

**GILLETTE REPRODUCTIVE HEALTH
 APLICACIÓN DE SERVICIOS**

Nombre: _____ Email: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Años de escuela completado: _____

Estado civil: _____ Soltera _____ Casada _____ Divorciado _____ Cohabitando _____ Otro _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono _____

Relación a usted _____

Lista nombres y edades de los miembros de su hogar:

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Lugar de trabajo para usted y cada miembro adulto del hogar:

Paciente _____ Adulto # 2 _____

Adulto #1 _____ Adulto #3 _____

Ingresos mensuales para todos los miembros de la familia viviendo en casa antes de impuestos

Paciente	Adulto 1	Adulto 2	
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Empleo (talón del cheque de un empleador(s) o su declaración) de impuestos)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Seguridad social (carta de adjudicación)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Discapacidad (carta de adjudicación)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Asistencia pública (AFDC) (talónario)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	SSI (cupón de Medicaid)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Manutención (divorcio decreto o banco declaración)
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Cupones de alimentos (impresión de la tarjeta) o copia de tarjeta de crédito
\$ _____	\$ _____	\$ _____	Desempleo (talón de cheque de desempleo)

Certifico que he examinado la información anterior y a lo mejor de mi conocimiento es verdadera y correcta. Entiendo que puedo pedir la verificación de la información anterior.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Escala de honorarios: 1 2 3 4 5

CSBG Elegible: Y N

Copias apropiadas financieras recibidas: Y N N/A

02/14

Para propósitos financieros mi carta podría ser revisada por un representante de CSBG _____

Mis iniciales indican mi aprobación _____



SALUD REPRODUCTIVA
Consentimiento para servicios

Me ha explicado la necesidad de un examen ginecológico anual por un profesional médico calificado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi salud y tenerlos respondi

También entiendo que exámenes adicionales o pruebas podrán ser necesaria dependiendo de los resultados de mi examen físico. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con estos requisitos. Entiendo que debo de tener todas las pruebas adicionales. Se explicará la necesidad de esta prueba para mí, y puedo preguntar cualquier duda con respecto a estos resultados.

Además, me doy cuenta que si se toman pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) / VIH, divulgación de resultados positivos a la Agencia Estatal de salud pública es requerido por la ley

.I understand that every attempt will be made to maintain the strictest confidentiality regarding my reproductive health care, but in specific circumstances, it may be necessary to temporarily suspend that confidentiality. These instances may include, but not be limited to the following:

1. Court Order
2. Child abuse/ neglect cases
3. STD cases
4. Abnormal laboratory results or medical findings that may jeopardize my health

I understand that every attempt will be made to contact me regarding my health care. I also understand that it is my responsibility to provide the clinic with an address and telephone number where I can be reached, and to update this information as necessary. If I do not wish to be contacted at home, I will provide an alternate address and phone number where I can be reached. I hereby request that a provider authorized by GILLETTE REPRODUCTIVE HEALTH examine and/or treat me as necessary.

Client Signature _____ Date _____

Staff Signature _____ Date _____

FOR MINORS ONLY

It is the federal policy of federal funding sources that all clients under the age of 18 be encouraged to involve their parents/guardians concerning their sexual activity and reproductive health care. I have been encouraged by the staff to involve my parents concerning my medical care at this facility. Your signature on the bottom of this form does not mean your parents /guardians will be informed of your visits to this clinic.

I have also received counseling and information on how to resist attempts to engage in sexual activity.

Client Signature _____ Date _____

Staff Signature _____ Date _____

Gillette Reproductive Health
Historia de Salud

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Fecha:
---------	----------------------	-------	--------

Historial De Su Salud:

¿Quién es su proveedor de atención médica _____
¿Tiene alergias a los medicamentos? Liste:
¿Tiene otras alergias? _____
¿Qué vacunas ha tenido usted? Tétanos (cuándo) _____ Rubeola (sarampión) _____ Varicela _____ VPH (Gardasil inyección) _____ Meningitis _____ Hepatitis B _____ Gripe Anual _____
¿Ha sido hospitalizado alguna vez por enfermedad o cirugía? ¿Por qué? ¿Cuándo?
¿Con qué frecuencia ir al dentista? _____ ¿Cuándo fue la última cita con el dentista?
Escriba los medicamentos que toma actualmente (incluyendo recetas, vitaminas, suplementos o medicamentos sin receta):

