

Contemporary Women's Care
Paciente de Registro/Demografía

LETRA DE IMPRENTA Y LLENE COMPLETAMENTE !

INFORMACIÓN PERSONAL:

NOMBRE: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS #: _____ ESTADO CIVIL: SOLTERA CASADA DIVORCIADA VIUDA
TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ CELULAR: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS# _____
TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ CELULAR: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
CIA DE SEGURO: _____ POLÍTICA #: _____ GRUPO #: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
CIA DE SEGURO: _____ POLÍTICA #: _____ GRUPO #: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INFORMACIÓN REFERENCIA :

NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO: _____ FAX: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA :

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____
CALLES PRINCIPALES: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA :

NOMBRE: _____ RELACIÓN AL PACIENTE: _____
TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO DE TRABAJO: _____ CELULAR: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Contemporary Women's Care

Dr. Ali Baradaran

2899 N. 87th St Suite 110

Scottsdale, AZ 85257

P (480)491-5886 F (480)491-3388

HIPAA NOTIFICACIÓN DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. 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 médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona a su pasado , condición de salud física o mental presente o futuro y los servicios de salud relacionados.

Usos Y Revelaciones De Información De Salud Protegida

Su información de salud protegida 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 de atención médica, para apoyar las operaciones de los médicos practican, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su cuidado de la salud y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de la salud con un tercero. Por ejemplo, su información protegida de salud puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, para obtener la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información protegida de salud sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de sus prácticas de los médicos. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, la evaluación de la calidad, evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, la externalización a un país extranjero, la concesión de licencias, la recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra clínica. Además, podemos utilizar un signo en la hoja en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su médico está listo para verlo. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, ponerse en contacto con usted para recordarle de su cita, y le informará sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Podemos usar y divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización.

Estas situaciones incluyen: como exige la ley, cuestiones de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, abuso o negligencia, las necesidades de alimentos y de administración de medicamentos, procedimientos judiciales, policiales, médicos forenses, directores de

funerarias, donación de órganos, la investigación penal actividad, la actividad militar y la seguridad nacional, la compensación de los trabajadores, los presos y otros usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, debemos hacer divulgaciones a su solicitud. Según la ley, también tenemos que revelar su información protegida de salud cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos de la Sección 164.500.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud protegida a una autoridad de salud pública que esté autorizada por la ley para recibir reportes de abuso de niños o de ancianos o negligencia. Además, podemos divulgar su información de salud protegida si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a la entidad gubernamental o agencia autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.

Procedimientos Legales: Podemos revelar información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de la corte o tribunal administrativo (a medida que dicha divulgación esté expresamente autorizada), en ciertas condiciones en respuesta a una citación, descubrimiento solicitud u otro proceso legal legítimo.

Compensación a los Trabajadores: Podemos divulgar su información médica protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y otros programas similares legalmente establecidos.

Otros Usos Permitidos y Requeridos y Revelaciones: se harán sólo con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley. Usted puede revocar la 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 de los usos o divulgación indicados en la autorización.

Sus Derechos

Las siguientes declaraciones de que los derechos con respecto a su información de salud protegida

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida (puede ser de pago) ley federal -Bajo, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada en anticipación razonable, o utilizada en un proceso civil, procedimiento de acción penal o administrativa, la información de salud protegida restringido por la ley, la información que se relaciona con la investigación médica en la que han aceptado participar, información cuya divulgación puede resultar en daños o lesiones a usted o a otra persona, o información que fue obtenida bajo una promesa de confidencialidad.

Usted tiene el derecho de solicitar la restricción de su información protegida de salud-Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o revelar cualquier parte de su información de salud protegida para el propósito de tratamiento, pagos o servicios médicos. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será divulgada a los miembros de la familia de amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para la notificación propuesto 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 su solicitud de restricción.

Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales-Usted tiene el derecho de solicitar 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, previa solicitud, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota alternativamente (es decir, por vía electrónica).

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información protegida de salud-Si le negamos el pedido 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 una contabilidad de ciertas revelaciones-Usted tiene el derecho de recibir un informe de todas las revelaciones excepto las divulgaciones: en virtud de una autorización, para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica; requerido por la ley, que se produjo antes del 14 de abril de 2003, o seis años anteriores a la fecha de esta solicitud.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le notificaremos de dichos cambios en la siguiente cita. También vamos a hacer copias disponibles de nuestro nuevo aviso si desea obtener uno.

