

Indicaciones como llegar e Información sobre el Estacionamiento

INDICACIONES COMO LLEGAR - SI MANEJA:

Autopista Harbor (110) al Sur: Use la **Salida 22B** hacia la **Calle 9 / Convention Center**; vaya **ligeramente a la izquierda** hacia el **Oeste de la calle "8th Place"** siga derecho y vaya hacia la **Bvd. James M Woods**, la cual se convierte en el **oeste de la Calle 9**. Siga sobre el **Oeste de la Calle 9** por 3 cuadras, y después de vuelta a la **derecha** hacia el **Sur de la Avda. Grand**. Viaje 5 cuadras, de vuelta a la **derecha** hacia la entrada del estacionamiento en el: **1513 Sur de la Avda. Grand**, pase justo el cruce peatonal hacia el círculo de entrada del California Hospital Medical Center. Si se le pasó la entrada, proceda por media cuadra hacia el Blvd. Venice y de vuelta a la derecha, después de vuelta a la derecha en la Calle Hope y a la derecha de nuevo hacia el camino de entrada del estacionamiento.

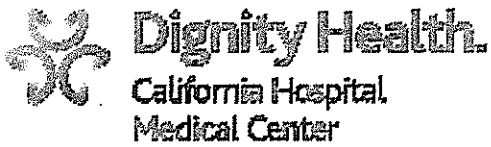
Autopista Harbor (110) al Norte: Use la salida del **Bvd. Adams (Salida 20C)** de vuelta a la **izquierda** hacia el **Oeste del Blvd. Adams**. Justo pasando el 110, de una **vuelta leve** hacia la derecha (cerca de la Flower), después de otra **vuelta leve a la derecha** hacia la **Sur de la Calle Figueroa** de vuelta a la **derecha** hacia la **Bvd. Pico**. De vuelta a la **derecha** hacia el **Sur de la Avda. Grand**. Viaje 1 cuadra, de vuelta a la **derecha** hacia la entrada del estacionamiento en el: **1513 Sur de la Avda. Grand**, pase justo el cruce peatonal hacia el círculo de entrada del California Hospital Medical Center. Si se le pasó la entrada, proceda por media cuadra hacia el Blvd. Venice y de vuelta a la derecha, después de vuelta a la derecha en la Calle Hope y a la derecha de nuevo hacia el camino de entrada del estacionamiento.

Autopista Santa Mónica (10) al Este: **Salga en la Avenida Grand, cruce la Grand** (es calle de un solo sentido), viaje 1 cuadra, después de vuelta a la **izquierda** sobre la calle Olive. Viaje 2 cuadras, después de vuelta a la **izquierda** en la **Bvd. Venice**. Viaje 2 cuadras (pase la Avda. Grand), **de vuelta a la derecha en la calle Hope**, después a la **derecha** hacia el **camino de la entrada del estacionamiento**.

Autopista Santa Mónica (10) al Oeste, salga por la Calle Los Angeles (salida 14A) y continúe en forma paralela por la autopista por 3 cuadras (la Calle Los Angeles se convierte en la Calle 17) **de vuelta a la derecha hacia la Calle Olive**, viaje por 3 cuadras después de vuelta a la **izquierda** en la **Calle 14**. Viaje 1 cuadra, de vuelta a la **izquierda** en la **Avenida Grand** después viajar media cuadra, de vuelta a la **derecha** a la entrada hacia el estacionamiento en el: **1513 Sur de la Avenida Grand**, pase justo el cruce peatonal hacia el círculo de entrada del California Hospital Medical Center. Si se le pasó la entrada, proceda por media cuadra hacia el Blvd. Venice y de vuelta a la derecha, después de vuelta a la derecha en la Calle Hope y a la derecha de nuevo hacia el camino de entrada del estacionamiento.

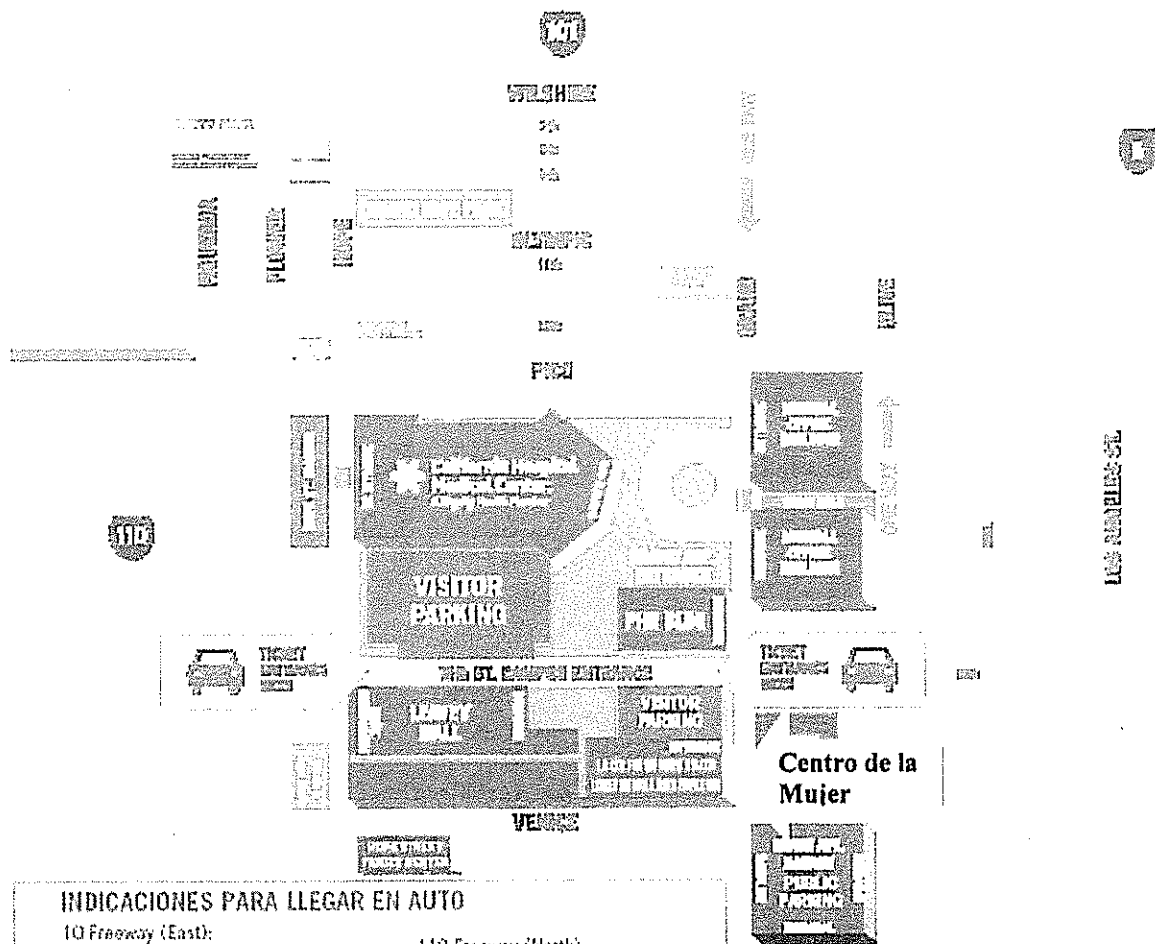
Nota:

- **La Avenida Grand es una calle de un solo sentido hacia el sur.**
- **La entrada al estacionamiento tiene acceso a través de las calles Hope y Grand.**
- **Recoja el boleto de estacionamiento en la entrada.**
- **El estacionamiento más cercano esta en el terreno debajo del Centro o enfrente al Centro por la Grand y Venice**



1401 South Grand Ave.
Los Angeles, CA 90015
www.chmcla.org
(213) 748-2411

MAPA DE LOCALIDAD



INDICACIONES PARA LLEGAR EN AUTO

10 Freeway (East):

Salga en Grand Ave. Haga un ligero giro a la derecha en 18th St. Gire a la izquierda en Clive St. Gire a la izquierda en 14th St. Gire a la izquierda en Grand Ave.

10 Freeway (West):

Exit Los Angeles St. Stay straight to go onto Salga en Los Angeles St. Siga derecho hasta E 17th St. Gire a la derecha en Clive St. Gire a la izquierda en 14th St. Gire a la izquierda en Grand Ave.

110 Freeway (North):

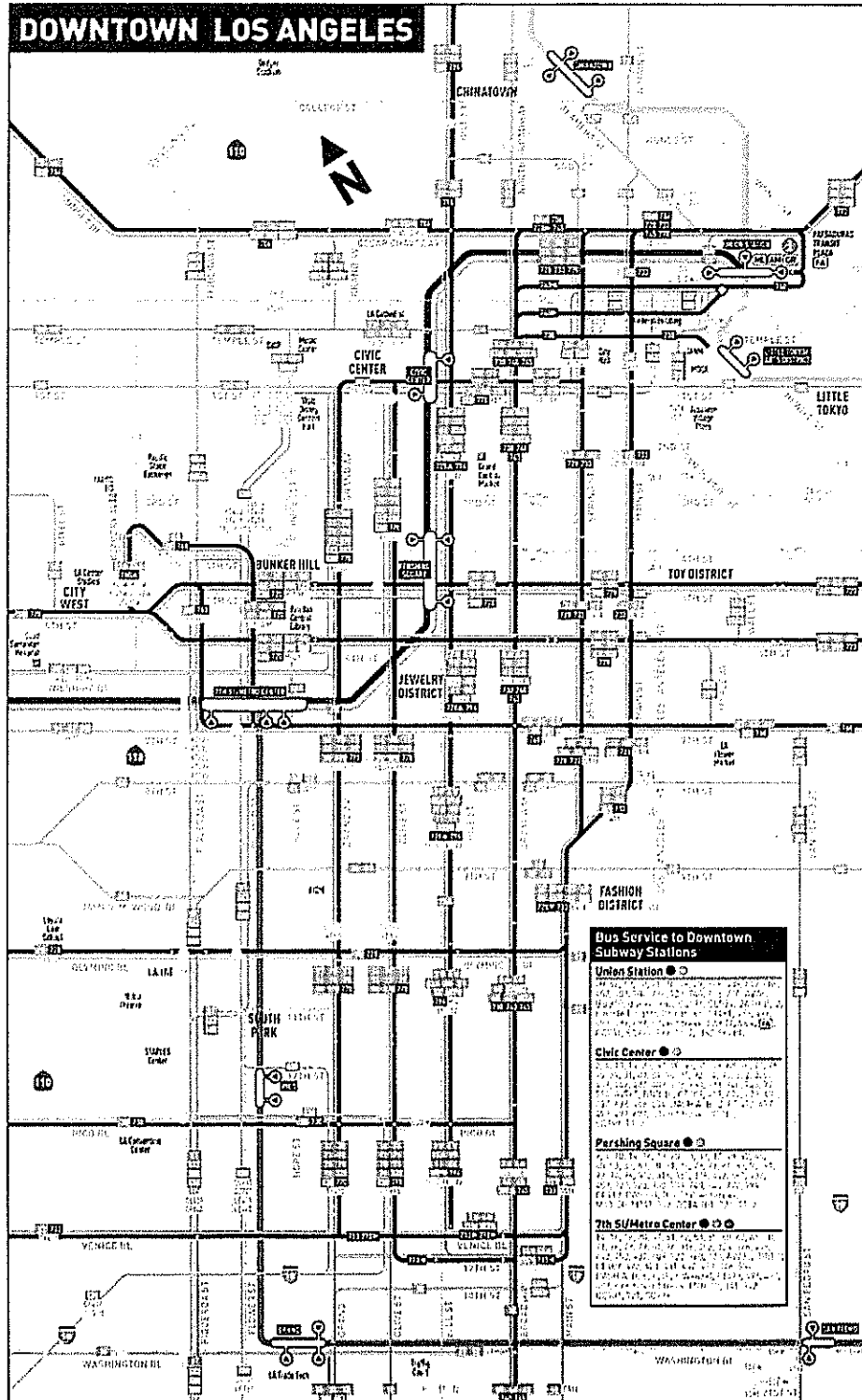
Tome por la salida de Santa Monica Freeway/10. Salga por la izquierda en dirección a Pico Blvd. Siga derecho hasta LA Live Way. Gire a la derecha en Pico Blvd. Gire a la derecha en Grand Ave.

