

Nombre: _____ **Número de Seguro Social:** _____ - _____ - _____

Apodo o nombre preferido: _____ **Pronombre de género (ex: ella, el):** _____

Ingreso anual, antes de impuestos? _____ **Cuántas personas están apoyados por este ingreso?** _____

Si está casada, ¿cuál es el ingreso anual de su cónyuge, antes de impuestos? _____

¿Necesita un intérprete para comunicarse en inglés?

Sí No

¿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"/> Centro de acogida |
| <input type="checkbox"/> Vivo permanentemente con parientes/amigos | <input type="checkbox"/> Calle, en un camping/vehículo |

¿Cuál es su etnia?

- Hispana
 No hispana
 Prefiero no contestar

Sabemos que estas categorías no capturan la gran diversidad de nuestras pacientes. Si ninguno de estos son aptos para usted, por favor marque "prefiero no contestar."

¿Cuál es su raza?

Marque todas las que sean

- Indígena Americana
 Nativa de Alaska
 Asiática
 Afroamericana o Negra
 Hawaiana
 Nativa de Islas del Pacífico
 Blanca/Caucásica (incluye el Medio Este)
 Prefiero no contestar

¿Cuál es su idioma principal?

¿Hace usted el trabajo agrícola?

- No
 Sí, hago el trabajo agrícola parte del año
 Sí, viajo para el trabajo agrícola

¿Es usted una veterana de las fuerzas armadas de los EE.UU.?

Sí No

Contacto de emergencia: _____

Relación con usted: _____

Teléfono: _____

¿Tiene alguna discapacidad física o mental?

Sí No

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?

- feria de la salud
 relativo /amigo
 otro proveedor de servicios médicos
 anuncio de la impresión
 caminando enfrente de la clínica
 búsqueda en la Web
 Yelp

Programas De Acceso A La Salud Certificación de Elegibilidad del Cliente (CEC) para el Programa Family PACT

Número de identificación del cliente

Este formulario es propiedad de la Oficina de Planificación Familiar del Departamento de Salud Pública del Estado de California y no puede ser modificado o alterado.

Escriba todas sus respuestas en **letra de molde**. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, ingresos y seguro de atención de la salud son para determinar si es elegible para los servicios del programa Family PACT.

- Los proveedores tienen que guardar la copia original de este formulario en su registro médico.
- **Los espacios para el código son sólo para el uso del Proveedor.**
Code areas are for Provider use only. (See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)

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

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC)? Sí No

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

¿Tiene un seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar? (Seguro privado, organización de mantenimiento de la salud (HMO), plan de atención administrada, seguro de salud para estudiantes, etc.) Sí No

¿Tuvo gastos de su propio bolsillo por servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos por el programa Family PACT en los 3 meses inmediatamente anteriores a su inscripción en el programa Family PACT?

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

Provider Use Only—CODE

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

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

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

Número de nacimientos vivos	Condado en que reside	<i>Provider Use Only—CODE</i>	Código postal de nueve cifras
-----------------------------	-----------------------	-------------------------------	-------------------------------

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

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Lugar de nacimiento (condado, si es California)	<i>Provider Use Only—CODE</i>	Estado (si no es California)	<i>Provider Use Only—CODE</i>	País (si no es EE.UU.)	<i>Provider Use Only—CODE</i>
____ / ____ / ____						

Raza/étnica

1 <input type="checkbox"/> Asiático	2 <input type="checkbox"/> Negro	3 <input type="checkbox"/> Filipino	4 <input type="checkbox"/> Hispano
5 <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano	6 <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico	7 <input type="checkbox"/> Blanco	0 <input type="checkbox"/> Otro