Quejas

Usted puede quejarse con nosotros o con el 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 a nuestro Oficial de Cumplimiento de su queja. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. 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 la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso actualmente vigente. Si usted tiene alguna pregunta en referencia a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono. Tenga en cuenta que al firmar este documento sólo se le reconoce que ha recibido o le han dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro tres páginas Aviso de prácticas de privacidad.

Protegida De Salud Informacion Autorizacion

Por favor, permitir el acceso de mi información de salud protegida (PHI) a:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Además, me permito una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original, y solicitar el pago de beneficios de seguro médico, ya sea a mí o al partido que acepta la asignación. Las inscripciones relativas a la asignación médica de beneficios se aplican. Si no firmado por el paciente, por favor, indique la relación (por ejemplo, cónyuge).

Imprimir Nombre: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Contemporary Women's Care

Dr. Ali Baradaran

2899 N. 87th St. Suite 110

Scottsdale, AZ 85257

P (480)491-5886 F (480)491-3388

Consentimiento VIH

Información sobre el VIH: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). VIH se contrae y / o propagación a través del intercambio de sangre, fluidos sexuales, y, a veces a través de la leche materna. El VIH puede ser transmitido de la madre al bebé durante el embarazo o el parto.

Prueba del VIH: Hay varias pruebas de laboratorio relacionadas con el VIH. La más común es la prueba de anticuerpos, que es un análisis de sangre que detecta los anticuerpos producidos en el cuerpo en respuesta a la infección por el VIH. Una prueba de anticuerpos negativo indica que no hay anticuerpos detectables están presentes en la sangre. La ausencia de anticuerpos puede deberse a que la persona no está infectada con el VIH o porque los anticuerpos detectables no se han hecho aún en respuesta a la infección. La producción de estos anticuerpos podría tomar tres meses o más. Por lo tanto, en ciertos casos, un individuo puede estar infectado con el VIH y todavía prueba negativa. Las personas con antecedentes de conductas de riesgo en los últimos tres meses deben considerar volver a probar. Una prueba positiva de anticuerpos generalmente consiste de un repetidamente reactivas (el mismo espécimen de prueba positivo dos veces), inmunoensayo enzimático (EIA) y una transferencia de Western reactiva (prueba de confirmación). Un resultado positivo significa que una persona está infectada con el VIH. Sin embargo, no significa necesariamente que la persona tiene SIDA o desarrollará el SIDA. Las investigaciones indican que la supervisión médica temprana y regular son importantes para determinar el estado inmunológico y proporcionar una guía que puede alargar la esperanza de vida. Ciertos medicamentos están ahora disponibles para retrasar la enfermedad asociada al VIH.

Medios para reducir el riesgo de contraer / transmitir el VIH: El riesgo de contraer o transmitir el VIH puede reducirse evitando o disminuyendo el contacto con sangre y fluidos sexuales. Algunos métodos para disminuir el contacto son: abstenerse de las relaciones sexuales, lo que limita el número de parejas sexuales, el uso correcto de los condones, no participar en el uso de drogas por vía intravenosa, y el uso de "precauciones universales" cuando sea posible el contacto con sangre y otros fluidos corporales es inevitable.

La divulgación de los resultados del examen: resultados de la prueba de VIH positivo se informará a los departamentos de salud locales y estatales. Esta información está protegida por la ley y sólo podrá liberarse previa autorización por escrito de la persona examinada o con fines estadísticos sin información de identificación individual.

Fuentes adicionales de información sobre el VIH: Información adicional con respecto a la prueba del VIH está disponible a través de su departamento de salud del condado y en el área metropolitana de Phoenix (602) 234-2752, en el área de Tucson (520) 326-8437, o llame gratis al (800) 334 -1540.

DOY MI CONSENTIMIENTO Y SOLICITAR QUE LA PRUEBA DEL VIH

HE LEÍDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y DECADENCIA DE TENER PRUEBAS DE VIH

Imprimir Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Contemporary Women's Care

Dr. Ali Baradaran

2899 N. 87th St. Suite 110

Scottsdale, AZ 85257

P (480)491-5886 F (480)491-3388

Questionario de Nuevos Pacientes

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

La razon de su visita:

Antecedentes Ginecologicos

El primer dia de mi ultima menstruacion: _____

Es regular su period menstrual? S N Cambios Emocionales? S N

Mi menstruacion ocurre cada _____ dias y dura _____ dias.

Yo uso _____ de tapones/panti-protectores al dia. Edad de mi primera menstruacion: _____

Durante mi period menstrual tengo sintomas de: ___ Colicos ___ Diarrea ___ Retencion de agua

Sangro entre menstruaciones: Ninguno Ligero Moderado Pesado Pesado w/Coagulos

Historia del uso de Substancia

Usd. Fuma? S N Bebe Alcohol? S N

Usd. Usa drogas recreativas? S N Si, cuales u cuanto? _____

Antecedentes Sexuales

Esta sexualmente activa? S N Uds. Actualmente tiene mas de una pareja? S N

Tiene sexo con: Hombre Mujeres Ambos

Tiene dolor asociado con sexo? S N Cuanto tiempo tiene con su pareja actual? _____

Ud. Practica: Sexo Vaginal Sexo Oral Sexo Anal

Ha ud. Estado expuesta a culaquier de lo siguiente: Varias Parejas Drogadictos Parejas homosexual o bisexual

Tiene razon de creer que ud. A sido expuesta al SIDA o a una pareja con VIH? S N

Ha tenido tratamiento para: Clamidia Herpes Verrugas Genitales Trichocomicosis

Hep B Sifilis Gonorrea Otro: _____

Ha tenido infeccion de la matriz, tubos falopios, o ovarios: S N Cual? _____

Cuando? _____ Fu hospitalizada? S N Hospital: _____

Historia Fisica Periodica

Fecha de su ultimo Pap: _____ Ha tenido un Pap abnormal? S N Cuando? _____

Tuvo tratamiento o seguimiento? S N Si, por favor explique? _____

Ud. Realiza examines del ceno cada mes? S N Esta actualmente dando pecho a su bebe? S N

Tiene desecho de los pezones? S N Tienes problemas del ceno? S N

Si, por favor explique:

Ha tenido mamogramas? S N Cuando? _____

Alguien de el lado maternal tiene o a tenido cancer del ceno? S N

Historia Medica Personal

Ha tenido:

Problemas Intestinales Problemas Pulmonares Problemas Cardiascos Problemas Estomago

Problemas Higado Si, por favor explique:

Ha tenido:

Embolia Infeccion de la vejiga Infeccion de rinon Atencion psiquiatrica

Alta presion Coagulos Alto colesterol Transfucion de sangre Anemia
 Venas varicosas Tendencias hemorragicas Dolor de pecho Migranas Desmayos
 Convulsiones Problemas de la tiroides Diabetes Cancer Depresion
 Cambio de peso reciente Problemas de huesos Problemas musculares

Ha tomado hormonas? S N Si ha tomado hormonas: Estrogen Estrogen/Progesterone

Existen otros problemas medicos no mencionados que deberiamos saber?

Tiene alguna alergia a algun medicamento/comida? S N Por favor de escribir alergia: _____

Esta acualmente tomando medicamento? S N Si, por favor explique: _____

Historial de Embarazos

Ha estado embarazada? S N

FECHA DE PARTO	TIPO DE PARTO	COMPICACIONES
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Planificacion de la Familia

Anticonceptivos orales: Pasado / Presente / Nunca
 Depo Provera: Pasado / Presente / Nunca
 Dispositivo(Merina or Paragaurd): Pasado / Presente / Nunca
 Diafragma: Pasado / Presente / Nunca

Condomes: Pasado / Presente / Nunca
 Tubos Amarrados: Pasado / Presente / Nunca
 Vasectomia: Pasado / Presente / Nunca
 Espuma/Ovulo Vaginal: Pasado / Presente / Nunca

