

**Historia médica masculina**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

NUM. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA CLINICA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ F. DE NAC. \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

(Por favor escriba claramente con letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_  
**CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO**  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Tel. del trabajo \_\_\_\_\_ Pager/Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Por favor marque todas las maneras en que podemos contactarlo:**

Llamarle a su casa  Llamarle al trabajo  Dejar mensaje  Escribirle a su casa (en sobre blanco)  Otra \_\_\_\_\_

**¿Podemos decir que llamamos de Planned Parenthood si le llamamos?**  Sí  No Si no, pregunte por la clave del nombre de la clínica \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Clave del nombre de la clínica  Sí  No \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

Escriba una lista de todos sus problemas médicos presentes: \_\_\_\_\_

Escriba una lista de las medicinas que está tomando o que toma frecuentemente y que compra en la farmacia, incluyendo medicina naturista y vitaminas \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted cirugía, una enfermedad mayor, ha sido paciente en un hospital, recibido transfusión de sangre o ha estado expuesto a productos derivados de la sangre?  Sí  No Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Vacunación – ¿Ha recibido algunas de estas vacunas?**

Rubéola  Sí  No Serie de Hepatitis B  Sí  No

**Si ha tenido otros, describa:** (e.g. Polio, Paperas, Viruelas, Tétano, etc.) \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Si es usted **ADOPTADO** y no conoce la historia médica de su familia biológica, no conteste esta sección.

Indique quiénes de sus familiares de sangre (SOLAMENTE padres, hermanos o hermanas) tienen o han tenido cualquiera de los siguientes problemas. (Escriba NINGUNO, si no son aplicables)

¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?
_____	_____	_____	_____	_____
Ataque al corazón / enfermedad coronaria	Presión alta	Embolio	Espina bífida	
_____	_____	_____	_____	
Alto colesterol / Grasas en la sangre alta	Flebitis/ coágulos en las venas	Diabetes		
_____	_____	_____		
Anemia falciforme / Enf. Sist. Nervioso /Talasemia/ Acido en la orina	Cáncer			
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién?	Tipo:	_____

Si han tenido otros, describa: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Ocupación \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol?  Sí  No Si es así, ¿con qué frecuencia/cuánto? \_\_\_\_\_

¿Usted usa drogas de la calle, recreativas o se inyecta drogas?  Sí  No Si es así, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE ITS**

Check if you have had one of the following Sexually Transmitted Infections (STIs):

- Herpes
- Gonorrea
- Sífilis
- Hepatitis B/Hepatitis C
- Clamidia
- Verrugas venéreas/VPH
- Molusco contagioso
- Pareja con uretritis o con otra ITS
- Tricomonas
- Sarna/Piojos púbicos
- Otra, describa: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE ITS

Sí  No ¿Está usted usando anticonceptivos actualmente? Si es así ¿Cuál método? \_\_\_\_\_

Problemas (si los hay) \_\_\_\_\_

Sí  No  No estoy seguro ¿Su pareja está usando un método anticonceptivo? Si es así ¿Cuál método? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Quiere más información sobre métodos anticonceptivos?

## HISTORIA SEXUAL

Estas preguntas pueden parecer personales pero nos ayudan a evaluar su salud. Toda la información es confidencial. Por favor, conteste sólo las preguntas de las que se sienta cómodo contestar.

¿Ha tenido usted relaciones sexuales?  Sí  No Si es así, edad a la cual tuvo su primera relación \_\_\_\_\_

¿Tiene usted relaciones sexuales actualmente?  Sí  No

Es su contacto (✓ todas las que apliquen):  Vaginal  Anal  Oral  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha tenido más de 1 pareja durante el último año?  Sí  No ¿Cuántos/as? \_\_\_\_\_

¿Son su(s) pareja(s)  Mujeres  Hombres  Ambos

¿Practica el sexo seguro?  Sí  No ¿Usa condones?  Sí  No

¿Le gustaría recibir información sobre el sexo seguro?  Sí  No Al lado de abstinencia, el sexo seguro, (los condones) son su mejor defensa contra infecciones transmitidas sexualmente (ETS).