Historial Médico	Ahora	Pasado	Nunca	Comentario
Anemia (deficiencia de hierro in la sangre)				
Asma, Tuberculosis u otras enfermedades de los pulmones				
Coágulos sanguíneos				
Problemas de los senos				¿Fecha de la última mamografía?
Cáncer Si es así, ¿qué tipo?				
Depresión, Ansiedad				
Diabetes				
Hepatitis (enfermedad del hígado)				
Presión arterial alta				
Convulsiones o epilepsia				
Problemas de la tiroides				
Infección de orina o de los riñones				
Dolores de cabeza (tensión o estrés)				
Dolores de cabeza tipo migraña				
¿Te gusta su peso actual?				
¿Antecedentes de anorexia o bulimia?				
¿Usted hace ejercicio con regularidad?				
¿Ha usado drogas ilegales?				
¿Alguna vez usado IV o agujas para drogarse?				
¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?				

Gillette Reproductive Health
Historia de Salud

	Ahora	Nunca	Pasado	Comentario
Actualmente, ¿tiene usted relaciones sexuales?				
¿Cuánto tiempo con su actual pareja?				
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en tu vida?				
¿Alguien ha forzado usted a tener relaciones sexuales? ¿Cuándo?				
¿Alguna vez has sido amenazado o abusado físicamente por su pareja? Si es sí, ¿cómo?				
¿Usted o su pareja tienen relaciones sexuales con otras personas?				
¿Tiene dolor o sangrado cuando se tienen relaciones sexuales?				
¿Ha tenido una prueba o tratamiento por ETS (enfermedades sexuales)?				¿cuál?

Historial Anticonceptivo
<p>Poner un círculo alrededor del control de la natalidad que usted ha utilizado en el pasado.</p> <p>Anticonceptivo de emergencia – Depo-Provera: un anticonceptivo inyectable – Píldoras -- Diafragma – Esponja Vaginal – Anillo Vaginal – DIU (el aparato) – Coito Interruptus – Condones – Espermicidas - Métodos naturales de planificación familiar – Esterilización – Parche – Implanon - Nada</p> <p>¿Cuál es su método actual de control de la natalidad? _____</p> <p>¿Quiere hablar sobre otros métodos de control de la natalidad?</p>

Historial del Embarazo	Sí	No	Comentario
¿Ha estado embarazada alguna vez?			
¿Quiere estar embarazada dentro del próximo año?			
¿Ha tenido un parto por cesárea?			
¿Cuántos embarazos?	Fecha(s)		
Bebés a término _____			
Prematuro o de bajo peso al nacer _____			
Aborto electivo/Aborto natural/parto de un feto muerto _____			
¿Cuántos hijos tiene? _____			
Historial Menstrual			
¿A qué edad empezó su regla?	¿Tiene sangrado entre regla y regla?		Sí No
¿Son regulares sus periodos?	¿Usa duchas vaginales?		Sí No
¿Cuantos días dura su periodo?	¿Ud. se examina los senos regularmente?		Sí No
Comentario:	¿Tiene dolor o otros problemas con sus periodos?		Sí No

Gillette Reproductive Health
Historia de Salud

Historial Familiar (Madre, Padre, Hermana, Hermano)				
	Sí	No	No Seguro	Comentario
¿Es usted un niño(a) adoptado(a)?				
¿Defectos congénitos? ¿Trastornos genéticos?				
¿Cancer?				
¿El dietilestilbestrol (DES)? ¿Usted o su mama?				
¿Diabetes o azúcar alta?				
¿Enfermedad cardiaca? ¿Presión alta?				
¿Derrame cerebral? (stroke)				
¿Trastorno hemorrágico? ¿Trastornos de la coagulación de la sangre?				

Esta información es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

_____ **Firma del paciente**

_____ **Firma del medico**

GILLETTE REPRODUCTIVE HEALTH

PACIENTES CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Usted tiene el derecho de:

- Se proporcionará servicios sin distinción de raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, paridad, o estado civil.
- Tratamiento confidencial de los registros y revelaciones, y se dio la oportunidad de aprobar o rechazar su divulgación a cualquier persona con excepción de lo requerido por ley o contrato de pago de terceros.
- Recibir información sobre los servicios disponibles.
- Ser informado de las políticas y las cargas de la clínica de servicios, incluyendo la elegibilidad para los reembolsos de terceros.
- Ser tratado con dignidad, respeto y privacidad en el tratamiento y la atención de necesidades personales.
- Ser informado de las disposiciones para fuera de horas y cobertura de emergencia.
- Ser informado de las condiciones médicas y planes de tratamiento.
- Una explicación clara y concisa de laicos-personas términos de todos los procedimientos propuestos. Riesgos probables y los beneficios y efectos secundarios graves.
- Se proporcionará educación y asesoramiento.
- Un consentimiento informado o la negativa a cualquier medicamento en particular, el procedimiento de prueba o tratamiento.
- Expresar quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios al personal de la clínica y de la junta de gobierno.
- Conocer los nombres del personal de la clínica.
- Se proporcionará un intérprete si usted no habla Inglés.