110 Freeway (South):

Salga en 9th Street. Gire a la derecha en Grand Ave.

Ruta de camiones y del tren- Metro- hacia el centro de Los Angeles

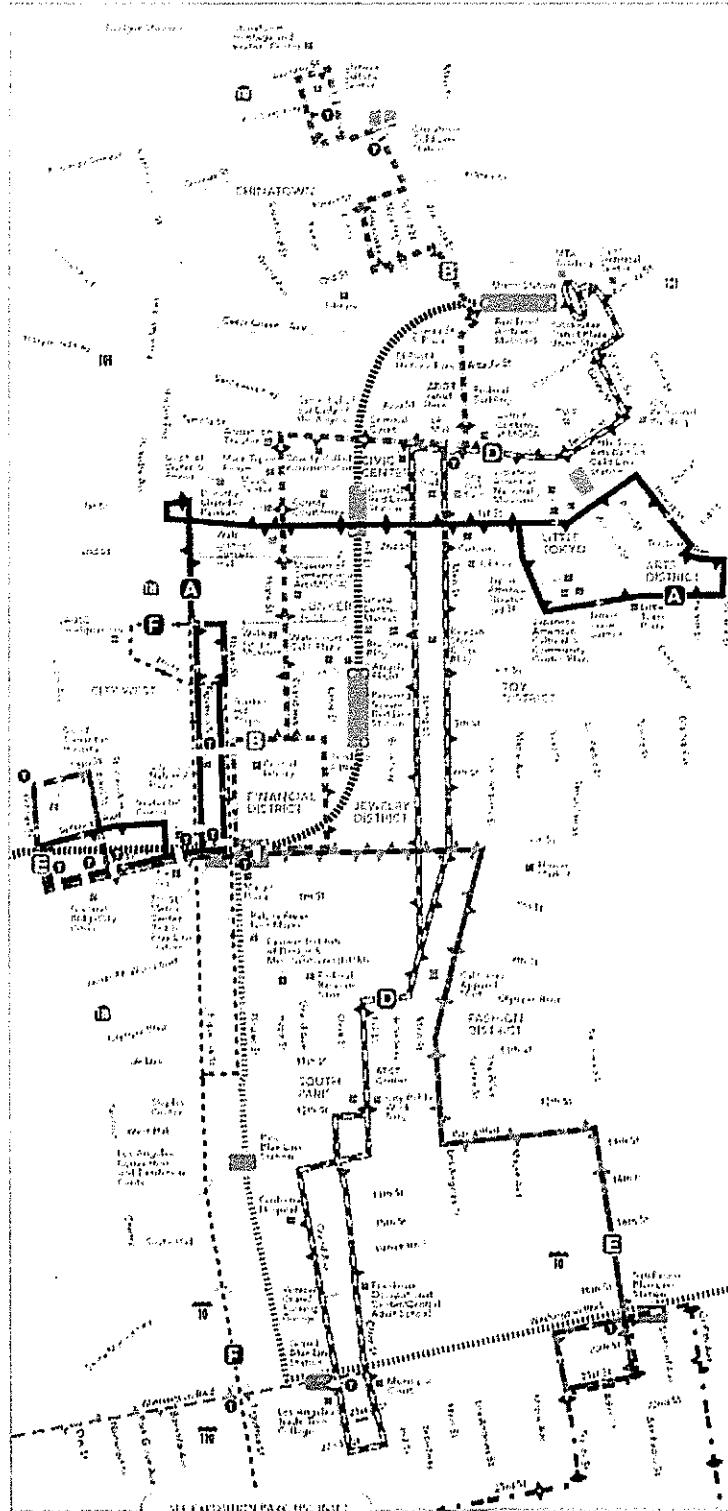
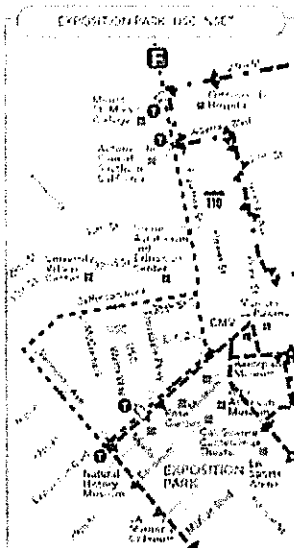
Las estaciones más cercanas están en la Pico y Flower o en la Washington y Grand (Línea Azul)



Rutas del DASH al Centro de Los Angeles Mapa

LEGEND/LEYENDA

- A** ——— Route A
Little Tokyo, City West
- B** - - - - - Route B
Chinatown, Financial District
- D** ——— Route D
Union Station, South Park
- E** ——— Route E
City West, Fashion District
- F** - - - - - Route F
Financial District, Exposition Park USC
- - - - - DASH King Union/Expo Park
- - - - - DASH Union Heights/Chinatown
- - - - - DASH South-east
- - - - - DASH King-east
- ||||| Metro Blue Line
- ||||| Metro Red Line
- ||||| Metro Gold Line
- ▲ Bus stop (number route color)
- Multiple route stop
- Point of interest
- T Transfer Point
- Metro Station and branches
- () Tunnel



La
estación
más
cercana
está en
Grand y
Venice

Cuestionario de Salud para Nuevos Pacientes

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de llenado: _____

Querido paciente:

Para poder ofrecerle un cuidado óptimo necesitamos entender su estado total de salud y su historial médico. Tomando esto en cuenta, agradeceremos que dedique diez o veinte minutos a llenar este cuestionario de salud general.