¿Quiere hacerse pruebas de las infecciones de transmisión sexual  Sí  No ¿Quiere hacerse prueba del VIH?  Sí  No

¿Tiene preguntas o alguna preocupación sobre la violación sexual, abuso sexual o físico que quisiera discutir hoy?  Sí  No

## REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene algo de los siguiente? (Por favor ✓ marque todas las que apliquen):

### 1. GENERAL

- Sí  No Mi salud es buena por lo general  
 Sí  No Problema de alcohol o drogas  
 Sí  No Reciente ganancia o pérdida de 25 libras  
 Sí  No Cáncer: Pasado/Presente Tipo: \_\_\_\_\_

### 2. CARDIOVASCULAR

- Sí  No Respiración dificultosa (no causada por ejercicio o por fumar)  
 Sí  No Coágulos en la sangre  
 Sí  No Enfermedad del corazón  
 Sí  No Soplo en el corazón  
 Sí  No Toma medicamentos antes de trabajo dental  
 Sí  No Embolio  
 Sí  No Alta presión

### 3. OJOS

- Sí  No Problemas de los ojos / problemas visuales (no relacionados a necesitar o usar lentes)

### 4. NEUROLÓGICO

- Sí  No Ataques / Epilepsia  
 Sí  No Migrañas (diagnosticadas)  
 Sí  No Cambios visuales  
 Sí  No Otros dolores de cabeza severos

### 5. OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y BOCA

- Sí  No Problema auditivo  
 Sí  No Frecuentes sangrados de la nariz (más de 1 por mes)  
 Sí  No Frecuentes dolores de garganta (más de 1 por mes)

### 6. RESPIRATORIO

- Sí  No Asma Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Sí  No Tuberculosis Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Sí  No Enfermedad de los pulmones

### 7. GASTROINTESTINAL

- Sí  No Náusea / vómito (sin relación con el embarazo)  
 Sí  No Dolor abdominal (sin relación con cólicos menstruales)  
 Sí  No Problemas del estómago / para defecar  
 Sí  No Enfermedad del hígado  
 Sí  No Enfermedad de la bilis

### 8. ALERGIAS / INMUNOLÓGICO

- Sí  No Fiebre del heno  
 Sí  No ¿Tiene alergias a medicinas?  
Si es así, escríbalas \_\_\_\_\_  
 Sí  No ¿Tiene alergias a comidas?  
 Sí  No ¿Historia de Lupus u otra enfermedad autoinmune?

### 9. PIEL / SENOS

- Sí  No Acné  
 Sí  No Dolor en sus senos (sin relación con menstros)  
 Sí  No Líquido que sale de sus pezones  
 Sí  No Masa/bola en su seno  
 Sí  No Enfermedad del seno / tumor / cirugía

### 10. GENITAL URINARIO

- Sí  No Problemas de la vejiga / riñones  
 Sí  No Dolor al orinar  
 Sí  No Orinar frecuentemente  
 Sí  No Pérdida o se le escapa la orina

### 11. PSIQUIÁTRICO

- Sí  No Depresión  
 Sí  No Ansiedad  
 Sí  No Ve a un terapeuta o psiquiatra  
 Sí  No Intento de suicidio ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Consejería  Sí  No  
 Sí  No Siente que quiere suicidarse actualmente  
 Sí  No Desórdenes del comer ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Consejería  Sí  No

12. ENDOCRINOLÓGICO

- Sí  No Diabetes
- Sí  No Problema de la tiroides
- Sí  No Diabetes con el embarazo

Últimos exámenes \_\_\_\_\_  
 Resultados \_\_\_\_\_  
 Tratamiento  Sí  No

13. HEMATOLÓGICO

- Sí  No Problemas de la sangre / Hemofilia
- Sí  No Anemia
- Sí  No Alto colesterol / Triglicéridos

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A All birth control methods pamphlet given | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Contact preference                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Method specific fact sheet given and discussed     |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Breast self exam brochure offered        | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A STI information offered           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A if patient <18, Adolescent counseling per protocol |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Consent form signed                      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Information about safer sex given | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Birth control method and back-up method explained  |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A Reading FDA inserts encouraged           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A HIV information offered           |  |
- Patient verbalizes how to safely stop the method of choice and how to use alternate birth control methods including barrier methods, which prevent HIV and other sexually transmitted infections.