Es su responsabilidad:

- Mantener las citas y notificar a la clínica con anticipación cuando no pueda asistir.
- Dar información veraz.
- Cumplir con las normas y reglamentos que rigen la conducta del paciente y la responsabilidad.
- Sea consciente de los posibles efectos secundarios de su método de control de natalidad y responder apropiadamente si sospecha que un efecto secundario grave.
- Comprender el método elegido de la anticoncepción y el uso responsable.
- No se le niega los servicios basados en la capacidad de pago. Sin embargo, usted se compromete a pagar lo que honestamente puede de sus honorarios.

TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PACIENTE DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR debe llevarse a cabo una preocupación primordial para el paciente, y sobre todo, el reconocimiento de su / su dignidad como ser humano ÉXITO EN EL LOGRO DE RECONOCIMIENTO THES asegura SUCCES EN DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

GILLETTE REPRODUCTIVE HEALTH

1304 W. 4th Street

Gillette, WY 82718

307-682-8110

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención de salud (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y controlar su información de salud protegida. "Información médica protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, la salud física o mental presente o futuro o condición y los servicios de salud relacionados.

Usos y divulgaciones de información médica protegida

Su (PHI) puede ser usada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que se implican en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas del cuidado de la salud, para apoyar el funcionamiento de la práctica del médico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su (PHI), para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar (PHI), según sea necesario, a una agencia de cuidado de la salud que brinda atención a usted. Por ejemplo, su (PHI) se puede proporcionar a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: (PHI) se utilizará, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud. En el ejemplo, la presentación a los seguros de asistencia sanitaria.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar, según sea necesario, su (PHI), con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y conducción o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su (PHI), a los estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos usar o divulgar su (PHI), según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o divulgar su (PHI), en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como Requerido Por Ley, Salud Pública conforme a la ley, Enfermedades Transmisibles: Vigilancia de la Salud: requisitos de la FDA:: abuso o negligencia Procedimientos legales: aplicación de la ley: Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos: Investigación: Actividad Criminal: Actividad militar y Seguridad Nacional: Trabajadores Compensación: Presidarios: usos y divulgaciones: en virtud de la ley, debemos hacer revelaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de Oponerse a menos que requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

Sus Derechos: Lo que sigue es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida (PHI).

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable, o el uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a (PHI).

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedirnos no usar o revelar cualquier parte de su (PHI) para los fines de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su (PHI) no serán cedidos a miembros de la familia o amigo que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción se aplica.

Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted puede solicitar. Si el médico cree está en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su (PHI), su información de salud protegida no será restringida. A continuación, tiene el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente en otras palabras electrónicamente.

Usted puede tener el derecho a que su médico modifique su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas revelaciones que hemos hecho, si los hubiere, de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta nota y lo informará por correo de cualquier cambio. A continuación, tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

Quejas. Usted puede quejarse a nosotros o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de privacidad de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia en / o antes del 14 de abril de 2003.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas con este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a (PHI). Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono en nuestro número de teléfono principal.

Firma a continuación es sólo reconocimiento que usted ha recibido este aviso de nuestras prácticas de privacidad:

Firma: _____ Fecha : _____

GILLETTE REPRODUCTIVE HEALTH
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES (COMBINADO)

NAME _____ CLIENT # _____

Beneficios: Estoy recibiendo voluntariamente los anticonceptivos orales combinados (píldoras anticonceptivas) como método de planificación familiar, que he elegido. Soy consciente de que los anticonceptivos orales no están garantizados al 100% eficaz en la prevención del embarazo. Entiendo que, además de su beneficio como un método de control de la natalidad, algunas mujeres experimentan los siguientes beneficios de usar píldoras anticonceptivas

- | | |
|--|--|
| * disminución de cólicos menstruales | * sangrado menstrual más regular |
| * disminución de sangrado menstrual | * mejora de acné |
| * disminución el riesgo de infección pélvica | * disminución el riesgo de tumores de mama benigno y los quistes ováricos |
| * disminución del riesgo cáncer de ovario y de endometrio | * disminución el riesgo de anemia |

Efectos secundarios y riesgos: me soy consciente de que durante el uso de anticonceptivos orales, puedo experimentar los siguientes efectos secundarios, muchos de los cuales son temporales: náuseas, manchas entre períodos, aumento de peso, depresión, sensibilidad en los senos, oscurecimiento de la piel en mi cara, empeoramiento de acné, infecciones vaginales.