Tipo de anticonceptivo que desea? _____

Cuales son sus planes fututos de embarazo? _____

Historia Familiar

Alta Presion: S N Quien? _____
 Colesterol Elevado: S N Quien? _____
 Problemas Cardiacos: S N Quien? _____
 Cancer de seno: S N Quien? _____
 Cancer de la matriz: S N Quien? _____
 Cancer de los ovarios: S N Quien? _____
 Otro tipo de Cancer: S N Quien? _____
 Diabetes: S N Quien? _____
 Problemas geneticos S N Quien? _____

Hospitalizaciones y Cirugias Anteriores

MES/ANO	ENFERMEDAD/OPERACION	COMPLICACIONES

He leído y completado el paciente nuevo formulario de historia clínica a lo mejor de mi conocimiento. No he dejado fuera ni falsificado ninguna de la información.

Firma: _____ Fecha: _____

Contemporary Women's Care

Dr. Ali Baradaran

2899 N 87th St. Suite 110

Scottsdale, AZ 85257

P (480)491-5886 F (480)491-3388

LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

_____ Autorizo Contemporary Women's Care PARA RECIBIR mis registros médicos del proveedor que aparece a continuación.

_____ Autorizo Contemporary Women's Care enviar mis registros médicos al proveedor que se menciona a continuación.

Por favor envíe:

Todos los registros

Los productos específicos:

Proveedor/Nombre de la Instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Contemporary Women's Care

Dr. Ali Baradaran

2899 N. 87th St. Suite 110

Scottsdale, AZ 85257

P (480)491-5886 F (480)491-3388

Política cita perdida:

A partir del 01 de mayo 2014 se ha producido un cambio en nuestra política de cita programada con todos los pacientes. Debido a que muchos no se presenta y reprogramaciones finales, estamos siendo forzados a comenzar los pacientes de carga que no den aviso por lo menos 24 horas antes de cancelar o reprogramar una cita con el Dr. Baradaran o nuestro técnico de ultrasonido Amy Hickey. Habrá un cargo de \$ 25.00 para los pacientes que no cancelaan o reprograman sus citas dentro de esa ventana de 24 horas. Trabajamos duro para ayudar a todas las necesidades de nuestros pacientes, y apreciamos que respetar nuestro tiempo por llegar a tiempo a las citas programadas.

Cambios en Seguros y Demografía:

Los pacientes son responsables de notificar a la oficina inmediatamente si hay algún cambio en: Información de la cobertura del seguro, dirección o número de teléfono. Nuestro objetivo es minimizar la cantidad de inconvenientes a nuestro paciente, y mantener su información al día con nuestra oficina es un factor importante en asegurarse de que le den el mejor tratamiento posible.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y entendido las políticas relativas a las citas perdidas, los cambios en la cobertura del seguro, y los cambios de dirección y número de teléfono, y que están dispuestos a cooperar con este asunto.

Gracias,

Contemporary Women's Care

Firma: _____

Fecha: _____

Contemporary Women's Care

Dr. Ali Baradaran

2899 N. 87th St. Suite 110

Scottsdale, AZ 85257

P (480)491-5886 F (480)491-3388

Acuerdo del Paciente No Conforme

A partir del 01 de Mayo 2014 se ha producido un cambio en la política de la cita programada con todos los pacientes. Debido a que muchos no se presentan y las complicaciones de la atención que esto puede causar, ahora nuestra política de la oficina para terminar la relación médico/paciente, si el proveedor lo considera un paciente no conforme. Esta determinación se puede hacer debido a la negatividad de un paciente para cooperar con el tratamiento o la incapacidad del paciente para mantener un seguimiento de las citas. Después de que un paciente no se presente a las citas programadas, una llamada de seguimiento se hace por nuestra oficina en un intento de reprogramar la cita . Después de dos si no se presenta a las citas programadas, sin respuesta a nuestro intento de cambiar la fecha, los pacientes recibirán una llamada de advertencia de que el médico está considerando terminar la relación médico/paciente debido a incumplimiento. Si el paciente no responde, o que aún no cumple con el tratamiento recomendado, recibirán una carta de despido que detalla la razón de la terminación . Después de que un paciente recibe una notificación de retiro de cuidado, tendrán 30 días de la fecha de la notificación de encontrar otro lugar para cuidado de salud. Firmando a continuación, usted acepta los términos del Contrato de Pacientes No Conforme.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____