STAFF SIGNATURE / TITLE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Actualización de la historia médica /Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Estimada paciente:

Por favor revise la información que nos dio el año pasado durante su visita. Si ha cambiado algo, por favor indique los cambios en el espacio de abajo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Firma del personal / título \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Actualización de la historia médica /Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Estimada paciente:

Por favor revise la información que nos dio el año pasado durante su visita. Si ha cambiado algo, por favor indique los cambios en el espacio de abajo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Firma del personal / título \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

1057 Kingston Ave., Los Angeles, 90033  
560 S. St. Louis St., Los Angeles, 90033  
916 W. Burbank Blvd., M, Burbank, 91502  
21001 #9 Sherman Way, Canoga Park, 91303  
8520 So. Broadway, Los Angeles, 90003  
4786 ½ N. Peck Rd., El Monte, 91732  
1014 ½ N. Vermont, Los Angeles, 90029

(323) 226-0800  
(323) 226-0800  
(818) 843-2009  
(818) 843-2009  
(323) 226-0800  
(626) 443-3844  
(323) 226-0800

5525 E. Del Amo Blvd., Lakewood, 90713  
1550 N. Garey Ave., Pomona, 91767  
1316 3<sup>rd</sup> St. Promenade, #201, Santa Monica, 90401  
14623 Hawthorne Blvd., Ste 300, Lawndale, 90260  
7100 Van Nuys Blvd., Ste 108, Van Nuys, 91405  
7655 Greenleaf Ave., Whittier, 90602

(562) 866-0556  
(909) 620-4268  
(310) 787-2666  
(310) 787-2666  
(818) 843-2009  
(562) 866-0556

## **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RELACIONADAS CON INFORMACIÓN DE SALUD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD PUEDE SER USADA O DIVULGADA POR LAS OFICINAS DE PLANNED PARENTHOOD LOS ANGELES, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN**

**POR FAVOR, LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE**

**ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTE AVISO:**

**14 DE ABRIL DE 2003**

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor, comuníquese con el funcionario encargado de los asuntos de privacidad en Planned Parenthood Los Angeles al 323/ 223-4462.

### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Estamos conscientes de que la información relacionada con su salud y la atención médica que usted recibe es personal. Asimismo, estamos comprometidos a proteger dicha información. Nosotros mantendremos un expediente de la atención médica y los servicios que usted reciba de nosotros. Esto lo hacemos con la finalidad de ofrecerle una atención de calidad y cumplir con las normas legales o reguladoras existentes.

Este aviso se aplica a todos los expedientes generados o recibidos por Planned Parenthood Los Angeles, ya sea que la información haya sido documentada por nosotros o enviada a nosotros por algún otro médico. Este aviso describe las diferentes maneras en que nosotros podemos usar o divulgar información sobre su salud. También le informa acerca de su derecho a obtener la información que nosotros tenemos sobre su salud, y describe, además, algunas de nuestras obligaciones con respecto al uso o divulgación de esta información sobre su salud. Nuestro compromiso con respecto a la información sobre su salud está respaldado por las leyes federales. Las disposiciones relacionadas con la privacidad y la seguridad establecidas en la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act -"HIPAA") exigen que:

- Nos aseguremos de que se respete la privacidad de la información de salud que lo/la identifica;
- Pongamos a su disposición este aviso sobre nuestros deberes legales y las medidas de privacidad relacionadas con la información sobre su salud, y
- Cumplamos con los términos del aviso que está vigente actualmente:

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar o divulgar información acerca de su salud. A menos que se señale lo contrario, el uso o divulgación mencionado podrá realizarse sin su consentimiento. Para cada categoría de uso o divulgación, explicaremos a lo que se refiere y daremos algunos ejemplos. No se mencionarán todos los tipos de uso o divulgación de cada categoría. Sin embargo, a no ser que solicitemos una autorización por separado, todas las maneras en que se nos permite usar o divulgar la información caerán en alguna de las categorías.

**Para tratamiento.** Podemos usar información sobre su salud para brindarle tratamiento y servicios médicos. Podemos divulgar información sobre su salud a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de salud, voluntarios y cualquier otro tipo de personal que esté involucrado en el cuidado de su salud. Puede que estas personas trabajen en nuestras oficinas, en un hospital en caso de que usted se encuentre hospitalizado/a bajo supervisión médica, o en el consultorio de algún otro doctor, un laboratorio, una farmacia o un médico al que lo/la refiramos para consulta o para sacarse radiografías, hacerse exámenes de laboratorio, que le despachen recetas o para cualquier otro propósito relacionado con el tratamiento. Por ejemplo, es posible que un médico que lo/la esté tratando necesite saber si usted padece diabetes porque la diabetes puede demorar el proceso de curación.. Nosotros podemos facilitar dicha información al médico que lo/la esté tratando en otra institución.

**Para pagos:** Podemos usar y divulgar información sobre su salud de manera tal, que el costo del tratamiento y los servicios que usted reciba de nosotros pueda enviársele y cobrárselo a usted, a una compañía aseguradora, a alguna agencia estatal de Medicaid o a terceros. Por ejemplo, es posible que necesitemos facilitar información de su plan de seguro médico que esté relacionada con su visita, para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted el costo de la consulta. También es posible que necesitemos facilitar información sobre su salud a la agencia estatal de Medicaid, a fin de que nos reembolse el costo de los servicios que le hemos brindado a usted. En algunos casos, puede que sea necesario informar a su plan de salud acerca del tratamiento al que se va a someter para obtener aprobación previa o para determinar si el plan cubre dicho tratamiento.

**Para operaciones relacionadas con atención médica:** Podemos usar y divulgar información sobre su salud para fines de nuestra práctica de atención médica. Estos tipos de uso y divulgación de información son necesarios para poder brindar atención médica y asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban una atención de primera. Por ejemplo, podemos usar información sobre su salud para revisar nuestros tratamientos y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal al brindarle a usted atención médica. También podemos combinar información sobre la salud de muchos pacientes para decidir qué otros servicios debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios, si ciertos tratamientos son efectivos o no, o para comparar nuestro desempeño con el de otros y ver qué áreas necesitamos mejorar. De este tipo de información podemos extraer aquella que identifica al paciente, de manera que otras personas puedan utilizarla para el estudio de los servicios de atención médica sin que se enteren de quiénes son específicamente nuestros pacientes.

**Para recordar citas:** Podemos usar y divulgar información sobre su salud para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita. Por favor, háganos saber si no desea que nos comuniquemos con usted con relación a su cita, o si desea que usemos otro número de teléfono o dirección para comunicarnos con usted con este propósito.

**Para actividades de recaudación de fondos:** Podemos usar información sobre su salud para comunicarnos con usted en un esfuerzo por recaudar fondos para nuestras operaciones sin fines de lucro. Por favor, háganos saber si no desea que lo/la contactemos para tales fines.

**Para investigaciones.** Es posible que se den situaciones en que queramos usar y divulgar información sobre su salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede que involucre comparar la eficacia de un medicamento con la de otro. En caso de que algún proyecto de investigación utilice información sobre su salud, nosotros le pediremos a usted que nos autorice para utilizar dicha información, o solicitaremos a una Junta de Privacidad o Revisión Institucional que nos exima del requisito de obtener su autorización. Esta medida se fundamentaría en la garantía que ha de otorgar la junta revisora de que los investigadores protegerán debidamente la información sobre su salud.

**Según lo exija la ley.** Divulgaremos información sobre su salud cuando nos lo exija una ley local, estatal o federal.

**Para prevenir una seria amenaza contra la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza contra su salud y su seguridad, o la salud y la seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, la información se dará exclusivamente a una persona que esté en capacidad de prevenir dicha amenaza.

**Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas o ha sido separado/a o relevado/a del servicio militar, podemos divulgar información sobre su salud según lo requieran las autoridades militares del Departamento de Asuntos de Veteranos, cuando sea aplicable.