Además de los efectos secundarios más arriba, entiendo que las píldoras anticonceptivas pueden asociarse con coágulos de sangre de las piernas o los pulmones, hipertensión arterial, trazos, ataques cardíacos, enfermedades de la vesícula biliar, tumores hepáticos y muy raramente, muerte. Aumenta el riesgo de ataque cardíaco en las mujeres 35 y las mujeres que fuman.

Entiendo que a fin de disminuir las posibilidades de problemas graves, es **mi** responsabilidad para volver a la clínica, a un médico o a una sala de emergencias del hospital si tengo alguno de los síntomas siguientes:

- | | |
|---|--|
| * Abdominal dolor | * Dolor en el pecho o dificultad para respirar |
| * Dolores de cabeza, mareos, debilidad, entumecimiento | * Problemas de ojos (visión borrosa o pérdida de la visión) |
| * Severo dolor en la pierna (pantorrilla o muslo) | |

Alternativas: Me han explicado los otros métodos anticonceptivos.

Instrucciones: Para el uso de las píldoras anticonceptivas ha dado a mí.

Pastillas de parada: Entiendo que puedo dejar de usar las píldoras en cualquier momento. Entiendo que después de detener las píldoras orales combinadas, debo usar otro método de control natal hasta que he tenido tres períodos regulares antes de tratar de quedar embarazada.

Preguntas: Me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de todas las formas de control de la natalidad, acerca de las píldoras anticonceptivas, en particular y de esta forma.

Fumar: fume _____ o no fume _____

Entiendo que hay un mayor riesgo de coágulos de sangre para las mujeres que fuman y usan píldoras anticonceptivas, trazos y ataques cardíacos.

Firma del cliente: _____ Fecha _____

Firma personal: _____ Fecha _____

GILLETTE REPRODUCTIVE HEALTH

1304 W.; 4th Street PO Box 2915, Gillette, WY 82717
(307) 682-8110 Fax (307) 685-1193

NAME: _____ CLIENT NUMBER: _____

PÍLDORAS DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA INSTRUCCIONES Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

1. Tome la primera píldora en el paquete tan pronto en sea posible con los alimentos.
2. La píldora de anticoncepción de emergencia (AE) es un anticonceptivo oral que se deben tomar dentro de las 72 horas después de relaciones sexuales sin protección. Health Services utiliza el Plan B *One Step* un anticonceptivo de emergencia sólo de progestina, que es del 85% al 90% de efectividad. El Plan B *One Step* de la anticoncepción de emergencia inhibe o retrasa la ovulación para prevenir la fertilización, puede alterar el endometrio para impedir implantación, puede alterar el transporte de los espermatozoides. **No va a causar un aborto** y no hay evidencia que relacione este uso de las hormonas con anomalías en el feto. Estoy recibiendo voluntariamente anticoncepción de emergencia (AE). Soy consciente de que no son 100% eficaz en la prevención del embarazo.
3. La AE **puede causar** algunos efectos secundarios. Los más comunes son sensibilidad en los senos, dolor de cabeza y náuseas leves. Tomar la píldora Plan B con abundante agua y un poco de comida para prevenir las náuseas.
4. Su próximo período puede comenzar unos días antes o después de lo esperado y el flujo menstrual puede ser más pesado o más ligero de lo habitual. Sin embargo, usted debe comenzar a menstruar en las tres semanas de tomar la AE. Si no, usted debe regresar a la clínica para una prueba de embarazo.
5. Debido al hecho de que el AE es menos eficaz que otros métodos de control de la natalidad, Health Services recomienda que empezar a utilizar un método regular tan pronto como sea posible. Nuestro personal estará feliz para brindarle información sobre todos los métodos disponibles a través de nuestra clínica. También podemos aconsejar sobre prevención sexual de infecciones de transmisión.

Estoy recibiendo voluntariamente píldoras anticonceptivas de emergencia (ECP). Soy consciente de que no son 100% eficaz en la prevención del embarazo. Se me ha proporcionado información sobre AE y cómo usarlo y me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA