



Información de la Paciente

Fecha _____

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono de Celular _____

Correo electrónico _____ Ok for : ☐ Call ☐ text ☐ Email

En Caso de Emergencia Por Favor de Notificar :

Farmacia Preferida:

Nombre _____

Relación _____

Número de Teléfono _____

Farmacia _____

Dirección de Farmacia _____

Teléfono de Farmacia _____

La próxima información es requerida por el estado de Nevada

Eres Hispana ? si no Si si, que nacionalidad (ie. cubana, mexicana, etc.) _____

Raza: ☐ Nativo Americano ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otro (especifique) _____

Por favor indique cual fue el grado de escuela que terminaste (0-12). _____ Colegio? ☐ Si ☐ No Años _____

Reglas federales de privacidad requieren que usted nos diga como contactarte con información, resultados de laboratorio, cambios de cita, y otra información que sea crucial para su cuidado con Birth Control Care Center.

Por favor marque todos lo que aplican.

La mejor manera de llamarme es:

Si usted necesita dejar un mensaje, digo....

- ☐ Llame a mi casa
- ☐ Llame a mi trabajo
- ☐ Llame a mi celular
- ☐ Nunca me llames

- ☐ "Birth Control Care Center llamó"
- ☐ "la oficina de tu doctor llamó"
- ☐ "Casey llamó" (este es nuestro 'codigo' para una llamada de esta clinica)

☐ Por favor escriba alguna otra manera de encontrarte _____

Entiendo que nuestros empleados periodicamente necesitan contactarme acerca resultados de pruebas u otra información acerca de mi cuidado con Birth Control Care Center. He hecho mis preferencias conocidas acerca como contactarme.

También entiendo que situaciones criticas puede ocurrir que requiera que Birth Control Care Center me contacte inmediatamente. Si no podemos, entiendo que Birth Control Care Center puede mandar correo certificado a mi casa como una manera de contactarme directamente. Firmando abajo estoy de acuerdo con los metodos de contacto de Birth Control Care Center

Firma de la Paciente

Testigo(a)

Pariente o Guardián

Fecha

Como escuchaste acerca Birth Control Care Center?

- ☐ He estado aqui anteriormente
- ☐ Internet

- ☐ Vio Aviso en _____
- ☐ Referida por _____

Otra _____



Informe Confidencial De La Paciente

De acuerdo con las leyes de la privacidad federal (HIPPA), Birth Control Care Center mantiene información médica y expedientes confidenciales y solamente se usaran para tratamiento de la paciente, operaciones del cuidado de salud y propositos de facturación.

Tratamiento:

Nuestros doctores, clinicos y miembros de la oficina, usaran esta información médica para darle el mejor cuidado posible.

Operación del cuidado de salud:

Birth Control Care Center usara la información para un seguimiento apropiado de cuidado, notificación a la paciente, estadísticas, requerimientos regulatorios y ciudad interna de reglamentos de seguridad para calidad interna.

Propositos de facturación:

Birth Control Care Center usara la información medica para una facturación apropiada a un tercer grupo contratante o

Revelación de Información con Circunstancias Atenuantes

1. Información de salud será especificada a miembros de la familia en caso de emergencias o bajo otras circunstancias con autorización apropiada y documentación.
2. Información de salud será dada a otros doctores o instituciones bajo situaciones de emergencia.
3. Información será dada a las autoridades competentes cuando negligencia o abuso es delegada o sospechada.
4. Información será proporcionada a los tribunales u otras agencias cuando una citación o comparecencia es dada a esta oficina.

Entiendo que si tengo preguntas, puedo hablar a un oficial confidencial de Birth Control Care Center.

Entiendo y consiento la póliza de privacidad de arriba.

Firma de la paciente

Testigo

Nombre de la paciente

Fecha

Consiento para permitir a Birth Control Care Center llamar a mi doctor asignado para el propósito de continuidad de atención médica.

Si _____ No _____ N/A _____ Iniciales _____