

PROGRAMAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL ESTADO (FAMILY PACT PROGRAM) CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE (CEC)

Número de identificación del cliente

This form is the property of the State of California, California Department of Public Health, Office of Family Planning, and cannot be changed or altered.

Favor de responder todas las preguntas en LETRAS DE MOLDE. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, sus ingresos y su seguro de salud son para determinar si es elegible para los servicios del Family PACT Program.

- Providers must keep a copy of this form in the client's medical record. (See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)
- **Code areas are for Provider use only.**

¿Actualmente está recibiendo beneficios o servicios de Medi-Cal? Sí No

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC, por sus siglas en inglés)? Sí No

Número de BIC	Fecha de emisión
---------------	------------------

¿Tiene un seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar (Seguro privado, Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), el Plan de Atención Administrada (Managed Care), Seguro de Salud para Estudiantes, etc.)? Sí No

¿Es necesario mantener los servicios de planificación familiar que usted recibe confidencial de su compañero/a, esposo/a o padres? ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos comunicarnos con usted? Sí No
Confidencialidad

Provider Use Only—CODE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr.)
--------	----------------	----------	-------------------

¿El nombre propio que está usando actualmente es el mismo nombre que le dieron cuando nació? **Si su respuesta es no**, escriba a continuación el nombre que le dieron cuando nació. Sí No

Nombre al nacer	Segundo nombre al nacer	Apellido al nacer	Sufijo (Jr., Sr.)
-----------------	-------------------------	-------------------	-------------------

Número de nacimientos vivos	Condado en que reside	Provider Use Only—CODE	Código postal
-----------------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------

Sexo	Provider Use Only—CODE	Número del seguro social	Nombre de su madre
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Lugar de nacimiento (condado, si es California)	Provider Use Only—CODE	Estado (Si no es California)	Provider Use Only—CODE	País (si no es EE.UU.)	Provider Use Only—CODE
/ / _ _ _ _						

Raza/etnicidad

1 <input type="checkbox"/> Asiática	2 <input type="checkbox"/> Negra	3 <input type="checkbox"/> Filipina	4 <input type="checkbox"/> Hispana
5 <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana	6 <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico	7 <input type="checkbox"/> Blanca	0 <input type="checkbox"/> Otra

Idioma Primario

1 <input type="checkbox"/> Armenio	2 <input type="checkbox"/> Cantonés	3 <input type="checkbox"/> Inglés	4 <input type="checkbox"/> Hmong	5 <input type="checkbox"/> Khmer/Camboiano
6 <input type="checkbox"/> Coreano	7 <input type="checkbox"/> Tagalog	8 <input type="checkbox"/> Español	9 <input type="checkbox"/> Vietnamita	0 <input type="checkbox"/> Otro

Esta información se utilizará para ver si está inscrito (registrado) en algún programa de salud del estado. La información también se utilizará para verificar los resultados de salud y para evaluar el programa. Su nombre no se revelará. Todas las personas tienen derecho a repasar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que sea exento por el artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

Favor de completar la información sobre su elegibilidad en el dorso de esta página.

Determinación de Elegibilidad: Favor de indicar todos los miembros de su familia (usted mismo/a, esposo/a e hijos) que viven en su hogar y que dependen del ingreso familiar para su sostenimiento. Indique la fuente de los ingresos ganados o no ganados y la cantidad de los ingresos incluyendo el ingreso proveniente del empleo, empleado por si mismo, de propinas, comisiones, pensiones, del seguro social, de la mantención del/los hijo(s) y del/la esposo/a de pagos actuales de seguros, incapacidad, de Asuntos de Veteranos, prestaciones de desempleo, etc.

Nombre	Parentesco	Edad	Fuente del ingreso	Ingreso mensual bruto (Antes de los impuestos o deducciones.)
	(Usted mismo/a)			
Tamaño de la familia:			Ingreso Familiar	\$

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si doy información falsa, es posible que no sea elegible para este programa.

Firma (o marca) del solicitante	Fecha	Firma del testigo de la marca o del intérprete	Fecha
---------------------------------	-------	--	-------

FOR PROVIDER USE ONLY (SOLO PARA USO DE LOS PROVEEDORES)

Provider certification: Eligible for Family PACT Program/*Elegible para Family PACT Program*
 Ineligible for Family PACT Program (Give applicant Fair Hearing Rights.)
Ineligible para Family PACT Program (Indicar al solicitante su derecho a una Audiencia Equitativa)

Medi-Cal client eligible for Family PACT verified: Limited scope Unmet share-of-cost

Based upon the information provided by the applicant and according to state and federal requirements, I certify that the applicant identified on this Client Eligibility Certification is eligible to receive family planning services under the Family PACT Program. If ineligible, the client has received a copy of this form which includes the Fair Hearing Rights.

Print name	Signature	Date
Annual Certification: If client is decertified (no longer eligible)		Date
		Reason code (see Provider Manual)

Derecho A Una Audiencia Equitativa

Todos los que soliciten o reciban servicios del Programa Family PACT tienen derecho a una audiencia realizada por el Departamento de California de la Salud Pública relativa a la elegibilidad o a la obtención de servicios. Los solicitantes de dichos servicios o los que los reciben no tienen derecho a debatir los cambios que se realicen en las normas de elegibilidad o de beneficios del Programa de Planificación Familiar del Estado.

Revisión de primer nivel: Si desea apelar la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios, sírvase enviar a la dirección a continuación su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una **Revisión de Primer Nivel**. El matasello postal de las solicitudes de revisión e primer nivel debe contener una fecha que se halle dentro de los 20 días laborables a partir de la denegación de elegibilidad o de la obtención de elegibilidad o de la obtención de servicios. Antes de emitir una decisión, la Oficina de Planificación Familiar podrá pedir, por teléfono o por escrito, información adicional al proveedor o al solicitante.