Resumen de sistemas

Para la sección de **Resumen de Sistemas**, por favor indique "Sí" si usted actualmente está experimentando el síntoma o si ha experimentado el síntoma en los últimos tres meses.

Por favor llene el círculo apropiado completamente. Por ejemplo..... Sí No

General

Escalofríos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cambios en el apetito	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Aumento de peso.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sudores nocturnos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Pérdida de peso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Trastornos del sueño	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Mareos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dolor de cabeza frecuente o persistente....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Fatiga	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Piel

Acné	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Piel reseca.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Erupciones.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Decoloración.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Nuevos lunares o verrugas en la piel ...	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Eczema	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Comportamiento

Ansiedad.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Depresión	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Abuso mental o físico.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Pensamientos suicidas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Alucinaciones auditivas/visuales	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trastornos de alimentación	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Neurológico

Adormecimiento u hormigueo en pies o manos.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Pérdida de memoria	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dificultad con equilibrio / caídas frecuentes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Desmayos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Temblor	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Convulsiones	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dolor	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Vértigo	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Nombre del Paciente: _____

Endócrino

Intolerancia al calor..... Sí No Sed excesiva Sí No
Intolerancia al frío Sí No Orina con frecuencia..... Sí No

Ojos

Destellos de luz en el campo visual Sí No Disminución de la vista Sí No
Objetos que flotan en el campo visual Sí No Vista borrosa Sí No
Presión elevada Sí No Ojos reseca..... Sí No

Oídos / Nariz / Garganta

Disminución de capacidad auditiva..... Sí No Boca seca..... Sí No
Zumbido en los oídos..... Sí No Dificultad para tragar Sí No
Dolor de oído Sí No Garganta irritada..... Sí No
Dolor o infección de senos nasales..... Sí No Glándulas inflamadas Sí No

Alergia

Comezón Sí No Estornudos Sí No
Urticaria Sí No Ojos llorosos..... Sí No

Respiratorio

Resuello..... Sí No Tos seca..... Sí No
Falta de aliento en reposo..... Sí No Tos productiva (con flema) Sí No
Falta de aliento al esforzarse Sí No Tos con sangre..... Sí No

Cardiovascular

Falta de aliento estando acostado Sí No Dolor de pecho en reposo Sí No
Latido irregular..... Sí No Dolor de pecho al esforzarse.. Sí No
Palpitaciones Sí No Tobillos inflamados Sí No

Vascular periférico

Disminución en la sensación de manos y pies .. Sí No Úlceras en pies o piernas Sí No
Manos o pies fríos..... Sí No Dolor de piernas al caminar . Sí No

Senos

Dolor en el seno..... Sí No Enrojecimiento de la piel.. Sí No
Secreción del pezón Sí No Ganglios linfáticos dilatados Sí No
Pezón retraído o invertido Sí No Masa en el seno Sí No

Nombre del Paciente: _____

Ginecológico

Bochornos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Periodos irregulares.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Flujo o comezón vaginal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Periodos tardíos o ausentes	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Sangrado vaginal entre periodos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Periodos abundantes.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Relaciones sexuales dolorosas.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Periodos dolorosos.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Gastrointestinal

Acidez / indigestión	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Estreñimiento.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Náusea	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Diarrea.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Dolor abdominal.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sangre en excremento.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Vómito	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sangrado rectal	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Urinario

Incontinencia urinaria.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sangre en la orina	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cambio en la fuerza del flujo.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Dolor al orinar	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Hematología (sangre)

Le salen moretones fácilmente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Sangrado prolongado	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------

Músculos y esqueleto

Dolor en articulaciones.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Calambres en piernas.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Inflamación en articulaciones.....	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Dolores musculares	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

Antecedentes ginecológicos

Edad en que tuvo su primer periodo

Fecha del último periodo.....

Uso de pastillas anticonceptivas

Si respondió Sí, por cuántos años

Uso de terapia de reemplazo de hormonas

Si respondió Sí, por cuántos años

Total de embarazos

Número de nacimientos vivos

Número de abortos espontáneos

Número de abortos inducidos

Número de cesáreas

Número de embarazos ectópicos

Su edad al nacer el primer hijo.....

Nombre del Paciente: _____

Historial médico

Para su **Historial médico**, por favor indique si alguna vez le han diagnosticado o le han dado tratamiento para alguna de las siguientes enfermedades.

	Sí		Sí
Asma	<input type="radio"/>	Túnel carpiano	<input type="radio"/>
Bronquitis.....	<input type="radio"/>	Apnea del sueño	<input type="radio"/>
Hipertiroidismo.....	<input type="radio"/>	Cálculos en riñón	<input type="radio"/>
Hipotiroidismo	<input type="radio"/>	Enfermedad del riñón.....	<input type="radio"/>
Tuberculosis	<input type="radio"/>	Enfermedad autoinmune.....	<input type="radio"/>
Trombosis / Coágulos de sangre	<input type="radio"/>	VIH/SIDA.....	<input type="radio"/>
Venas varicosas	<input type="radio"/>	Lupus.....	<input type="radio"/>
Diabetes, tipo I (dependiente de insulina)	<input type="radio"/>	Hepatitis B.....	<input type="radio"/>
Diabetes, tipo II (no dependiente de insulina)	<input type="radio"/>	Hepatitis C	<input type="radio"/>
Soplo en el corazón	<input type="radio"/>	Prolapso de válvula mitral	<input type="radio"/>
Hipercolesterolemia / colesterol alto.....	<input type="radio"/>	Fibrilación auricular	<input type="radio"/>
Hipertensión / alta presión	<input type="radio"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="radio"/>
Enfermedad coronaria / angina.....	<input type="radio"/>	Derrame cerebral	<input type="radio"/>
Papanicolau anormal	<input type="radio"/>	Masa ovárica.....	<input type="radio"/>
Sangrado uterino anormal.....	<input type="radio"/>	Prolapso de órganos pélvicos	<input type="radio"/>
Artritis	<input type="radio"/>	Osteoporosis.....	<input type="radio"/>
Artritis reumatoide.....	<input type="radio"/>	Gota.....	<input type="radio"/>
Enfermedad neurológica.....	<input type="radio"/>	Esclerosis múltiple	<input type="radio"/>
Trastorno de ansiedad / ataques de pánico	<input type="radio"/>	Abuso de alcohol.....	<input type="radio"/>
Esquizofrenia.....	<input type="radio"/>	Abuso de drogas.....	<input type="radio"/>
Depresión / manía / enfermedad bipolar	<input type="radio"/>		

