

El Derecho de tener una Copia en Papel de Este Aviso. Usted tiene el derecho de tener una copia en papel de este aviso. Nos puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque usted esté de acuerdo de recibir este aviso electrónicamente, todavía está titulada de tener una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio de web, www.swhc.net.

Cambios de este Aviso: Reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacerlo eficaz para la información de usted que ya tenemos y para cualquiera información del futuro también. Pondremos una copia del aviso actual en la oficina. Cada vez que se registre usted en la oficina, le ofreceremos a usted una copia del aviso actual.

Las Quejas:

Si cree usted que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con la Secretaria del Departamento de Salud y Los Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser entregadas en forma escrita.

No será penalizada por presentar una queja.

Para presentar una queja con la oficina,

El contacto: Tracey E. Barb (la directora de la oficina) o correo electrónico – tbarb@swhc.net

Teléfono: (540) 438-1314 Teléfono gratuito: (877) 438-1314 Fax: (540) 438-0797

Dirección: 240 Lucy Drive, Harrisonburg, VA 22801

Otros Usos de la Información Médica:

Otros usos y otras revelaciones de información no cubiertos por este aviso serán hechos solamente con su permiso escrito. Puede revocar ese permiso en forma escrita en cualquier momento. Entienda que no podemos revocar ninguna revelación permitida, y que somos requeridos de retener los registros de su cuidado.



HIPAA Aviso de Las Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como se puede usar y revelar la información medica de usted y como usted puede obtener esta información. Repase con cuidado, por favor.

Nuestra Promesa acerca de la Información Médica:

Entendemos que la información médica acerca de usted y de su salud es personal. Estamos comprometidos de proteger su información médica. Creamos un registro del cuidado que recibe usted en esta oficina para proveerle el cuidado de calidad y para acceder a los requisitos legales. Este aviso le dirá de las maneras en que usamos y revelamos su información médica. Describimos también sus derechos y las obligaciones que tenemos del uso y la revelación de su información médica. Estamos requeridos por la ley de estar seguros que la información médica que le identifica, siempre está privada; de darle este aviso de nuestras prácticas de privacidad con respeto de su información médica; y de seguir los términos del aviso actual.

Quién Seguirá este Aviso:

Este aviso describe las prácticas de nuestra oficina. Podemos compartir la información entre nosotros para su cuidado.

Cómo Podemos Usar y Revelar la Información Médica de Usted:

Para el Tratamiento. Podemos usar la información de usted para proveerle con el tratamiento médico. Podemos revelar la información médica de usted al personal de la oficina y a otras personas involucradas en su cuidado.

Para el Pago. Podemos usar y revelar la información de usted para la aseguranza y el pago de servicios.

Para Operaciones del Cuidado de Salud. Podemos usar y revelar la información de usted para operaciones de práctica para que esté seguro que recibe usted el cuidado de calidad y para los propósitos de aprender.

Para los Recuerdos de Citas. Podemos usar y revelar la información para recordarle de sus citas.

Para los Mensajes por el Teléfono. Podemos llamarle y dejar un mensaje con cualquier persona que conteste el teléfono en su casa o en su máquina de contestar al menos que usted nos diga que no.

Las Alternativas del Tratamiento. Podemos usar y revelar la información para decirle de las opciones de tratamiento.

Los Beneficios de Salud y los Servicios. Podemos decirle de los beneficios de salud o de los servicios.

Las Personas Involucradas en Su Cuidado o en el Pago para Su Cuidado. Podemos publicar la información médica de usted a un amigo o a un miembro de la familia que está involucrado en su cuidado médico o que le ayuda pagar su cuidado médico. Podemos revelar la información médica de usted para atender un alivio de un desastre natural.

Cómo La Ley nos Requiere. Revelaremos la información de usted cuando la ley nos requiera.

Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad. Podemos usar y revelar la información de usted para prevenir una amenaza grave a su salud o a su seguro, al público, o a otra persona.