Audiencia formal: Puede apelar la decisión de la revisión de primer nivel dentro de los 5 días laborables a partir de la fecha en que haya recibido la decisión de la revisión de primer nivel, enviando su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y motivo por el que solicita una **Audiencia Formal**, a continuación. En la audiencia podrá estar representado por un amigo, pariente, abogado u otra persona que usted elija. Un representante del proveedor estará presente para explicar los motivos de la denegación de elegibilidad. Si desea que le provean un intérprete en la audiencia, favor de especificar el idioma en la carta en que solicite la audiencia.

Revisión de Primer Nivel

California Department of Public Health
Office of Family Planning
MS 8400
P.O. Box 997420
Sacramento, CA 95899-7420

Audiencia Formal

California Department of Public Health
Office of Regulations and Hearings
MS 0507
P.O. Box 997377
Sacramento, CA 95899-7377



womens
community
clinic

2166 Hayes, #104
San Francisco, CA 94117
numero 415.379.7800
fax 415. 379.7804

HISTORIA FAMILIAR Sus padres, hermanos o abuelos han tenido alguna vez:

- | | | |
|----|----|--|
| No | Sí | cáncer de los senos (incluso tías) |
| No | Sí | cáncer del útero o de los ovarios |
| No | Sí | otro tipo de cáncer |
| No | Sí | osteoporosis /fractura de la cadera |
| No | Sí | diabetes |
| No | Sí | problemas tiroideos |
| No | Sí | ataque cardíaco |
| No | Sí | presión sanguínea elevada |
| No | Sí | apoplejía |
| No | Sí | anemia de celulas falsiformes |
| No | Sí | depresión severa o atención psiquiátrica |
| No | Sí | Está usted adoptada? |

SU HISTORIA MEDICAL

- | | | |
|----|----|---|
| No | Sí | anemia |
| No | Sí | epilepsia/ataques |
| No | Sí | presión sanguínea elevada |
| No | Sí | dolor de cabeza severo |
| No | Sí | problemas tiroideos |
| No | Sí | colesterol elevado |
| No | Sí | coágulos de sangre/ataques |
| No | Sí | cáncer |
| No | Sí | diabetes |
| No | Sí | hepatitis A B C |
| No | Sí | problemas de hígado o de los riñones |
| No | Sí | problemas en los ojos (además de usar lentes) |
| No | Sí | problemas pulmonares/asma |
| No | Sí | problemas de vesícula |
| No | Sí | depresión severa o atención psiquiátrica |
| No | Sí | trastorno de comer |
| No | Sí | sarampión/parótidas/rubella/viruelas locas |
| No | Sí | tuberculosis |
| No | Sí | problemas o cirugía de los senos |
| No | Sí | incapacidad: _____ |
| No | Sí | cirujía: _____ |
| No | Sí | otros problemas médicos _____ |

HISTORIA DE ALCOHOL Y DROGAS:

- Número de bebidas alcohólicas
por día _____ por semana _____ No bebo alcohol
- Número de cigarrillos/cigarros
por día _____ por semana _____ No fumo
- Numero de bebidas con caffeine
por día _____ por semana _____ No bebo caffeine
- Usa drogas? No Sí
- Cuales? _____
- Con que frecuencia? _____
- Está usted recuperando de la drogadicción? No Sí

Clinician Signature: _____

Su firma _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

ALERGIAS A MEDICINAS:

MEDICINAS ACTUALES: _____

HISTORIA GINECOLOGICA:

- Edad a la primera menstruación: _____
- La menstruación le toca cada _____ días
- La menstruación dura _____ días
- Sangre entre menstruaciones? No Sí
- Tienes cólicos severos? No Sí
- Fecha del último papanicolau: _____
- Ha tenido alguna vez un papanicolau anormal? No Sí
- Si la respuesta es sí, cuándo fue? _____
- Que pasó? _____
- Ha tenido alguna vez: Clamidia Gonorrea Infección
pélvica Verrugas genitales Herpes Sífilis
- Número deembarazos: _____
- Nacidos vivos: _____
- No logrados: _____
- Abortos: _____
- Hijos vivos: _____
- Ha tenido algún problema con el embarazo? No Sí
- Si la respuesta es sí, _____
- _____
- Ha tenido un examen pélvico que fue mal por alguna razón?
No Sí : _____

HISTORIA SEXUAL:

- Tiene relaciones sexuales con:
Hombres Mujeres Los dos Nadie
- A qué edad tuvo relaciones sexuales por la primera vez? _____
- Número de parejas con quienes tuvo relación sexual en el último año: _____
- Ha tenido relaciones sexuales con alguien que...
tiene el SIDA/VIH? No Sí
usa agujas? No Sí
es un hombre bisexual? No Sí
- Qué método de protección usa? _____
- Usa algún método anticonceptivo? No Sí
- Cuál? _____
- Está contenta con este método? No Sí
- Ha usado alguna vez:
condones pastillas inyección diafragma
capuchón implantes espumas, cremas, o jaleas
espermicidiales separarse antes de la
eyaculación condón de mujer métodos naturales
parches anillo vaginal dispositivo intrauterino (DIU)

- Ha sufrido alguna vez golpes a causa de la violencia doméstica con su pareja actual? No Sí
- Con una pareja en el pasado? No Sí
- Alguien le ha obligado tener relaciones sexuales sin su permiso? No Sí
- Quiere discutir este sujeto con alguien hoy? No Sí
- Quiere información sobre servicios de amparo, defensa, y apoyo para víctimas de la violencia doméstica? No Sí

RESUMEN CLINICA The Women's Community Clinic Aviso de privacidad de HIPAA

Esta es una descripción de la manera en que la clínica The Women's Community Clinic puede usar y compartir su información médica. y como usted puede obtener acceso a esta información **Por favor revise este documento cuidadosamente**

Garantía: Empleados de la clínica The Women's Community Clinic sus afiliados y personales médicos contratados entienden que su información médica y personal es privada. Están comprometidos a proteger la privacidad de su información médica.

Quien esta obligado a seguir estas reglas: Empleados de la clínica The Women's Community Clinic afiliados, y personales médicos contratados por la clínica deben de seguir estas reglas

Usted tiene el derecho de: (por favor de ver las restricciones en página 2 del aviso completo)

- Ver, leer y obtener una copia de su historial medico (puede ser que haya algún cobro).
- Solicitar a corregir información que a usted no le parezca exacta.
- Solicitar que su información no sea compartida con ciertos individuos.
- Solicitar que su información no se use para ciertos propósitos específicos; por ejemplo para estudios médicos
- Pedir a la Clínica The Women's Community Clinic que mande copias de su historial medico a cualquier persona que usted quiera (pueden haber cobros).
- Estar enterado de quien esta leyendo su historial (por razones diferentes de su tratamiento o pago)
- Indicar donde y como empleados de la clínica pueden ponerse en contacto con usted.
- Recibir una copia del aviso completo de las pólizas de privacidad de la clínica The Women's Community Clinic.

La Clínica The Women's Community Clinic puede usar y divulgar su información medica para facilitar su tratamiento, pagos, u operaciones de la clínica.

- Para mejorar la calidad de tratamiento que usted recibe, su información puede ser compartida entre doctores, dentro de la clínica para nuestro propio tratamiento, y también para estar informados del tratamiento que usted ha recibido en otra clínica. Esta información puede incluir salud mental, abuso de drogas, VIH/SIDA, enfermedades transmitidas sexualmente.
- Información Médica puede ser compartida para obtener pago por servicios, para asistirlo a usted a hacer pagos o para solicitar autorización anterior para ciertos tratamientos.
- Información Médica puede ser compartida para operaciones de la clínica. Como por ejemplo, para mantener servicios, asegurar de que todos pacientes reciban cuidado adecuado, mejorar la entrega de servicios.
- Existen circunstancias donde su información no será compartida a menos que usted primero lo autorice; Por ejemplo, cuando reciba servicios de salud menta, abuso de drogas, enfermedades sexuales, o para estudios médicos
- Si requiere mas información vea el adjunto "Aviso de Pólizas de Privacidad" Si tiene alguna pregunta acerca de como se puede usar o como han usado su información, por favor hable con su Doctor o llame directamente al oficial de privacidad al 415-379-7800.

Si usted tiene razón de creer que sus derechos de privacidad han sido violados mientras estaba recibiendo los servicios de esta clínica, puedes hacer un reclamo formal con la Clínica The Women's Community Clinic, o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Para reclamo a la clínica, por favor reclame por escrito al oficial de privacidad de la Clínica al 2166 Hayes Street, Suite 104 San Francisco, CA 94117, o llame al 415-379-7800. Para reclamo con la secretaria federal la dirección es la siguiente: U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm. 322, San Francisco, CA 94102. No se le puede sancionar de ninguna manera por hacer un reclamo.

Yo reconozco que he recibido El aviso de pólizas de privacidad de la clínica The Women's Community Clinic. También reconozco que al firmar no estoy autorizando divulgación de información, si no, nada más que he recibido una copia de esta noticia.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Escrito: _____ Relación (si no es el paciente): _____

Paciente se negó a firmar (firma de empleado de la clínica): _____

Paciente incapaz de firmar (firma de testigo): _____

Razón por no poder: _____ Traductor: _____



REGISTRO DE PACIENTE

CONFIDENCIAL

Información personal y de contacto

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo acerca de su salud a esta dirección?

Sí No (CSC: Enter Zip only)

Teléfono principal: _____

¿Podemos llamarle a este teléfono? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje con detalles? Sí No

¿Podemos identificarnos como "Women's Community Clinic"? Sí No*

Teléfono alternativo: _____

¿Podemos llamarle a este teléfono? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje con detalles? Sí No

¿Podemos identificarnos como "Women's Community Clinic"? Sí No*

**Si no quiere que nos identifiquemos como la clínica, usaremos el nombre en clave "Lulu" cuando le llamemos.*

ACTUALIZACIÓN de la información de contacto (Fecha de la actualización: _____) **SIN CAMBIOS**

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ ¿Podemos enviar correo? Sí No

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Perfil demográfico de la paciente

¿Cuál es su etnia?

- Hispana
- No hispana
- Prefiero no contestar

¿Cuál es su raza?

Marque todas las que sean (16).

- Afroamericana/Negra (1)
- Camboyana (3)
- China (19)
- Filipina (5)
- Japonesa (6)
- Coreana (7)
- Laosiana (8)
- De Oriente Medio (10)
- Indígena americana (11)
- De islas del Pacífico (12)
- Rusa (13)
- Vietnamita (14)
- Blanca/Caucásica (15)
- Prefiero no contestar (9999)

Número de miembros de la familia (incluida usted): _____

¿Qué opción describe mejor dónde vive actualmente?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soy propietaria de una casa | <input type="checkbox"/> Vivo de manera temporaria con parientes/amigos |
| <input type="checkbox"/> Alquilo una casa/apartamento/habitación | <input type="checkbox"/> Vivo en un centro de acogida |
| <input type="checkbox"/> Vivo permanentemente con parientes/amigos | <input type="checkbox"/> Vivo en un hotel/motel |
| | <input type="checkbox"/> Vivo en un camping/vehículo |
| | <input type="checkbox"/> Vivo en la calle |

¿Tiene alguna discapacidad física o mental? Sí No

¿Cree que las drogas y/o el alcohol son un problema en su vida? Sí No

Ingresos semanales (brutos): _____

¿Necesita un intérprete para comunicarse en inglés? Sí No

¿Cuál es su idioma principal? _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Relación con usted: _____ Teléfono: _____

Consentimiento de tratamiento y uso de la información protegida acerca de la salud

Doy mi permiso para ser tratada por Women's Community Clinic (Clínica de la Comunidad para Mujeres) y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que es mi responsabilidad avisar al Women's Community Clinic si hay cambios en la información de contacto especificada en este formulario. Además, consiento el uso de la información protegida acerca de mi salud para poder llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones en el Women's Community Clinic.

Firma: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO / RECONOCIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO

Cómo usamos la información protegida acerca de su salud:

Solo usamos su información personal, incluyendo su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y número de seguridad social (si lo tiene), para tratarla, recetarle medicinas, mandarla a otros especialistas o apuntarla a ciertos programas del Estado para contribuir a pagar su visita.

No podemos compartir ni compartimos su información (sin su consentimiento por escrito) con nadie más, excepto en las siguientes circunstancias relacionadas con el tratamiento:

- Si recibe un resultado positivo en ciertas pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como clamidia, gonorrea, sífilis o hepatitis, la ley nos obliga a compartir su información con el Departamento de Salud Pública de San Francisco (DPSF). Si no podemos ponernos en contacto con usted, y no recibe tratamiento para estas infecciones, puede que un representante del DPSF le contacte en casa o en el trabajo.
- Si la referimos directamente a otro especialista para brindarle servicios médicos, puede que compartamos la información pertinente de su historial médico sin su consentimiento escrito. Si desea que enviemos su historial médico a algún especialista sin una referencia por parte de esta clínica, usted debe autorizarlo por escrito e indicar con quién desea que compartamos su historial médico y qué información del historial desea que compartamos.
- Le pedimos permiso para enviarle correo a su dirección. El correo puede incluir información acerca de su salud. Si NO quiere recibir correo en esta dirección, especifique otras maneras de contactarle, como números de teléfono o direcciones de correo electrónico. Si tiene una dirección alternativa, como la de su trabajo o la de un amigo, dénos esa dirección. ***Si obtiene resultados anormales de pruebas de laboratorio o si necesitamos contactarle sobre algún asunto relacionado con su salud y no podemos contactarle por teléfono ni por correo electrónico, le enviaremos una carta a su dirección postal informándole de que necesitamos que se ponga en contacto con nosotros. Haremos esto aunque usted indique que no quiere recibir correo sobre su salud.***
- Como contacto de emergencia, elija a alguien a quien podamos llamar o enviar información si necesitamos contactar con usted para informarle acerca de los resultados de las pruebas. Si sus resultados requieren atención urgente, debemos hacer todo lo posible para contactarle, incluso avisar a su contacto de emergencia.

No le denegaremos servicios si no nos da su información de contacto, o si no la tiene, pero le animamos a que nos ayude a proporcionarle la mejor asistencia sanitaria posible facilitándonos información reciente y correcta para contactarle por teléfono, correo electrónico y correo postal.

Entiendo la importancia de dar al Women's Community Clinic (Clínica de la Comunidad para Mujeres) la mayor cantidad de información de contacto posible. Informaré a la clínica si hay cambios en mi información de contacto, como un cambio de dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico. Si el personal de la clínica no puede contactarme por teléfono o correo electrónico para informarme sobre asuntos urgentes o resultados anormales de pruebas o para hacer un seguimiento, entiendo que recibiré una carta a mi dirección postal. Si he pedido NO recibir correo sobre mi salud, la carta solo indicará que me ponga en contacto con la clínica lo antes posible. Entiendo que la clínica solo me contactará para asegurarse de que reciba la mejor asistencia sanitaria posible, y que la clínica tiene la responsabilidad legal de intentar ponerse en contacto con los pacientes por todos los medios posibles para enviarles resultados anormales de pruebas de laboratorio.

Firma: _____ Fecha: _____

La Fecha de Vigencia: 14 de Abril, 2003

The Women's Community Clinic
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO EXPLICA CÓMO LA CLINICA **The Women's Community Clinic** PUEDE USAR Y COMARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR **INFORMECE** DETENIDAMENTE.

Si usted tiene cualquiera pregunta sobre este aviso, por favor contacte al Oficial de la Privacidad en **(415) 379-7800**.

Este aviso de las Prácticas de Privacidad de HIPAA es proporcionada a usted como un requisito del Acto de la Transportabilidad de Seguro de Enfermedad y de Responsabilidad (HIPAA). Este aviso describe cómo podemos usar o revelar su información médica, con quien podemos compartir su información, y nuestras medidas preventivas para proteger su información. Este aviso describe sus derechos de conseguir acceso y mejorar su información médica. Usted tiene el derecho de aprobar o rechazar la liberación de información específica fuera del sistema de la clínica, excepto cuando la liberación se requiere o es autorizada por la ley o regulación.

RECONOCIMIENTO QUE A RECIBIDO ESTE AVISO. Se le pedirá que proporcione un reconocimiento firmado confirmando que usted ha recibido este aviso. Nuestra intención es enterarle a usted de los usos y revelaciones posibles de su información médica y sus derechos de privacidad. La entrega de sus servicios médicos en ninguna manera será condicionada sobre su reconocimiento firmado. Si usted rechaza firmar la forma del consentimiento, nosotros continuaremos a proporcionar su tratamiento, usaremos y revelaremos su información medica para el tratamiento, para el pago, y para las operaciones de asistencia médica cuando sea necesario.

QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO.

La clínica **The Women's Community Clinic** y la gente siguiente seguirán las órdenes presentadas en este Aviso:

- Cualquier profesional de asistencia médica autorizada para entrar información en su registro médico.
- Todos los departamentos y las unidades de este centro médico, sus socios y proveedores contratados que pueden leer, usar, o compartir la información medica de los pacientes.
- Miembros de grupos voluntarios quién le ayudan mientras usted recibe el cuidado de nuestro centro médico.
- Todos los empleados, y otro personal de centro médico.
- Estudiantes yendo a la escuela para ser trabajadores de la salud y sus maestros que ayudan ha proporcionarle asistencia médica en nuestro centro médico, por ejemplo residentes médicos, estudiantes médicos, estudiantes de enfermería, camaradas, o estudiantes graduados.

LA PROMESA DE LA CLINICA The Women's Community Clinic ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Entendemos que su información médica es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Nosotros creamos un registro del cuidado y del los servicios que usted recibe en el centro médico. Necesitamos este registro para servirle con cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le aplica a todos los registros de su cuidado generado por nuestro centro médico, si es hecho por el personal de centro médico o por su doctor personal.

Nuestro centro médico registra y almacena información del paciente en muchos lugares, en papel y en computadoras. Los trabajadores de la asistencia médica y doctores comparten esta información con el uno al otro para el cuidado de su salud.

Este aviso le informa acerca de las maneras que podemos usar y compartir su información de salud. También le notifica acerca de sus derechos y ciertas órdenes que nuestro Centro Médico tiene acerca de cómo se usa y comparte la información.

La ley requiere que la clínica **The Women's Community Clinic**:

- Mantenga un registro del cuidado que le proporcionan a usted;
- Se asegure que su información médica que pueda identificarlo sea mantenida privada;
- Le dé este Aviso de prácticas legales y prácticas de privacidad a usted; y
- Siga el Aviso que esta actualmente en efecto.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA.

En general, usted tiene los derechos siguientes con respecto su información médica mantenida por nuestro centro médico:

- **El Derecho de Poder Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de pedir permiso para ver, leer y obtener una copia de su información médica utilizada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Generalmente, esto incluye registros médicos y facturas, pero no incluye cierta información de su salud mental. Si usted quiere mirar y obtener una copia de su información medica usada para tomar decisiones acerca de su cuidado, usted debe tomar o debe mandar su solicitud en escrito ha la oficina de registros de la clínica **The Women's Community Clinic**. Si usted pide una copia de la información, nosotros podemos pedirle que pague para copiar, enviar, obtener otros suministros necesarios, para responder a su pedido. Podemos negar su pedido para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si usted es negado el acceso a su información médica, usted puede solicitar que la negación sea revisada. Otro / otra profesional licenciada en asistencia médica será escogido por el centro médico para revisar su pedido y la negación. La persona que conduzca la revisión no será la persona que negó su pedido. Nosotros nos conformaremos con el resultado de la revisión.
- **El Derecho de Hacer Correcciones.** Si usted cree que su información almacenada por este centro médico no esta correcta ni/ o completa, usted tiene el derecho de pedirnos que cambiemos su información medica mientras la información se mantenga aquí. Para pedir un cambio, mande una solicitud en escrito ha la oficina médica de registros de la clínica **The Women's Community Clinic**. Además, usted debe explicar por qué quiere el cambio en la información. Además, podemos rechazar su pedido si usted pide cambiar información que:

- No fue creada por este centro médico, a menos que la persona que haya registrado la información no esta disponible para hacer el cambio;
 - No es parte de la información medica mantenida por/ ni para este centro médico;
 - No es parte de la información que se le permitirá mirar y copiar;
 - O es funda de ser correcta y completa.
- **El derecho a una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de ser informado con quien este centro médico ha compartido su información medica. Este derecho existe sólo para revelaciones hechas después del 14 de Abril del 2003. Usted tiene el derecho de solicitar una “contabilidad de revelaciones.” Esta es una lista de las revelaciones que hicimos de su información médica para su tratamiento, el pago, las operaciones de asistencia médica, y las revelaciones que usted ha autorizado. Para pedir esta lista, o “la contabilidad de revelaciones” usted debe solicitarla en escrito a la oficina médica de registros de **The Women’s Community Clinic**. Su pedido debe expresar un período de tiempo que no puede ser más largo que seis años y no puede incluir las fechas antes del 14 de Abril del 2003. La primera lista que usted pide dentro de un período de 12 meses será gratis. Este centro médico puede pedir que usted pague para listas adicionales. El costo se le explicara, y usted puede cancelar o cambiar su pedido antes que sea procesado.
 - **El Derecho de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedirle a este centro médico que no comparta su información medica con ciertos individuos ni para ciertos propósitos. Usted tiene también el derecho de pedirnos que no compartamos su información medica con gente, como un miembro de su familia ni algún amigo, quién puede ser responsabilizado a cuidarlo o a pagar por su cuidado. Por ejemplo usted nos podría pedir que no usemos ni compartamos información acerca de una cirugía que usted tuvo. La clínica de **The Women’s Community Clinic** no tiene que concordar con su pedido. Si concordamos, este centro médico no compartirá su información a menos que la información se necesitará para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para pedir las restricciones, usted debe solicitar restricciones en escrito a la oficina médica de registros. En su pedido, usted debe explicar (1) qué información usted quiere limitar; (2) si usted quiere limitar o usar, compartir o ambos; y (3) a quien usted quiere que apliquen los límites. Por ejemplo, usted no querrá que información de su salud sea compartida con su familia.
 - **El Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de especificar donde y cómo nuestros empleados del centro médico lo pueden contactar. Por ejemplo, usted puede pedirnos que nuestro personal lo contacte sólo en su trabajo o por el correo. Déjenos saber en escrito, mandando su pedido al Oficial de Privacidad en la clínica **The Women’s**

Community Clinic. Su pedido debe decirnos cómo o donde usted desea ser contactado. Usted no necesita dar una razón para su pedido. Todos los pedidos razonables se aprobarán.

- **El Derecho a una Copia en Papel de Este Aviso.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso. Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier vez. Aunque usted haya concordado en recibir este aviso por correo electrónico o lo ha leído en un sitio del Internet, usted tiene todavía el derecho a una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia en papel de este aviso, usted puede solicitarla en persona o escriba al oficial de la privacidad en la clínica **The Women's Community Clinic**. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio del Internet, **Http: //www.thewomensclinic.org**.

CÓMO LA CLINICA The Women's Community Clinic PUEDE USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN DE SU SALUD:

Queremos que usted sepa de las maneras diferentes que nuestro centro médico usa y comparte información de salud. Nosotros no podemos describir cada manera usada para usar y compartir información de salud en este Aviso. Sin embargo, la mayor parte de las maneras quedan en una de las descripciones proporcionadas abajo. Es importante que usted sepa que en California hay clases de información de asistencia médica especialmente protegida que se tiene que mantener y manejar en maneras especiales. Incluido en estas clases de información protegidas son el tratamiento mental de la salud, el tratamiento de desarrollo de incapacidades, la droga/ el tratamiento del abuso de alcohol, las enfermedades transmitidas sexualmente (STD), y HIV/ SIDA. La información acerca del tratamiento de menores sobre la edad doce que consiente de servicios para la salud reproductora, la salud mental, el abuso de sustancia, el embarazo, las enfermedades reportables, la violación o el asalto sexual se protegen también. En todos los casos, nuestros trabajadores de la salud y doctores usarán la cantidad mínima de información necesaria para proporcionar su cuidado, obtener el pago para su cuidado, u operar nuestras facilidades de asistencia médica. Este centro médico revisa regularmente los usos y las revelaciones de información medica de estos registros para estar seguros que son apropiados.

Para el Tratamiento. Para mejorar la calidad del cuidado que usted recibe, información de salud puede ser compartida por proveedores dentro del centro médico y con sus proveedores del contrato- incluyendo información de salud con respecto a la salud mental, las incapacidades de desarrollo, el abuso de sustancia, las enfermedades (STD) sexualmente transmitidas y HIV/ SIDA. Por ejemplo, un doctor tratándolo por una fractura en la pierna puede necesitar saber si usted tiene diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso curativo. Además, el doctor puede necesitar decirle al bromatólogo si usted tiene la diabetes para arreglar comidas especiales. Los departamentos diferentes del centro médico pueden compartir su información para proporcionar las cosas que usted necesita, tal como medicinas, las pruebas del laboratorio, o las radiografías. Si usted recibe también el cuidado de otro proveedor, o si su cuidado requiere que usted se sea referido a un doctor o la facilidad fuera del centro médico, su información medica se puede

compartir para proporcionarlo con tratamiento de calidad y planear su cuidado continuo. El compartir de esta información puede incluir los sistemas tratados clínicos de la información, por ejemplo el sistema que es usado por Hospital de San Francisco y Departamento de San Francisco de Sanitaria. Nuestros trabajadores son cometidos, sin embargo, a sólo usar y revelar la cantidad mínima de información necesaria para su cuidado.

Para el Pago. Su información medica se puede usar y ser compartida para que el tratamiento que ha obtenido en el centro médico pueda ser facturado y pagado por usted, a una compañía de seguro o un servicio de la recuperación del reclamo de terceros. La información se puede compartir con un servicio de elegibilidad para que pueda averiguar que programas pueden ayudar a los pacientes pagar por su cuidado. Puede ser también necesario notificar a su aseguransa medica acerca de un tratamiento que usted necesite, para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para Operaciones de Asistencia Médica. Su información medica se puede usar y ser compartida para operaciones del centro médico. Podemos necesitar, usar y compartir su información para correr nuestras facilidades y para asegurarnos que todos pacientes del centro médico reciban cuidado medico de calidad. Por ejemplo, nosotros podemos usar su información médica para revisar el tratamiento y los servicios que usted recibe de nuestros trabajadores de la salud. La información de la salud de muchos pacientes del centro médico se puede combinar para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios se necesitan, y si ciertos procesos nuevos son efectivos. La colección de información acerca de muchos pacientes del centro médico puede ser comparada con información de otras colocaciones de asistencia médica para ver si nuestro cuidado y servicios pueden ser mejorados. La información que lo identifica se puede remover de su información para estudiar la entrega de asistencia médica y asistencia médica. La información también se puede compartir con doctores del centro médico, con los enfermeros, con los técnicos, y con otro personal del centro médico para la revisión y propósitos de aprendizaje.

Los Recordatorios de Citas. Nuestro centro médico puede usar su información para recordarle de una(s) cita(s) próxima (s.) Recuerde, sin embargo, que usted siempre tiene el derecho de pedirnos que le avisemos de sus citas en otras maneras si usted no desea recibir recordatorios de citas en el correo.

Los Individuos Involucrados En Su Cuidado O El Pago Para Su Cuidado. Su información médica se puede compartir con un amigo o algún familiar que usted ha dicho que esta involucrado en y/ o responsable de su cuidado médico. A los clientes de la salud mental se les pedirán que aprueben formalmente estos tipos de compartimiento. Además, su información médica se puede compartir con una organización que ayuda en un esfuerzo del alivio del desastre para que su familia sepa acerca de su condición, posición, y ubicación.

Las Alternativas del Tratamiento. Podemos usar y revelar su información médica para avisarle acerca de/ o recomendar las opciones posibles del tratamiento o alternativas que pueden interesarle.