Otras enfermedades diagnosticadas:

Salud preventiva (indique la fecha de su último estudio)

	Fecha (Mes/Año)		Fecha (Mes/Año)
Papanicolau.....	_____	Densidad de huesos	_____
Mamografía.....	_____	Análisis del colesterol.....	_____
Colonoscopia.....	_____		_____

Nombre del Paciente: _____

Historia social

Consumo de alcohol

Frecuencia Menos de 1 bebida por sem. 2-3 bebidas a la semana
 1 bebida al día 2 ó 3 al día Más de 3 al día

Uso de tabaco

¿Fuma usted? Sí No ¿Cuántos cigarrillos al día? _____

Hospitalizaciones y cirugías

Mes / Año	Razón

Alergias (incluyendo lidocaína, otros anestésicos tópicos, suero de caballo)

Sustancia	Reacción

Medicamentos actuales (incluyendo aquéllos que no requieren receta médica, vitaminas y suplementos de nutrición)

Nombre	Concentración	Cantidad	Frecuencia	Fecha Inicio	Fecha en que terminó

Nombre del Paciente: _____

Historia médica familiar

Miembros de la Familia	Estado (V / F / D) Vivo, Fallecido, Se Desconoce	Historia Familiar											Otro
		Edad en que cada miembro fue diagnosticado											
		Cáncer de seno	Cáncer de ovario	Cáncer uterino	Cáncer de colon	Cáncer de próstata	Cáncer del estómago	Cáncer pancreático	Melanoma	Enfermedad del corazón	Alta presión	Diabetes	
<i>Ejemplo</i>	A	62									51		Linfoma (68)
Familia paterna	Padre		n/a	n/a									
	Abuelo		n/a	n/a									
	Abuela					n/a							
	Tía					n/a							
	Tío			n/a	n/a								
Familia materna	Madre					n/a							
	Abuelo			n/a	n/a								
	Abuela					n/a							
	Tía					n/a							
	Tío			n/a	n/a								
Personal	Yo					n/a							
	Hermana					n/a							
	Hermano			n/a	n/a								

Mammogram Ultrasound Procedure Provider DEXA

Los Angeles Center for Women's Health
Mammography Questionnaire (Please complete highlighted areas)
Cuestionario de Mamografía (Por favor complete el área resaltada)

Patient's Name <i>(Nombre de Paciente)</i>		Date of Birth <i>(Fecha de nacimiento)</i>	
Home Phone <i>(Teléfono de casa)</i>		Cell Phone <i>(celular)</i>	
Address <i>(Dirección)</i>		Primary Language <i>(Idioma primario)</i> English / Español / Other	
City, State, Zip <i>(Ciudad, Estado, Código postal)</i>		Referring Physician <i>(Medico Remitente)</i>	
Prior Imaging Information <i>(Información de imágenes anterior)</i>			
First Mammogram? <i>(Primera Mamografía?)</i>	If No, when and where did you have your last Mammogram? <i>(Si no, cuando y adonde fue su última mamografía?)</i>		
Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i>	Date <i>(fecha)</i> _____	Location <i>(Lugar)</i> _____	
Did you bring films with you today? <i>(Trajo su placas hoy?)</i>		Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i>	
If no, please sign a release of records so we can request these films <i>(Si no, favor de firmar un autorización de uso o divulgación de información privada de salud para solicitar sus imágenes.)</i>			Films requested _____
Patient History Information <i>(Información de historia de el paciente)</i>			
Personal History of Breast Cancer? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. Ha tenido cáncer en el seno?)</i>	Right <i>(Derecho)</i> _____	Left <i>(Izquierdo)</i> _____	Age at diagnosis? <i>(Edad de diagnóstico?)</i> _____
Personal History of Breast Biopsy? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(A Ud. le han hecho una biopsia en el seno?)</i>	Right <i>(Derecho)</i> _____	Left <i>(Izquierdo)</i> _____	Diagnosis? <i>(Diagnóstico?)</i>
Family History of Breast Cancer? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Alguien en su familia con cáncer en el seno?)</i>	If yes, who? <i>(Si si, quien?)</i> _____		Age at diagnosis? <i>(Edad de diagnóstico?)</i> _____
When was your last menstrual period? <i>(Fecha de última menstruación?)</i> _____	Late Child Bearing (after 30)? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Maternidad tardía después de los 30 años?)</i>		
History of Endometrial Cancer? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. ha tenido cáncer endometrial?)</i>	History of Ovarian Cancer? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. ha tenido cáncer en los ovarios?)</i>		
Estrogen Usage? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. usa estrógeno?)</i>	Hormonal Contraceptives Usage? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. usa anti conceptúas hormonales?)</i>		
Progesterone Usage? Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. usa progesterona?)</i>	Tamoxifen Usage Yes <i>(Si)</i> No <i>(No)</i> <i>(Ud. usa Tamoxifen?)</i>		
Reason for Today's Exam			
<input type="checkbox"/> Annual Screening (No new problems)		<input type="checkbox"/> Diagnostic	

I attest that the information I have provided on this form is true to the best of my knowledge.
(Testifico de que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera de lo mejor de mi conocimiento.)