Idioma Primario

3 <input type="checkbox"/> Inglés	1 <input type="checkbox"/> Armenio	2 <input type="checkbox"/> Cantonés	4 <input type="checkbox"/> Hmong	5 <input type="checkbox"/> Khmer/Camboyanos
8 <input type="checkbox"/> Español	6 <input type="checkbox"/> Coreano	7 <input type="checkbox"/> Tagalog	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. No se divulgará su nombre. Todas las personas tienen derecho a examinar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que esté 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: Indique todos los miembros de la familia (usted, su cónyuge y sus hijos) que viven en su casa y se mantienen con los ingresos de la familia. Indique la fuente de todos los ingresos del trabajo o ingresos por ganancias o rentas, y la cantidad de los ingresos, incluyendo ingresos de salario, trabajo por cuenta propia, propinas, comisiones, pensiones, seguro social, mantención de los hijos y/o del cónyuge, pagos periódicos de seguro, discapacidad, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos, beneficios 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 bajo las leyes de California que la información que he dado en este formulario es verdadero, correcto y completo. 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
---------------------------------	-------	--	-------

Sólo para uso de el proveedor (For provider use only)

Provider certification: Eligible for Family PACT Program/*Elegible para el programa Family PACT*
 Ineligible for Family PACT Program (Give applicant Fair Hearing Rights.)/
Inelegible para el programa Family PACT (Indicar al solicitante su Derecho de 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 de audiencia equitativa

Todos los que soliciten o reciban servicios del programa Family PACT tienen derecho a una audiencia 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 Family PACT.

Revisión de primer nivel: Si desea apelar ya sea la denegación de elegibilidad o de la obtención de servicios, envíe 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 matasellos postal de las solicitudes de revisión de 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 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 solicitar una audiencia formal a no más de 90 días de la fecha en que fue notificado que no era elegible, que no le iban a proporcionar, o que se dejarían de proporcionar los servicios que quería. Si tiene un buen motivo por no haber podido solicitar una audiencia en el plazo de 90 días, igualmente puede solicitar una audiencia. Si proporciona *buena causa* es posible que le programen una audiencia. Proporcione toda la información solicitada, como su nombre y apellido, número de teléfono, dirección y el motivo por el que solicita la audiencia formal, y envíe la información a la dirección correspondiente a las audiencias formales a continuación. Si desea, también puede adjuntar una carta y explicar por qué cree que la medida tomada no es la correcta. También puede llamar al número de teléfono de Investigación y Respuesta Pública (Public Inquiry and Response) a continuación. Si le cuesta comprender inglés, no se olvide de indicar el idioma que habla para que se puedan hacer arreglos para ayudarlo con el idioma en la audiencia. Si tiene un representante autorizado, no se olvide de indicar su nombre, número de teléfono y dirección. Guarde una copia de su solicitud de audiencia como comprobante. Puede presentar su solicitud de audiencia formal de dos maneras:

Revisión de primer nivel
 California Department of Public Health
 Office of Family Planning
 P.O. Box 997420, Mail Station 8400
 Sacramento, CA 95899-7420

Audiencia formal
 California Department of Social Services
 State Hearings Division
 P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
 Sacramento, CA 94244-2430

o llame sin cargo a
 Department of Social Services
 State Hearings Division
 Public Inquiry and Response
 1-800-952-5253 ó 1-800-743-8525
 TDD 1-800-952-8349
 Fax: (916) 651-5210

Privacidad Electrónica en la Clínica Comunitaria de la Mujer

EPIC

Clínica Comunitaria de la Mujer utiliza un sistema electrónico para el historial clínico llamado Epic. Registros en Epic se pueden compartir con otras instituciones que utilizan el mismo sistema, como Kaiser y UCSF. La información que puede ser compartida incluye los medicamentos, sus análisis de laboratorios, y las notas de sus visitas con su proveedor.

¿Por qué esto puede ser útil? - Compartir esta información le puede dar mejor atención. Si usted va a una sala de emergencia que utiliza Epic, será capaz de ver su historial médico. Si usted ve un nuevo proveedor que utiliza Epic, usted no tendrá que transferir sus archivos a ellos.

¿Por qué esto podría no ser adecuado para usted? - Si usted viene a la Clínica Comunitaria de la Mujer porque usted tiene preocupaciones sobre la privacidad, usted debe saber que esta información puede ser compartida con otros proveedores. Por ejemplo, si usted tenía seguro de Kaiser a través de sus padres, su proveedor de Kaiser podía ver el método contraceptivo que lea prescrito su médico.