Las Actividades de la Recaudación de Fondos. Podemos usar su información médica para avisarle en esfuerzo para recaudar dinero para el centro médico y su operación. Podemos revelar información médica a una base relacionada al centro médico para que la base recaude dinero para el centro médico. Solo daríamos su información de contacto, tal como su nombre, su dirección, su teléfono y las fechas que usted recibió tratamiento o los servicios en el centro médico. Si usted no quiere que el centro médico le avise acerca sus esfuerzos para recaudar fondos, usted debe notificarle en escrito al oficial de la privacidad.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podemos usar y revelar su información médica para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede incluir la comparación de la salud y la recuperación de todos pacientes que recibieron una medicina a los que recibieron otra medicina, para la misma condición. Cuando sea posible, información de investigación no incluirá información que podría identificarlo como un individuo. Si proyectos de investigación lo pueden identificar, esos proyectos serán sugeridos a un proceso especial para aprobación. Este proceso evalúa el propósito del proyecto de investigación y su uso de información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de privacidad de la información médica de los pacientes. Antes que usemos o revelemos información médica para la investigación, el proyecto se habrá aprobado por este proceso de la aprobación de investigación.

Como Requerido por la Ley. Su información médica se puede compartir cuando requerido por la ley federal, estatal, o local.

Para Prevenir una Amenaza Grava a la Salud o la Seguridad. Su información médica se puede usar y puede ser compartida con oficiales que aplican la ley, el equipo de la crisis de móvil, o a una víctima destinada cuando sea necesario para prevenir una amenaza grava a su salud y la seguridad o la salud y la seguridad del público u otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, sólo se le dara a alguien capaz de ayudar o prevenir la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES: Su información se puede compartir sin su permiso en las situaciones siguientes si le aplican a usted.

- **El Donativo del Órgano y el tejido.** Si usted quiere donar un órgano, información de su salud puede ser dada a organizaciones que manejan el donativo de órgano, transplante de ojo o tejido o a un banco del donativo del órgano, cuando se necesite para ayudar con el donativo de órgano o tejido y transplante.

- **El Ejército y los Veteranos.** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, información de su salud se puede compartir cuando sea requerida por autoridades de orden de ejército.
- **Las Compensaciones de Trabajadores.** La información de su salud se le puede dar a los reclamos de la compensación de trabajadores o los programas semejantes. Estos programas proporcionan los beneficios para las heridas en el trabajo o enfermedades relacionadas.
- **Arriesgo Sanitarios.** El estado y la ley Federal pueden requerir al centro médico que comparta su información de la salud para actividades sanitarias. Estas actividades incluyen generalmente lo siguiente:
 - Prevenir o controlar la enfermedad o la incapacidad;
 - Informar los nacimientos y las muertes;
 - Informar las reacciones a medicinas o problemas con productos de asistencia médica;
 - Notificar a gente acerca de los productos que ellos pueden estar usando;
 - Notificar a una persona que puede estar conteniendo o extendido una enfermedad o condición;
 - Notificar a la autoridad si se cree que un paciente ha sido la víctima del abuso, el descuido o la violencia doméstica como requerido por la ley.
- **Las Actividades del Descuido de la Salud.** La ley le puede requerir al centro médico que comparta su información médica con una agencia que revisa nuestras actividades de asistencia médica. Las actividades de la revisión incluyen, por ejemplo, las revisiones, las investigaciones, las inspecciones, y licenciar. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de asistencia médica, programe pagó por contribuyentes, y por nuestra adherencia a leyes civiles de derechos.
- **Los Pleitos y las Disputas.** Si usted es involucrado en un pleito o una disputa, su información médica se puede compartir en la respuesta a un tribunal o la orden administrativa. Su información medica se puede compartir también en la respuesta a una citación, al pedido del descubrimiento, o a otro proceso lícito por otros implicados en la disputa, pero sólo si sus abogados han tratado de avisarle acerca de la orden para que usted tenga la oportunidad de oponerse dentro del las fecha topes establecidas por la ley.

- **La Aplicación de la Ley.** Su información medica se puede compartir con un oficial de la aplicación de la ley:
 - En una respuesta a una orden del tribunal, citación, autorización, o proceso semejante;
 - Acerca de una muerte creído ser el resultado de conducto criminal;
 - Acerca de conducto criminal en el centro médico;
 - y En circunstancias de emergencia para informar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, la descripción o la ubicación de una persona que cometió un crimen.

- **Pesquisidores y Médicos Encargados de los Análisis.** La ley puede requerirle a este centro médico que comparta su información medica con un pesquisidor o el médico encargado de las análisis. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte.

- **Conservadores Designados por la Corte y Guardianes.** Sin preguntarle, este centro médico puede compartir su información médica con individuos designados por un tribunal de la ley para cuidar de su salud física y/o mental y el pozo financiero.

- **Las Actividades Nacionales de la Seguridad y la Inteligencia.** Sin preguntarle, este centro médico puede compartir su información médica con oficiales federales de la inteligencia autorizados, del contraespionaje, y de otras actividades nacionales de la seguridad autorizadas por la ley.

- **Los Servicios Protectores para el Presidente y Otros.** Este centro médico puede compartir su información medica con oficiales federales autorizados tan ellos pueden proporcionar la protección al Presidente o cabezas extranjeras del estado. Podemos compartir información de su salud con otras personas autorizadas para conducir investigaciones especiales.

- **Los Presos.** Si usted es un preso de una cárcel o la prisión o bajo la custodia de un oficial de la aplicación de la ley, este centro médico puede compartir su información medica con la cárcel/el personal de la prisión o sus oficiales de la corrección. Tendríamos que compartir esta información (1) para que la cárcel/la prisión le proporcione con asistencia médica; (2) para proteger su salud y la salud de o de seguridad y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la cárcel/el personal de la prisión.

Otros Usos de Información Médica. Otros modos de revelaciones de información médica no cubiertos por este aviso ni de otro modo permitido por las leyes que aplican lo aremos sólo con su autorización en escrito. Si usted nos proporciona autorización para usar o revelar su información médica, puede revocar ese permiso, en escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, no compartiremos su información médica por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que somos incapaces de suspender cualquier revelación que hemos hecho ya con su autorización, y que somos requeridos a retener nuestros registros del cuidado que le proporcionamos a usted.