Situaciones Especiales:

La Donación de un Órgano o de Tejido. Si usted es un donante de órganos, podemos revelar su información a los bancos de órganos.

El Ejército y Los Veteranos. Podemos revelar la información del personal al ejército cuando estamos requeridos.

La Compensación de Trabajadores. Podemos revelar la información de usted para la compensación de trabajadores.

Los Riesgos de la Salud Pública. Podemos revelar la información de usted para las actividades de la salud pública.

Las Actividades de los Descuidos de Salud. Podemos revelar la información a una agencia del descuido de salud.

Las Demandas y Las Disputas. Podemos revelar la información de usted en respuesta a un juicio o una orden administrativa, una citación, o otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero solamente si esfuerzos han sido hechos de informarle del pedido.

El Departamento de los Autoridades. Podemos revelar la información al departamento de las autoridades como la ley nos requiere.

El Médico Forense, Los Examinadores Médicos, y Los Directores del Funeral. Podemos revelar la información a un médico forense, un examinador médico, o un director del funeral cuando sea necesario.

El Seguro Nacional y las Actividades de Inteligencia y los Servicios Protectores para el Presidente. Podemos revelar la información de usted a los oficiales federales autorizados para las actividades del seguro nacional.

Los Reclusos. Podemos revelar la información de los reclusos a un instituto penitenciario o al departamento de los autoridades.

Tiene usted los derechos siguientes de su información médica que mantenemos para usted:

El Derecho de Repasar y Copiar. Tiene usted el derecho de repasar y copiar su información médica. Esto incluye los registros médicos y los registros de pago, pero no incluye los memos de psicoterapeuta. Debe entregar este pedido en forma escrita a Shenandoah Women's Healthcare. Podemos cargarle por el costo de las copias. Podemos denegar su pedido de repasar y copiar. Puede solicitar que la denegación sea repasada. Otro profesional de salud, no la persona que denegó su pedido, repasará su pedido y la negación. Cumpliremos con el resultado del repaso.

El Derecho de Modificar. Si cree usted que su información no está correcta o no está completa, puede pedir que modifiquemos la información. Puede solicitar una modificación mientras que la oficina tenga esta información. Su pedido tiene que incluir la razón, ser en forma escrita, y ser entregada a Shenandoah Women's Healthcare. Podemos denegar su pedido si pide que modifiquemos la información que no creamos, al menos que la persona que creó la información no está disponible; o que no es parte de la información que tiene la oficina; no es información que sería permitido por usted de repasar y copiar; o es correcta y completa.

El Derecho de Tener una Contabilidad de Revelaciones. Tiene usted el derecho de solicitar una lista de la contabilidad de las revelaciones de su información médica que hicimos. Tiene que entregar su pedido en forma escrita a Shenandoah Women's Healthcare. Su pedido tiene que tener un período de tiempo, no más que seis años, y tiene que indicar si quiere usted la lista en papel o en forma electrónico. Su primera lista solicitada dentro de un año es gratis.

El Derecho de Solicitar Restricciones. Tiene usted el derecho de solicitar una restricción o una limitación de la información de usted que usamos o revelamos para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado de salud, o que revelamos a una persona involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado. **No somos requeridos de estar de acuerdo con su pedido.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su pedido al menos que la información esté necesitada en una emergencia. Tiene que solicitar la restricción en forma escrita a Shenandoah Womens Healthcare. Tiene que decirnos (1) cual información quiere limitar usted; (2) si quiere limitar nuestro uso, nuestra revelación, o los dos; y (3) a quién quiere que las limitaciones se apliquen.

El Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene usted el derecho de solicitar que comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos en una manera o una locación específica. Tiene que hacer la solicitud en forma escrita a Shenandoah Womens Healthcare. No le pediremos a usted la razón para su pedido. Su pedido tiene que especificar cómo o dónde desea usted que le contactemos. Tenemos el derecho de denegar su pedido.