Patient's Signature _____ Date _____
(Firma del paciente) (Fecha)

Technologist Performing Exam _____ Date _____

CAD: Yes / No

Demográfica / Para Registrarse

Fecha de Hoy: _____

Nombre Legal Completo: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección-donde recibe correspondencia - Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Domicilio donde vive (si es diferente a donde recibe la correspondencia) - Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Correo Electrónico: _____

Idioma Principal: _____ ¿Ocupa interprete? Si No

Origen Étnico: Caucásico Afro-Americano Hispánico Asiático Nativo Americano _____

Estado Civil: Casada Divorciada Separada Legalmente Soltera Viuda Pareja Doméstica

Lugar de Nacimiento: _____ Preferencia Religiosa: _____

Nombre y Apellido de su Médico de Cabecera: _____

Tel. de su Médico de Cabecera: _____ Ciudad: _____

Nombre de la Farmacia de su Preferencia: _____ Teléfono: _____

Domicilio de la Farmacia: _____ Ciudad: _____

La declaración de voluntades anticipadas

La declaración de voluntades anticipadas, también llamada directiva o directriz anticipada o testamento vital, es un documento que le permite expresar sus deseos para su atención médica futura y además nombrar a una persona para que tome decisiones por usted sobre asuntos médicos si usted ha perdido la capacidad de decidir.

Tengo una declaración de voluntades anticipadas (*Por favor traiga un copia cuando acuda a su cita para archivarla.)

No tengo una declaración de voluntades anticipadas pero deseo mayor información para formularla.

No tengo una declaración de voluntades anticipadas y por el momento no deseo formularla.

Quién le Remitió

- ¿Cómo se enteró sobre nuestro centro? Compañía de Seguro Médico Un Pariente Amigo
 En la Internet Facebook Periódico Radio TV
 Médico que le remitió – Nombre y Apellido: _____

Domicilio del Médico: _____

Empleo

- Empleada Jubilada Desempleada Servicio Militar Activo

Empleador del Paciente: _____

Ocupación/Puesto del Paciente: _____

Seguro Médico

- Subscritor: Usted misma Cónyuge Pareja Doméstica Padres

Nombre del subscritor (si no es usted misma): _____

Empleador del subscritor (si no es usted misma): _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Tipo de Seguro: Medicare PPO POS HMO Medi-Cal Otro: _____

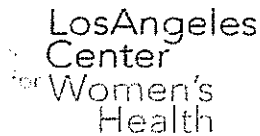
El Contacto de Emergencia

Nombre de la persona a Contactar: _____ Relación: _____

Domicilio – Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa de la persona a contactar: _____ Teléfono Celular de su contacto: _____



Los Angeles Center For Women's Health
1513 South Grand Ave, Suite 400
Los Angeles, CA 90015
213.742.6400

Informacion De Facturacion Para Los Angeles Center For Women's Health (LACWH)

-Los Angeles Center For Women's Health es un departamento de paciente externo de California Hospital y Dignity Health. **Usted recibira una factura de "centro medico" de CHMC y/o Dignity Health.** California Hospital tambien tiene relaciones con centros medicos fuera de el hospital. Dependiendo de el tipo de su visita y/o studios adicionales y/o studios de laboratorio usted puede recibir facturas de los siguientes centros medicos;

- *CMCLA Pathology Medical Group*
- *Hawthorne Rad Assoc Med Group*
- *Pathology Inc*
- *Quest Diagnostics*

-Los medicos son Proveedores de Cuidado Medico independientes. Los medicos que proveen cuidado para los pacientes de LACWH son proveedores de cuidado independientes y no son empleados o agentes de LACWH o California Hospital. **Usted recibira una factura adicional de "cuenta professional" de los medicos y sus servicios.**

Si tiene preguntas con respeto a las anteriores por favor pongase en contacto con:

LACWH, Eduardo Meza-213.742.6170
Departamento De Facturas De Dignity Health-888.488.7667

Asistencia financiera

Creemos que nadie debe posponer obtener la atención médica que necesita debido a que carece de seguro o tiene costos médicos altos. Es por ello que ayudamos a los pacientes a presentar solicitudes para programas de cobertura médica pública, les ofrecemos descuentos y planes de pago para pacientes sin seguro y asistencia de pago para pacientes que cumplan los requisitos por ciertos servicios hospitalarios.

Requisitos de los programas gubernamentales

Para obtener más información sobre los programas que patrocina el gobierno tales como Medi-Cal, Medicare, Healthy Families, o para pedir una solicitud, llame al número que aparece al reverso de este folleto. Las solicitudes serán disponibles en el hospital.

Descuento para pacientes sin seguro

Los pacientes sin seguro que cumplan los requisitos pagarán una tarifa reducida por ciertos servicios hospitalarios. Esta tarifa se reflejará en el primer estado de cuenta del paciente. Los pacientes sin seguro que reúnan los requisitos que se indican a continuación tendrán derecho a obtener este descuento para personas sin seguro:

- ingreso familiar anual que no exceda los \$250,000;
- el paciente no tiene seguro;
- el paciente cede los beneficios relacionados con la reclamación a Dignity Health.

Asistencia de pago de Dignity Health

Si usted no cumple los requisitos para un programa gubernamental, es posible que pueda optar al programa de asistencia de pago basado en las necesidades de Dignity Health's o al plan de pago sin intereses. Este programa es sólo para su cuenta del hospital y no cubre ninguna otra cuenta. Para obtener información adicional o una solicitud de asistencia de pago, comuníquese con nosotros al número que aparece al reverso de este folleto o diríjase a Admisión o a Registro de Pacientes.

Nuestra misión

Dignity Health y nuestras congregaciones patrocinantes están comprometidas a promover el ministerio de curación de Jesús. Dedicamos nuestros recursos a:

• Brindar servicios médicos compasivos, de alta calidad y asequibles.