SI USTED CREE QUE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD NO SE HAN MANTENIDO mientras recibe nuestros servicios, usted puede archivar una queja con este centro médico o con el Secretario del Departamento de la Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Todas las quejas deben ser mandadas en escrito. Para archivar una queja con el centro médico, avísele al oficial de la intimidad en la clínica **The Women's Community Clinic** localizado en **2166 Hayes Street, Suite 104, San Francisco, CA 94117**. Para archivar una queja con el secretario, la dirección es

U.S. Dept. of Health and Human Services, Office of Civil Rights, Attn: Regional Manager, 50 United Nations Plaza, Rm. 322, San Francisco, CA 94102.

Usted no será penalizado en ninguna manera por archivar una queja.

CAMBIOS A ESTE AVISO.

La clínica **The Women's Community Clinic** reserva el derecho de cambiar este aviso y hacer el aviso revisado o cambiado efectivo para la información de la salud registró ya acerca de usted así como también cualquier información registrada en el futuro. Una copia del aviso actual se anunciará en el centro médico. El aviso tendrá la fecha de vigencia en la primera página, en el rincón derecho.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR DERECHOS DE LOS PACIENTES

Hombres y mujeres, sin importar la raza, religión, edad, sexo, grupo ètnico, formación religiosa y posición económica, tienen:

- El derecho a decidir tener hijos o no y si deciden tenerlos determinar cuando y cada cuando.
- El derecho a ser tratados con dignidad y respeto.
- El derecho a ser tratados en privado y confidencialmente en todos los servicios que se les propocionen.
- El derecho a recibir educación y consejos adecuados y objetivos.

- El derecho a la explicación de los procedimientos y a que les sean contestadas sus preguntas con palabras faciles de entender.
- El derecho a conocer la efectividad, los posibles efectos secundarios y las complicaciones de todos los anticonceptivos.

- El derecho a seleccionar el mètodo anticonceptivo que desee usar.
- El derecho conocer los resultados de todas las pruebas y exámenes practicados, su significado, asi como tambièn el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- El derecho a tener acceso a la revisión de sus expedientes y a que èstos les sean explicados.
- El derecho a conocer el significado y las implicaciones de firmar los formularios que les sean presentados.
- El derecho a aceptar o rechazar cualquier mètodo anticonceptivo, prueba, exámen o tratamiento.

La participación de toda persona en el programa de Planificación Familiar Estatal, es voluntaria y libre de coacción o coerción de cualquier clase. Si tú crees que tus derechos han sido violados, por favor, habla con el director de la clínica o centro de salud.

Departmamento de Servicios de Salud de California, Agosto 1996



womens
community
clinic

1833 Fillmore St., 3rd Floor
San Francisco, CA 94115
415.379.7800 tel
415.379.7804 fax
womenscommunityclinic.org

Para : Nuestras Clientes

De : Women's Community Clinic

Sobre : La Violencia Domestica

Porque la violencia se ha convertido en algo que es reconocido como un problema de salud serio en nuestra comunidad, nuestras enfermeras y doctoras han comenzado a hacer preguntas sobre posible episodios de violencia en la vida de nuestras clients.

Women's Community Clinic esta dedicada, como siempre, a respetar la privacidad de nuestras clients en todas las maneras posible. Sin embargo, la ley en California dice que estamos requeridas a reportar casos de violencia domestica y abuso a la policia. Este reporte es confidencial y ninguna accion policial va a pasar si usted no lo pide. La informacion en este reporte puede ser benefical para usted en otro tiempo.

Usted siempre tiene el derecho de no dar respuestas a las preguntas que les hacemos en la clinica. Vamos a continuar a darle las mejores atenciones que podemos, basada en la informacion que nos da. Si usted elige a no decirnos toda la informacion sobre su salud, es con el entendimiento que informacion incompleta puede afectar nuestra habilidad para darle los servicios mas apropiados.



Declaración de Responsabilidad Financiera

Gracias por elegir la Women's Community Clinic como tu proveedora de cuidado de salud. Estamos comprometidos a proveer cuidado de salud personalizado y de alta calidad a nuestros clientes de la manera más económica y efectiva. Como parte de nuestra relación profesional es importante que entienda nuestra póliza de financiamiento.

Póliza de Pago Estándar

- El pago por los servicios se debe hacer el día que se dan los servicios. Le daremos una explicación detallada de cada honorario.
- Para su conveniencia aceptamos efectivo, cheque, VISA y MasterCard.
- Cheques devueltos: Se cargará una multa de \$35.00 por cada cheque que sea devuelto. Los cheques devueltos deben ser recuperados a los 10 días o de lo contrario se puede negar servicios en esta clínica al cliente en el futuro. Si un cheque es devuelto por no tener suficientes fondos más de una vez solo se aceptara efectivo o tarjeta de crédito.

Clientes FPACT

Para los clientes que están inscritos en FPACT, deben presentar su tarjeta de FPACT al momento de registrarse.

- Los clientes pueden aplicar para inscribirse en FPACT cuando estén en la clínica.
- Los clientes son responsables por todos los pagos que FPACT no cubre.

Estamos comprometidos a proveer cuidado de calidad a todos los clientes, sin importar su habilidad de pagar. Si siente que usted no puede pagar nuestros servicios, por favor pida hablar con un supervisor para poder ayudarle a acceder a cuidado de salud.

He leído y he comprendido lo que se dice arriba y estoy de acuerdo en cumplir con las pólizas de financiamiento del Women's Community Clinic, 1833 Fillmore Street, 3rd Floor, San Francisco, CA 94115.

Nombre del cliente: _____

Fecha y firma del cliente: _____