También podemos divulgar información acerca de personal militar extranjero a las respectivas autoridades militares extranjeras.

**Compensación laboral.** Podemos divulgar información sobre su salud para propósitos de compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de salud pública.** Podemos divulgar información sobre su salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente se realizan:

- Para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
- Para reportar nacimientos o muertes;
- Para reportar descuido o abuso de menores;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con algún producto;
- Para notificar a la gente del retiro de productos que están usando;
- Para notificar a una persona que puede haber sido expuesta a una enfermedad o que corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- Para notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un/a paciente ha sido víctima de abuso, descuido o violencia doméstica. Solamente divulgaremos esta información si usted está de acuerdo o cuando se nos autorice por ley.

**Actividades de vigilancia de la salud.** Podemos divulgar información a alguna agencia supervisora de la salud para aquellas actividades que autorice la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes sobre derechos civiles.

**Demandas legales y disputas.** Si está involucrado/a en una demanda legal o disputa, podemos divulgar información sobre su salud en respuesta a una orden emitida por una corte o tribunal administrativo. También podemos divulgar información sobre su salud en respuesta a una citación, solicitud de revelación o cualquier otro proceso legal ejecutado por otra persona involucrada en la disputa, pero únicamente después de que usted haya sido informado/a acerca de dicha solicitud y haya tenido tiempo de obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar información de su salud si así nos lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- En respuesta a una citación, llamamiento, orden de la corte o proceso similar;
- Para identificar o localizar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo material o desaparecida;
- Si es usted víctima de un crimen y no podemos obtener su consentimiento;
- Acerca de una muerte que creemos es el resultado de una conducta criminal;
- En un caso de conducta criminal en nuestras instalaciones; y
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen; la ubicación del crimen o las víctimas; o la identidad, la descripción o la ubicación de una persona que ha cometido un crimen.

Este tipo de divulgación de información se hará solo después de que usted haya sido informado/a acerca de dicha solicitud y haya tenido tiempo de obtener una orden que proteja la información solicitada.

**Pesquisidores, examinadores de salud y directores de funerales.** Podemos divulgar información de salud a un pesquisidor que investiga la causa de un deceso o a un examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de su muerte. Además, podemos divulgar información sobre la salud de los pacientes a los directores de funerales, según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones.

**Reclusos.** Si usted está recluso/a en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario legal, podemos divulgar información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario legal. Esta divulgación ha de ser necesaria: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otros, o (3) para la seguridad de la institución correccional.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información que nosotros mantenemos acerca de su salud:

**Derecho a examinar y a copiar:** Usted tiene derecho a examinar y a copiar aquella información acerca de su salud que pueda ser utilizada para tomar decisiones relacionadas con su atención médica. Generalmente, esto incluye su expediente médico y su estado de cuenta. Esto no incluye anotaciones de asuntos psicoterapéuticos.

Para examinar y copiar la información de salud que pueda ser utilizada para tomar decisiones acerca de usted, debe presentar su solicitud por escrito en un formulario que nosotros le proporcionamos y dirigirla a: "The Privacy Official at PPLA" (el oficial a cargo de los asuntos de privacidad en Planned Parenthood Los Angeles). Si usted solicita una copia de la información de su salud, podemos cobrarle una tarifa para cubrir los costos de localización, copiado, envío y otros servicios relacionados con su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud para examinar o copiar información en ciertos casos excepcionales. Si se le niega el acceso a la información, en algunas circunstancias usted puede pedir que se revise el rechazo a su solicitud. Podemos seleccionar a un profesional de cuidados de la salud autorizado, para que examine su petición y el rechazo. La persona que lleve a cabo esta revisión no será la misma persona que negó su petición inicial. Nosotros acataremos el resultado de la revisión.

**Derecho a corregir.** Si usted considera que la información que nosotros tenemos acerca de su salud está equivocada o incompleta, puede solicitar que se corrija dicha información. Usted tiene derecho a solicitar una rectificación mientras nosotros tengamos la información. Para solicitar una rectificación, debe dirigir la solicitud a: "The Privacy Official at PPLA."