Por favor, tenga todo papeleo del paciente nuevo llenado completamente a su llegada a su cita. Si el papeleo de paciente nuevo no se ha completado su cita será cambiada y una multa de \$26.00 será aplicada a su cuenta.

Por favor note que habrá una multa de \$26.00 si el paciente no se presenta a su cita o si no da un aviso de 24 horas de la cancelación de la cita.

¡Conéctate Con Nuestro Portal de Paciente!

- 1. Realice pagos en línea**
- 2. Ver resultados de pruebas y de laboratorio**
- 3. Solicite rellenos de recetas**
- 4. Solicite citas**
- 5. Envía y recibe mensajes en línea seguros**

Obtiene regístrate al darle a nuestro personal de la oficina su dirección de correo electrónico a la hora de registro.

Office Use Only:
Patient Number _____

Shenandoah Women's HealthCare
The Spa at Shenandoah

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____
Estado Civil: _____ Numero de Seguro Social: ___-___-___ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____
Numero de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
Empleador: _____ Dirección: _____

Nombre de Esposo: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Numero de Seguro Social: ___-___-___ Numero de Contacto: _____
Empleador: _____ Dirección: _____

Tiene seguro medico? Si no, como tiene la intención de pagar? Efectivo Cheque Tarjeta de Crédito
Primaria Compañía de Seguro: _____ Dirección: _____
Nombre de Titular: _____ Numero de Identificación: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Numero de Seguro Social: ___-___-___ Numero de contacto: _____
Dirección del Titular: _____
Secundaria Compañía de Seguro: _____ Dirección: _____
Nombre de titular _____ Número de Identificación: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Numero de Seguro Social: ___-___-___ Numero de Contacto: _____
Dirección del Titular: _____
Pariente mas cercano que no viva con usted: _____ Numero de Teléfono: _____
Dirección: _____ Relación: _____
En caso de emergencia por favor, comuníquese con: _____ Numero de teléfono: _____

Información Financiera

Asignación de los beneficios

Reconozco que autorizo el pago directo por cualquier tipo de servicio medico recibido por esta oficina. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cargo medico incurrido por mi o por mi compañía de seguros.

Autorización para la disponibilidad de información

Autorizo la disponibilidad de cualquier información necesaria para mi cuidado medico o por el procesamiento de las compañías de seguro.

Póliza Financiera

Las obligaciones de pago por una visita al medico tiene vencimiento al momento del servicio. Arreglos por balances que la compañía de seguros no ha pagado, puede ser hecho. En el caso de que mi cuenta sea enviada a una compañía de colecciones, yo estoy de acuerdo con pagar todos los costos relacionados a la colecciones, los costos de la corte, y los costos de los abogados, y una cuota de colección de 25% y un interés de 18%

Firma _____ Fecha _____

Fecha _____
Firma del padre o la madre o de un guardián titular legal si el paciente tiene menos de 18 años.

Autorización para Revelar Información

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Shenandoah Women's HealthCare esta autorizado revelar información protegida de salud acerca del nombre mencionado arriba a las entidades mencionadas a continuación. El propósito es informar al paciente y otros de acuerdo con las indicaciones del paciente.

Entidad para recibir información:

Marque / circule cada persona / entidad que usted apruebe para recibir información.

Descripción de la información que se revelada

Marque que se puede dar a la persona / entidad a la izquierda en la misma sección.

Correo de Voz (Solo Paciente)

Resultados/Citas/Finanzas

Cónyuge (proporcione el nombre & numero de teléfono)

Resultados/Citas/Finanzas

Correo de Voz

Padres (proporcione el nombre & numero de teléfono)

Resultados/Citas/Finanzas

Correo de Voz

Otro (proporcione el nombre & numero de teléfono)

Resultados/Citas/Finanzas

Correo de Voz

Información del Paciente

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgara tal como se describe en este documento. Entiendo que la revocación no es eficaz en los casos en que la información ya ha sido revelada, per se harán efectivos en el futuro.