• Servir y defender a nuestras hermanas y hermanos pobres y privados de sus derechos y asociarnos con otros miembros de la comunidad para mejorar la calidad de vida.

Nuestra visión

Un ministerio católico de atención de salud en crecimiento y diversificado que se distingue por una excelente calidad y está comprometido a extender el acceso a aquellos que lo necesitan.

Nuestro compromiso con usted

Servicios Financieros del Paciente está muy comprometido en asegurarse de que usted entienda sus estados de cuenta y que conozca las opciones de asistencia financiera.

• Llámenos si tiene alguna pregunta.

Cómo comunicarse con nosotros

California Hospital Medical Center
Financial Services Center
100 Avenida de la Libertad

Asesor financiero

En el hospital o en el hogar

El Departamento de Servicios Financieros tiene un personal calificado para ayudarle a comprender sus estados de cuenta.

Si tiene alguna pregunta con respecto a

su cuenta,

llámenos al

1-800-444-4444
www.DignityHealth.org/finlay



Proceso de facturación
del hospital y opciones
de ayuda de pago



Bienvenido

Gracias por preferir Dignity Health para sus necesidades médicas. Este folleto le proporcionará información sobre cómo se cobran los servicios y le informará de las opciones de ayuda de pago a su disposición.

Facturación del hospital

Servicios Financieros del Paciente se compone de varias departamentos: Admisión/Inscripción, Presupuesto Asesoramiento, y el Comercial de Cuentas Oficina.

Hemos abierto una cuenta a su nombre donde vamos a grabar todas las transacciones financieras relacionadas a su cuidado. Si usted ha proporcionado seguros información, vamos a presentar un reclamo en su nombre. Cuando la cantidad que debe se ha determinado por el hospital o la compañía de seguros le enviaremos Es usted un "Saldo debido" notificación, como el impreso a la derecha.

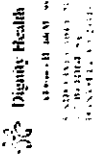
Usted puede recibir estados de cuenta por médicos o del personal clínico que participaron en su cuidado. Esto podría incluir Médicos de Emergencia, Anestesiólogos, radiólogos, Salud en el Hogar, Hospicio y / o patólogos. Estos médicos pueden tener diferentes convenios con su seguro empresa que puede llevar a cuentas adicionales. Si usted no tiene seguro o tiene altos costos médicos, Usted también puede calificar para un descuento en su médico factura de su sala de emergencias médico. Para obtener más información, póngase en contacto con su médico.

Nuestra asesoría financiera y personal de registro le puede ayudar con una estimación de lo que sus cargos serán antes de recibir atención médica. Estas cifras son sólo estimaciones, ya que es difícil anticipar los servicios exactos que un paciente puede recibir en realidad.

A pagar el estado en línea visite:
www.dignityhealth.org/billing

Comprensión de su cuenta

Acceptamos efectivo, tarjetas de crédito, giros postales, cheques de caja o cheques personales como forma de pago. Si usted no puede pagar su factura, o si desea establecer un plan de pago, por favor no dude en pedir ayuda. Si desea una factura detallada, se puede solicitar después de salir del hospital llamando a la oficina de negocios que aparece en la parte posterior de este folleto. Estamos aquí para ayudar.



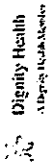
Esto lo es su # de WID.

Por favor Usar él cuando Usar el Automate Teléfono Sistema.

Esto lo es uno Sumario de Tus cargos Y ninguno Pagos o Ajustes Hacer.

Dignity Health
123 MAIN ST
ANY CITY, CA 95691
1-866-397-9272
www.dignityhealth.org
Printed on Recycled Paper with 10% Recycled Content
© 2011 Dignity Health. All rights reserved.

WID Number: 1234567890
Account Summary
Ins. ID: 12345678
Member: John Doe
Address: 123 Main St, Any City, CA 95691
Phone: 123-456-7890
Email: john.doe@example.com
Primary Insurance: SAMPLE INSURANCE 1
Group Number: 12345678
Secondary Insurance: SAMPLE INSURANCE 2
Group Number: 87654321
Policy Number: 987654321
Effective Date: 01/01/2011
Expiration Date: 12/31/2011



WID Number: 12345678
Account Summary
Ins. ID: 12345678
Member: John Doe
Address: 123 Main St, Any City, CA 95691
Phone: 123-456-7890
Email: john.doe@example.com
Primary Insurance: SAMPLE INSURANCE 1
Group Number: 12345678
Secondary Insurance: SAMPLE INSURANCE 2
Group Number: 87654321
Policy Number: 987654321
Effective Date: 01/01/2011
Expiration Date: 12/31/2011

16490000012345678000100005

Balance Due Notice - Insured
01/11/15
For Account Summary, please see page 2.
WID Number: 12345678
Account Summary
Ins. ID: 12345678
Member: John Doe
Address: 123 Main St, Any City, CA 95691
Phone: 123-456-7890
Email: john.doe@example.com
Primary Insurance: SAMPLE INSURANCE 1
Group Number: 12345678
Secondary Insurance: SAMPLE INSURANCE 2
Group Number: 87654321
Policy Number: 987654321
Effective Date: 01/01/2011
Expiration Date: 12/31/2011

WID Number: 12345678
Account Summary
Ins. ID: 12345678
Member: John Doe
Address: 123 Main St, Any City, CA 95691
Phone: 123-456-7890
Email: john.doe@example.com
Primary Insurance: SAMPLE INSURANCE 1
Group Number: 12345678
Secondary Insurance: SAMPLE INSURANCE 2
Group Number: 87654321
Policy Number: 987654321
Effective Date: 01/01/2011
Expiration Date: 12/31/2011

Questions - Please Call (866) 397-9272

WID Number: 12345678
Account Summary
Ins. ID: 12345678
Member: John Doe
Address: 123 Main St, Any City, CA 95691
Phone: 123-456-7890
Email: john.doe@example.com
Primary Insurance: SAMPLE INSURANCE 1
Group Number: 12345678
Secondary Insurance: SAMPLE INSURANCE 2
Group Number: 87654321
Policy Number: 987654321
Effective Date: 01/01/2011
Expiration Date: 12/31/2011

16490000012345678000100005

Esto lo es tu Descripción personal La Cantidad, por favor Tenlo disponible When llamar tu Mirar tu Cuenta.

