL	
Quarter 1 2 3 4	Verified by: _____
Calculated personal income:	_____ month / year
Calculated partner income:	_____ month / year
Additional income:	_____ month / year
TOTAL INCOME:	_____ month / year
Income Level	1 2 3 4 5 Insured
Verification?	Yes No _____

Updated 1/2016

VOLTEAR HOJA→→→→→

Seguros:

Si usted está usando seguro, tenga en cuenta que no se puede asegurar confidencialidad total de la información relacionada con su visita. Esto es porque normalmente se enviará un comunicado de sus servicios a la compañía de seguros y a su dirección registrada a la compañía de seguros. Si desea que estas declaraciones sean enviadas a una dirección diferente, es su responsabilidad contactar directamente a su compañía de seguros. Si usted tiene un balance pendiente después de que hemos contactado a su compañía de seguros, le enviaremos un estado de cuenta a su dirección.

Muchas compañías de seguros tienen limitaciones que puedan afectar su cobertura. Es su responsabilidad saber qué servicios de salud están cubiertos por su póliza de seguro particular. Esto incluye los requisitos y las políticas en relación a: referencias, autorizaciones previas, copagos, coseguro, deducibles y beneficios. Preguntas acerca de su cobertura deben orientarse a su administrador de su plan de seguro. **El personal y los proveedores de Women’s Health no sabe lo que es o no cubierto por su plan específico.**

Usted tiene que pagar el copago en el momento del servicio. También podemos requerir que usted pague una porción de su deducible o coseguro si su compañía de seguros dice que debe uno. Después facturamos a su compañía de seguros, usted es responsable de pagar cualquier monto no cubierto por su compañía de seguros. Si tu compañía de seguros le niega su reclamo, usted será responsable por el saldo de su cuenta en su totalidad.

Favor de inicial abajo:

___ Solicito y asigno todos los pagos de beneficios autorizados se hagan en mi nombre al centro de salud Boulder Valley Women’s Health Center (BVWHC) por cualquier servicio que recibo. Yo autorizo a BVWHC apelar reclamos en mi nombre si el reclamo o el pago es negado.

_____ Entiendo que no todos los servicios están cubiertos bajo los planes de salud. **Si mi plan de salud no cubre un servicio o procedimiento, o si mi visita está sujeto a un deducible o coseguro es mi responsabilidad para pagar esos cargos.** En el transcurso de su cuidado podemos recomendar pruebas adicionales o servicios — esto pueden resultar en cargos adicionales.

_____ Entiendo que algunos exámenes rutinarios, incluyendo pero no limitado a: administración de anticonceptivo, análisis de orina y ciertas inyecciones no pueden estar cubiertas por algunas compañías de seguros. **Entiendo y acepto que seré responsable de pagar por servicios que no son pagados por mi compañía de seguros.**

_____ Entiendo que todo cargo de laboratorio fuera de aquí (análisis de sangre, cultivos, biopsias y patología) no están incluidos en mi visita al consultorio y se facturará a mi seguro por separado por el laboratorio. El laboratorio le facturará / tu seguro según su tarifa de cual Women’s Health no tiene control. BVWHC no es responsable por estos cargos.

Por favor llene la siguiente información sobre sus pólizas de seguro. Presente su tarjeta del seguro a la recepcionista en cada visita.

Nombre de compañía de seguros principal: _____

Número de suscriptor o miembro: _____ número de grupo: _____

¿De quién es la póliza?: Mia Padres Cónyuge/ pareja Guardián Otros _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: XXX-XX-_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de compañía de seguros secundario: _____

Número de suscriptor o miembro: _____ número de grupo: _____

¿De quién es la póliza?: Mia Padres Cónyuge/ pareja Guardián Otros _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: XXX-XX-_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

TODOS LOS PACIENTES, FIRMAR ABAJO:

Su firma indica que ha leído y está de acuerdo con la anterior política financiera. Usted está certificando que la información que ha proporcionado es exacta al mejor de sus conocimientos.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____