Entiendo que la información usada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Yo entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento no estará condicionado a la firma. La presente autorización estará vigente hasta que sea revocado por el paciente.

Firma de Paciente o Representate Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representate Personal (adjunte la documentación necesaria)

**EL RECONOCIMIENTO DE RECIBIR EL AVISO
DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Shenandoah Women's HealthCare.

(Firma en Letra, por favor)

(Firma)

(Fecha)

Para el Uso de la Oficina Solamente

Tratemos de obtener el reconocimiento escrito de recibir nuestro Aviso de Las Prácticas de Privacidad, pero el reconocimiento no pudo ser obtenido porque:

- La persona rechazó de firmar.
- Una barrera de comunicación prohibió de obtener el reconocimiento.
- Una emergencia nos prohibió de obtener el reconocimiento.
- Otro (Por favor especifique)

Información De Ingreso

Nombre:	Fecha De Nacimiento:	Acct. #:	Fecha:
Nombre que usted prefiere que usemos:			
Teléfono del trabajo: ()	Contacto De Emergencia:		
Teléfono de la casa: ()	Relación con la paciente:		
Teléfono celular: ()	Otros Teléfonos:		
¿Cómo se entero de nosotros?			
¿Por qué tiene una cita con nosotros?			
Si usted esta aquí para un examen anual, es una consulta <input type="checkbox"/> De salud en general <input type="checkbox"/> Solamente Ginecológica			
¿Este problema es nuevo?			
Por Favor, detalle su problema, incluyendo a donde, severidad y por cuanto tiempo ha esperado:			
Para Uso De Oficina Solamente:			
Weight:	Height:	BP:	Pharmacy:

Historia Ginecológica

	Notas Del Doctor
Edad en que le comenzó el período:	
Fecha del ultimo período:	
¿Cuántos días entre sus períodos?	
¿Cuántos días tarda sus períodos?	
¿Qué usa para planificación familiar?	
Fecha de su ultimo Papanicolaou Resultado:	
¿Ha tenido un Papanicolaou anormal?	
¿Qué se requirió hacer después?	
Ultimo Mamografía: Fecha: Resultado:	
Análisis de los huesos: Fecha: Resultado:	
Colonoscopia: Fecha: Resultado:	
¿Tiene relaciones sexuales?	
¿Quiere análisis para detectar infecciones sexuales?	

Si no prefiere contestar estas preguntas, déjelos en blanco; usted puede hablarlo con su doctor o su partera.

Historia Obstétrica

Acct. #:

	Fecha De Nacimiento	Peso Al Nacer	Sexo	Semanas De Embarazo	Modo De Parto O Aborto (Natural, Cesárea, ETC.)	¿Complicaciones?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Notas del doctor acerca de la historia obstétrica:						

Historia Personal De Enfermedades

Enfermedades	Si (Fecha)	No	Notas Del Doctor
Asma			
Infecciones de los riñones			
Infecciones sexuales			
Diabetes			
Presión alta			
Golpe Cerebral			
Coágulos en los pulmones o piernas			
Cáncer			
Problemas del estomago			
Depresión/Ansiedad			
Úlcera			
Transfusión de sangre			
Colesterol alta			
PCOS			
Problemas del tiroides			
Heridas-Fracturas			
Otros problemas:			

Si no prefiere contestar estas preguntas, déjelos en blanco; usted puede hablarlo con su doctor o su partera.