Podemos rechazar su petición de rectificación si no está presentada en el formulario que nosotros proporcionamos para tal fin y si no incluye una razón que respalde la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos pide rectificar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó dicha información ya no está disponible para hacer la rectificación;
- No es parte de la información de salud mantenida por o para nuestra práctica;
- No es parte de la información que se le permite examinar y copiar, o
- Es exacta y completa.

Cualquier corrección que le hagamos a la información sobre su salud será divulgada a aquellas personas a quienes podemos divulgarles información, según lo señalado previamente.

**Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una lista (contabilidad) de cualquier divulgación de información sobre su salud que nosotros hayamos hecho, excepto por los usos y divulgaciones para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según lo descrito anteriormente.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe presentar su petición en un formulario que nosotros proporcionamos. Su solicitud debe especificar el periodo de tiempo, que no deberá exceder los seis años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista de divulgaciones que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podremos cobrar los gastos en los que incurramos para suministrar la lista. Nosotros le haremos saber el costo y usted podrá decidir si retira o modifica su petición en ese momento, antes de que se incurra en gasto alguno. Nosotros le enviaremos por correo la lista de divulgaciones en un formulario impreso, en un periodo de 30 días a partir de la fecha de su solicitud, o le notificaremos si no podemos proporcionarle la lista dentro de dicho periodo y para qué fecha podemos facilitarle la lista; pero esta fecha no deberá exceder 60 días a partir de la fecha en que usted presentó su solicitud.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar que se restrinja o limite la información de salud que nosotros usamos o divulgamos acerca de los tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica que usted recibe. Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la información sobre su salud que nosotros divulgamos a una persona que esté involucrada en la atención médica que usted recibe o el pago de dicha atención. Por ejemplo, usted puede solicitar que se le niegue el acceso a la información sobre

su salud a un miembro en particular de nuestro equipo de trabajo que lo/la conoce a usted personalmente.

***Aunque nosotros tratamos de tramitar su solicitud de restricción de la información, no estamos obligados a hacerlo*** si no es posible para nosotros garantizar que se cumpla la ley o consideramos que tendrá un impacto negativo en la atención que nosotros le brindamos. Si acogemos su solicitud, la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para someterlo/a a un tratamiento de emergencia. Para solicitar una restricción, usted puede presentar su petición en un formulario que nosotros le proporcionamos. En su solicitud, debe decirnos qué información usted desea limitar y a quién quiere que se le aplique dicha limitación.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted acerca de asuntos de salud de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo, o en un apartado postal específico. Durante este proceso, le pediremos que nos informe cómo desea que le comuniquemos la información sobre su salud y cualquier otra indicación que tenga para que le notifiquemos esta información. Nosotros tramitaremos toda solicitud que consideremos razonable.

**Derecho a copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso cuando así lo solicite.

### **MENORES Y PERSONAS CON GUARDIANES**

Los menores tienen todos los derechos señalados en este aviso con respecto a la información de salud relacionada con el cuidado reproductivo, excepto para abortos y en situaciones de emergencia o cuando la Ley exige reportar los casos de abuso y descuido.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho a hacer efectivo el aviso revisado o cambiado con respecto a la información de salud que ya tenemos de usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia de este aviso en nuestras oficinas. El aviso contiene la fecha de entrada en vigencia en la primera página. Además, cada vez que usted se registre para recibir tratamiento o atención médica, nosotros le ofreceremos una copia del aviso vigente.

### **QUEJAS**

Si usted considera que los derechos a su privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nosotros, comuníquese con: "The Privacy Official at Planned Parenthood Los Angeles." Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. **Usted no será sancionado/a por presentar una queja.**

### **OTROS USOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que nos gobiernan solo se harán con su permiso por escrito. Si usted nos autoriza para usar o divulgar información acerca de su salud, usted podrá revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca la autorización, ya no podremos usar o divulgar información sobre su salud por las razones señaladas en su autorización por escrito. Usted debe tener presente que nosotros no podremos detener una divulgación que hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener los expedientes de la atención médica que le brindamos.