Podemos bloquear su registro para que su información no sea visible a otras instalaciones a través de Epic. Por favor, consulte nuestro documento de Aviso de Prácticas de Privacidad de otras maneras en que podemos usar su información de salud.

- Favor de **bloquear** mi expediente para que mi información no sea visible a otros proveedores a través de Epic.
- Por favor, mantenga mi expediente **abierto** para que otros proveedores que utilizan épica puedan ver mi información si necesitan.

Otros proveedores e instalaciones sólo pueden ver su información si usted es o ha sido su paciente, y ellos tienen que seguir las leyes estatales y federales de privacidad como nosotros.

Registro de Vacunación de California

La Clínica Comunitaria de la Mujer tiene que reportar todas las inmunizaciones (vacunas) al Registro de Vacunación de California. Esto es muy útil para asegurarse de que usted obtenga todas sus vacunas, y no reciba las vacunas que no necesita. Sin embargo, si usted está aquí por razones de privacidad, queremos que sepan que su proveedor de la escuela o la familia pueden ver las inmunizaciones que se hizo en nuestra clínica.

Tenemos que informar al registro estatal sobre su vacuna, pero podemos decirle al registro que nunca comparta su información de inmunización con otros proveedores. Si usted quiere que hagamos eso, necesitamos que firme un formulario de consentimiento especial.

- No permito** al Registro de Vacunación para compartir mi información de inmunización con otros proveedores.
- Yo permito** al Registro de Vacunación para compartir mi información de inmunización con otros proveedores.

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

Health History Form

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias a medicamentos, látex, o mariscos: _____

Medicamentos Actuales: _____

Tu Historia Médica:

No Sí ansiedad	No Sí desorden de sangrar o coágulos en las piernas o en los pulmones
No Sí depresión	No Sí hipertensión (presión alta)
No Sí otra preocupación de salud mental: _____	No Sí problemas de corazón o colesterol alto No Sí incontinencia
No Sí asma o enfermedad de los pulmones	No Sí derrame cerebral
No Sí cáncer	No Sí migrañas o dolores de cabeza
No Sí VIH	No Sí problemas o cirugía del seno

¿Has tenido alguna vez? ¿Si sí, cuando?

- Herpes (oral/genital) _____ verrugas genitales _____
- Clamidia _____ exámen positivo de VPH (virus de papiloma humano) _____
- Gonorrea _____ Sífilis _____

¿Cuándo fue tu último Papanicolaou? _____

¿Has tenido alguna vez un Papanicolaou anormal? No Sí. ¿Si sí, cuándo? _____

¿Cuándo fue tu última mamografía? (La mamografía es un rayo x especial del seno) _____

¿Has tenido una mamografía anormal? No Sí. ¿Si sí, cuándo? _____

¿Tienes alguna otra condición médica? _____

¿Has tenido alguna cirugía? _____

Tu Historia Médica Familiar

¿Fuiste adoptada? No Sí

	Dínos cuales miembros de tu familia han tenido el siguiente (solo padres, abuelos, hermanos, e hijos) (Favor de notar materno o paterno)
Cáncer de seno (incluye tías)	
Cáncer de ovario (incluye tías)	
Otro tipo de cancer	
Ataque de corazón/ enfermedades del corazón	
Diabetes	
Colesterol alto	
Hipertensión (presión alta)	
Enfermedad de los riñones	
Derrame cerebral o coágulos de sangre en la vena	
¿Otra enfermedad grave?	

Número de: embarazos: _____ partos: _____ abortos espontáneos: _____ abortos: _____ hijos vivos: _____

¿Algún problema con los embarazos? No Sí _____

¿Recibiste vacunas básicas de niñez? No Sí

¿ Cuándo fue tu último: Vacuna contra la Influenza? _____ Vacuna contra el tétano (Tdap or Td)? _____