Llama este número Si tu tienes ninguno Las cuestiones aproximadamente Tu cuenta.

Este balance Ser pagadero y pagadero sobre el recibo de tu Declaración.



California Hospital Medical Center

1401 S. Grand Ave
Los Angeles, CA 90015**Autorización de Uso o Divulgación
de Información Privada de Salud**

Este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información sobre su salud. En caso de no proporcionar toda la información requerida, esta solicitud podría resultar anulada.

Uso o Divulgación de Información Privada de Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres que utilice: _____ Número de teléfono: _____

Número de expediente médico o de cuenta: _____

(Para uso del hospital únicamente)

YO AUTORIZO A: _____
(Institución u otro Proveedor)PARA DIVULGAR A: _____
(Personas/organizaciones autorizadas para *recibir* la información)en la siguiente dirección: _____
(calle, ciudad, estado y código postal)

la información contenida en los expedientes que se especifican a continuación
(marque la casilla y escriba sus iniciales en la línea):

_____ Expedientes de salud mental o de tratamiento por discapacidad
del desarrollo (excluye notas de psicoterapia)

_____ Expedientes de tratamiento por abuso de sustancias

_____ Resultados de análisis de VIH (este documento autoriza la
divulgación de resultados de análisis de laboratorio únicamente)

Note que su expediente puede incluir información concerniente a su status de VIH, aunque no escriba sus iniciales en esta línea).

LOS SIGUIENTES EXPEDIENTES, tipos específicos de información de salud, o expedientes para la(s) fecha(s) de tratamiento específicas [marque la(s) casilla(s) que corresponda(n)]:

Registros de facturación
Reportes de Sala de Emergencias
Reportes de Procedimientos
Reportes de Consulta
Historial y Examen Médico
Notas de Progreso
Informe de Alta
Análisis de Laboratorio
Reportes de Rayos X

Fecha(s): _____
Otro: _____

TODOS LOS REGISTROS concernientes a mi tratamiento, hospitalización y cuidado como paciente externo. Se requiere una autorización por separado para el uso o divulgación de notas de psicoterapia o información de investigación de salud.

PROPÓSITO: El propósito y limitaciones (si existiera alguna) del uso o divulgación solicitados es:

A petición del paciente o su representante personal; Ú
Otro: _____

VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá automáticamente en un (1) año a partir de la fecha de ejecución a menos que se especifique una fecha diferente:

(anotar fecha)

M

IS DERECHOS:

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. El rehusarme no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago, o mi elegibilidad para beneficios o prestaciones.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito a la siguiente dirección: CHMC HIM, 1401 S. Grande Ave. LA. CA 90015
Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, salvo en la medida en que otros hayan actuado conforme a dicha autorización.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

La información divulgada conforme a esta autorización podría ser re-divulgada por el destinatario. Dicha re-divulgación no está protegida en algunos casos por la ley de California y no puede ser protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Si esta autorización es para la divulgación de información de abuso de sustancias, se le prohíbe al destinatario divulgar la información según 42 C.F.R. parte 2.

FIRMA: _____ Fecha: _____
(Paciente o representante personal)

Nombre del representante personal del paciente

Parentesco con el paciente

Identificación del paciente /
representante verificada. Iniciales: _____ Depto: _____

Nota: Si la información de tratamiento de abuso de sustancias está protegida por las reglas federales de confidencialidad, se deben proporcionar las siguientes declaraciones de prohibición de re-divulgación al destinatario de la información:

Las reglas federales prohíben al destinatario divulgar la información a menos que dicha divulgación sea permitida expresamente por medio de la



Los Angeles
Center
for Women's
Health

autorización escrita de la persona a la que pertenece, o tal y como es permitido por 42 C.F.R. parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para la investigación criminal o para perseguir cualquier paciente de abuso de drogas o alcohol.

Welcome!

Welcome to the office of Darlene Morrissey, DO, a practice dedicated to the care of pelvic floor disorders affecting women. Dr. Morrissey is uniquely trained to provide specialty consultation and management of the full spectrum of female pelvic floor disorders including pelvic organ prolapse, urinary incontinence, overactive bladder, incomplete bladder emptying, difficult defecation, accidental bowel leakage, painful bladder syndrome, recurrent urinary tract infections, urethral diverticulum, and fistulas. She takes pride in keeping ahead of the latest innovations to bring patients the most current therapies and minimally invasive procedures coupled with attention to personalized service.

On your first visit, Dr. Morrissey will carefully and thoroughly review your medical history, perform a comprehensive pelvic exam, and conduct various tests to determine and discuss the best course of treatment. One of the tests performed is known as Uroflow test, this test will help the doctor identify certain urinary difficulties. Throughout the entire process, your comfort, privacy, and health concerns will be given the utmost priority.

Preparing for the UROFLOW TEST:

1. Drink plenty of water, your bladder needs to be at its full capacity. Please be advised if you're not prepared for the test due to not having a full bladder you might need to be rescheduled for another day. In order to have a complete report, having your bladder to the fullest capacity is very important.

Prior to Your Appointment

Enclosed is a questionnaire that will help us in your evaluation and treatment. It is very important that you complete this form **before** your scheduled appointment. Please plan to arrive 1 hour before your scheduled visit to complete the information. Additionally, you need to complete the voiding diary at least 3 days before your appointment. This helps the doctor understand your daily voiding pattern by doing so, you may help minimize the number of visits you will need and will help the doctor counsel you on treatment options.

We look forward to seeing you at your upcoming visit!

You will receive a reminder call the day before your appointment to review instructions for your visit.