1057 Kingston Ave., Los Angeles, 90033  
 560 S. St. Louis St., Los Angeles, 90033  
 916 W. Burbank Blvd., M, Burbank, 91502  
 21001 #9 Sherman Way, Canoga Park, 91303  
 8520 So. Broadway, Los Angeles, 90003  
 4786 ½ N. Peck Rd., El Monte, 91732  
 1014 ½ N. Vermont, Los Angeles, 90029

(323) 226-0800  
 (323) 226-0800  
 (818) 843-2009  
 (818) 843-2009  
 (323) 226-0800  
 (626) 443-3844  
 (323) 226-0800

5525 E. Del Amo Blvd., Lakewood, 90713  
 1550 N. Garey Ave., Pomona, 91767  
 1316 3<sup>rd</sup> St. Promenade, #201, Santa Monica, 90401  
 14623 Hawthorne Blvd., Ste 300, Lawndale, 90260  
 7100 Van Nuys Blvd., Ste 108, Van Nuys, 91405  
 7655 Greenleaf Ave., Whittier, 90602

(562) 866-0556  
 (909) 620-4268  
 (310) 787-2666  
 (310) 787-2666  
 (818) 843-2009  
 (562) 866-0556

**SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA  
 SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD**

FECHA: \_\_\_\_\_ PACIENTE #: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: \_\_\_\_\_

Antes de dar su consentimiento, es importante que entienda la información que sigue a continuación. Si tiene alguna pregunta, nos complacerá conversar con usted para aclararle cualquier duda. Usted puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que tengo derecho a recibir sin cargo servicios de interpretación de idiomas. Entiendo que debo informar al personal si estos servicios me ayudan a entender la información escrita o verbal que recibo durante mis visitas de atención de salud.

He recibido información sobre la(s) prueba(s), tratamiento(s), procedimiento(s), método(s) anticonceptivo(s) que me serán suministrados, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones y/o problemas posibles y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo lo que no comprendo y que un médico estará disponible para contestar a cualquier pregunta que pudiera tener.

No se me ha ofrecido garantía alguna con respecto a los resultados que podré obtener de los servicios que reciba. Entiendo que es mi decisión recibir o no estos servicios y que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de si recibir o no los servicios médicos de Planned Parenthood.

Entiendo que si el resultado de ciertas pruebas de infecciones por transmisión sexual dan positivas, la ley obliga a informar a los organismos de salud pública.

Si es necesario recibiré una referencia para procurar diagnóstico o tratamientos adicionales. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esa atención médica. Me han informado cómo obtener atención en caso de emergencia.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud (Notice of Health Information Privacy Practices) de Planned Parenthood Los Angeles. Autorizo a que se use y se divulgue la información sobre mi salud según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud.

**PPLA** es una institución de enseñanza médica, y una persona en entrenamiento, abajo de estricta supervisión podría entregar/rendir algunos componentes de mi cuidado médico.

Me han informado y estoy de acuerdo en tomar parte. Su iniciales \_\_\_\_\_

Por la presente acepto que una persona autorizada por Planned Parenthood lleve a cabo una evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

Reconozco por la presente que recibí la noticia sobre las prácticas privadas sobre información de salud de Planned Parenthood Los Angeles (HIPAA 001).

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Soy testigo de que el/la paciente recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

	MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O PARIENTE DEL PACIENTE ESTÁ OBLIGADO POR LEY A FIRMAR A CONTINUACIÓN
--	---

Firma de cualquier otra persona que otorgue autorización \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Soy testigo de que el tutor legal del/de la paciente (o persona que actúa en su nombre) recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma.