Historia Social

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Comprometida	<u>Notas Del Doctor</u>
Historia Sexual <input type="checkbox"/> Nunca he tenido relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Ahora no tengo relaciones sexuales <input type="checkbox"/> Ahora tengo relaciones con <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Hombres	
Nivel De La Escuela Completo:	
Ocupación:	
Idiomas:	
Ejercicio: <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diario	
Dieta: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Especial:	
Tabaco : <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Antes, Lo Dejo _____ <input type="checkbox"/> Fumo Ahora	
Cafeína: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado	
Alcohol: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Moderado	
Drogas: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raro <input type="checkbox"/> Ahora Uso: _____	

Medicinas (Hormonas, Vitaminas, Hierbas, Medicinas Sin Recetas)

Nombre	Dosis	Numero Al Día	¿Por qué toma la medicina?	¿Quién La Receto?

Cirugías Ginecológicas (Cesáreas, Esterilizaciones, Quistes, Cirugía Del Cerviz, Histerectomía, ETC.)

Fecha	Cirugías	Razón	Notas Del Doctor

Alergias

Medicinas	Reacción Alérgica

Si no prefiere contestar estas preguntas, déjelos en blanco; usted puede hablarlo con su doctor o su partera.

Cirugías/Hospitalizaciones

Fecha	Cirugías	Razón	Hospital

Inmunizaciones/Pruebas

	Si	No Se	No	Fecha		Si	No Se	No	Fecha
Antitoxina Del Tétano					Vacuna Para La Gripe				
Vacuna Para Hepatitis Tipo A					Vacuna Para Hepatitis Tipo B				
Vacuna Para Varicela					Vacuna Para Neumonía				
Vacuna Gardasil (Vacuna contra VPH)					Vacuna Para Sarampión-Paperas-Rubela				
Varicela					Prueba de Tuberculosis				
Resultado:									

Historia Familiar

Madre	<input type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Difunto-Causa:	Edad:	Padre	<input type="checkbox"/> Vivo	<input type="checkbox"/> Difunto-Causa:	Edad:
Hermanos/as: Vivos	Cuantos Difuntos:		Causa(s)/A que edad:				
Hijos/as: Vivos	Cuantos Difuntos:		Causa(s)/A que edad:				
Enfermedades	Cual Pariente Y A Que Edad			Notas Del Doctor			
Cáncer-Pecho							
Cáncer-Colon							
Cáncer-Ovario							
Cáncer-Útero							
Golpe Cerebral-Coágulos							
Depresión							
Diabetes							
Enfermedad Cardíaca							
Colesterol Alta							
Presión Alta							
Problemas Del Tiroides							
Ataque Al Corazón							
Osteoporosis							

Si no prefiere contestar estas preguntas, déjelos en blanco; usted puede hablarlo con su doctor o su partera.

	Ahora	Antes	
1. General			
Fatiga			
Cambio de peso			
2. Ojos			
Anteojos/Lentes de contacto			
3. Oídos/Nariz/Garganta			
Problemas con oír			
4. Corazón			
Dolor del pecho			
Falta de aire con ejercicio			
Latido irregular del corazón			
5. Pulmones			
Tos			
Falta de aire			
6. Intestino			
Estreñimiento			
Diarrea			
Sangre en la evacuación			
7. Genitourinario			
Dolor cuando orina			
Escape de orina			
Sangre vaginal			
8. Musculo Esqueléticas			
Dolor en articulaciones músculos			
9. Piel			
Erupciones			
Lesiones			
10. Pechos			
Masa(s)			
11. Neurológico			
Dolor de cabeza			
12. Psiquiátrico			
Depresión/Ansiedad			
13. Endocrina			
Intolerancia del calor/frío			
14. Hematología			
Moretones con facilidad			
15. Alergias			
Estacional			
16. Enfermedades Reumatológica			
Artritis			
Otro			
17. Problemas Urológicos			
Perdida de orina			
Infección de orina			
Otra			
18. Otros problemas médicos			
Información completada por: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Doctor/Partera <input type="checkbox"/> Otro:			
Firma del paciente:		Reviewed By:	

Si no prefiere contestar estas preguntas, déjelos en blanco; usted puede hablarlo con su doctor o su partera.