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Bienvenidos a Planned Parenthood Los Angeles  
Por favor de completar esta forma para ayudarnos a servirle mejor

¿Es esta es su primer visita a Planned Parenthood Los Angeles?  Si  No

¿La razón de su visita del día de hoy es?: \_\_\_\_\_

¿Tiene cita?  Si  No Hora de su cita \_\_\_\_\_:

(Sólo para Mujeres) Fecha de su ultimo periodo menstrual \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Femenino   
Alias (Usa otro nombre) Seguro Social # Fecha de Nac. Masculino

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Dirección Nombre de calle Número de Apt.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal Número de Teléfono Primario

(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono Secundario

¿CUÁL ES EL IDIOMA QUE PREFIERE HABLAR?:

Inglés  Español  Vietnamita  Camboyano  Hmong  Chino  Armenio  Árabe  
 Ruso  Tagalog  Japonés  Indostani  Coreano  Laotian  
 Punjabí  Portugués  Lenguaje de Señas  Otro

¿CÓMO PODEMOS IDENTIFICARNOS CUANDO LE HABLEMOS A SU CASA? Planned Parenthood

Oficina de Doctor  Nombre de Clave:  [Pregunte por la clave del nombre de la clínica](#)

¿CUÁL ES SU GRUPO ÉTNICO?:

Indio Americano o Nativo de Alaska  Hawaiano o Isleño del Pacifico  Negro o Afro-Americano  
 Blanco  Filipino  Chino  Coreano  Japonés  Grupo Asiático  Otro

¿Es usted de origen Hispano?  SI  NO

¿CÓMO ESCUCHÓ USTED ACERCA DE PLANNED PARENTHOOD LOS ANGELES? (ESCOGE UNO):

Programa Educativo<sup>1</sup>  Evento Comunitario<sup>2</sup>  
*· Presentación en mi escuela – Programa después de Escuela* *· Feria de Salud o de la Comunidad · Clases de Promotora*  
*· Alguien en mi escuela* *· Presentación de teatro Evento en mi trabajo/en la calle*  
 Amiga(o)<sup>3</sup>  Relativo / Familia<sup>4</sup>  Anuncio / Páginas amarillas / Volante<sup>5</sup>  Ví la clínica<sup>6</sup>  
 Mi Doctor<sup>7</sup>  Internet / [plannedparenthood.org](http://plannedparenthood.org)<sup>8</sup>  Otra Agencia/Organización<sup>9</sup>  Otro

\* Planned Parenthood Los Angeles le ofrece varios programas que puedan cubrir todo o algunos de sus costos médicos, favor de proporcionar la siguiente información para determinar si usted califica para estos programas o si califica para una cuota reducida:

¿Cuántos son en su familia? (Solamente usted, su esposo e hijos): \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso familiar? (antes de impuestos): \$ \_\_\_\_\_ /mes

¿Tiene usted alguno de los siguientes beneficios/servicios?:

Tarjeta HAP (de color azul/verde)  Medi-Cal  Aseguranza

Marque las razones por las cuales no puede usar su tarjeta de Medi-Cal hoy.

Confidencial (miedo de que su familia se va dar cuenta)  Deducible

Aseguranza no cubre planificación familiar  Otro

La información que he proveído es verdadera. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que no son cubiertos por mi aseguranza y por terceras personas. Entiendo que soy responsable de pagar por todos los servicios que se me han proveídos

Firme Aquí: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## PROGRAMAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL ESTADO CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CIENTE (CEC)

Número de identificación del cliente
--------------------------------------

*This form is the property of the State of California, Department of Health Services, 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 de 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.**

En la actualidad, ¿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 en seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar? (Seguro privado, Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), el Plan de Managed Care, Atención Administrada, 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 padre? ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos hablar sobre alguna cosa?  Sí  No  
Confidencialidad

Provider Use Only—CODE

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

¿Es su nombre actual el mismo que le dieron cuando nació? **Si no lo es**, 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	<i>Provider Use Only—CODE</i>	Codigo postal
-----------------------------	-----------------------	-------------------------------	---------------

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

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	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/ethicidad

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"/> Anglosajón	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/Camboyanos
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 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 se halle exenta bajo 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 manutención 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 de Planificación Familiar del Estado tienen derecho a una audiencia realizada por el Departamento de Servicios de Salud 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**

Office of Family Planning  
 Department of Health Services  
 714 P Street, Room 440  
 P.O. Box 942732  
 Sacramento, CA 94234-7320

**Audiencia Formal**

Office of Administrative Hearings and Appeals  
 Department of Health Services  
 714 P Street, Room 1216  
 P.O. Box 942732  
 Sacramento, CA 94234-7320