



Sirviendo a los siguientes condados Audubon, Buena Vista,  
Calhoun, Carroll, Crawford,  
Greene, Guthrie, Pocahontas, y Sac Counties  
Salud Infanto-Adolescente y Planificación Familiar  
105 N. Main Street Denison, IA 51442

## ¡Bienvenido al Programa de Planificación Familiar de HCCMS Servicios de Salud Familiar!

¡Estamos felices de que nos haya elegido para ser su  
proveedor!

Necesitamos los siguientes elementos para configurarlo en nuestro sistema:

- Una Identificación con foto, como una licencia de conducir,  
Tarjeta ID de estudiante, o Tarjeta de Residente Permanente
- Su número de Seguro Social (Se prefiere la tarjeta) Si tienes uno
- Su Seguro actual y O/ Tarjeta de Medicaid

Puede solicitar un seguro de planificación familiar (SFPP) que pagará por sus servicios, Copagos y algunos artículos no cubiertos por el seguro. Si quieres aplicar, Deberá proporcionar lo siguiente:

- Tus 4 semanas más recientes (1 mes) Talones de cheque O los impuestos del año anterior (Para usted y su cónyuge/pareja)

Si no tiene seguro o calificar para SFPP, PODRÍA calificar para un costo reducido o servicios sin costo (gratuitos). Para solicitar un costo reducido o sin costo (gratis) servicios, necesitamos la siguiente información:

- Tus 4 semanas más recientes (1 mes) Talones de cheque O la declaración de impuestos del año anterior (para usted y su cónyuge/pareja)

Si no tiene seguro o SFPP, usted es responsable de pagar la tarifa completa por sus servicios hasta que se haga una determinación de descuento.

Toda la documentación debe enviarse a nuestra oficina por correo, fax, o envíe un correo electrónico antes de su cita. Llame a nuestra oficina al 712.263.3303 si tiene alguna pregunta o inquietud.

- ◆ Address: 105 N Main St, Denison, IA 51442
- ◆ Fax: 712.263.4033
- ◆ Email: [aeggert@crawfordcounty.iowa.gov](mailto:aeggert@crawfordcounty.iowa.gov)



## Consentimiento para los Servicios de Planificación Familiar

Entiendo que mi uso de los servicios de planificación familiar es voluntario y que puedo dejar de recibir servicios en cualquier momento. Entiendo que no estoy obligado a usar los servicios de planificación familiar ni a usar ningún método de planificación familiar en particular.

Entiendo que los Servicios de Salud Familiar de HCCMS (HCCMS, por sus siglas en inglés) no requieren que use la planificación familiar para recibir o ser elegible para ningún otro servicio o asistencia de ningún otro programa que ofrezcan.

Me han informado que HCCMS ofrece servicios centrados en el cliente, cultural y lingüísticamente apropiados, inclusivos e informados sobre el trauma; que protegen mi dignidad; y que garanticen una prestación de servicios equitativa y de calidad coherente con los estándares de atención reconocidos a nivel nacional.

Se me ha informado que HCCMS debe proporcionar servicios sin distinción de religión, raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, características sexuales, número de embarazos o estado civil.

Se me ha informado que HCCMS debe garantizar mi confidencialidad y que la información obtenida sobre mí en el proceso de recibir servicios de planificación familiar no puede compartirse sin mi consentimiento por escrito, excepto según lo exija la ley o según sea necesario para proporcionarme servicios y con todas las salvaguardas apropiadas para mantener mi confidencialidad.

Entiendo que si tengo una enfermedad de notificación obligatoria, HCCMS está obligado a informar al Departamento de Salud Pública del Estado de Iowa.

A través de este consentimiento, apruebo la divulgación de datos e información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa, la Oficina de Asuntos de Población y sus agentes para mejorar la calidad, el acceso y la equidad en los servicios de planificación familiar del Título X. Esto no incluirá ningún identificador directo, como su nombre y dirección.

Entiendo que HCCMS puede estar obligado a compartir mi información para cumplir con las leyes que requieren notificación o denuncia de abuso infantil, abuso sexual infantil, violación, incesto, violencia de pareja, trata de personas u otras leyes de informes similares.

Se me ha informado que HCCMS puede compartir mi información para obtener el pago de un tercero, como una compañía de seguros o Medicaid, que esté autorizado o requerido para pagar mis servicios. Si no soy el titular de la póliza, entiendo que existe la posibilidad de divulgar mi información médica confidencial con el titular de la póliza.

Entiendo que puedo solicitar que los servicios se proporcionen de manera confidencial y sin pago de un tercero, para evitar la divulgación de mi información médica confidencial.

Entiendo que es posible que HCCMS no requiera el consentimiento de mis padres o tutores para que yo reciba servicios de planificación familiar. También entiendo que HCCMS no puede notificar a mi padre o tutor antes o después de que haya solicitado y/o recibidos servicios.

Entiendo que si doy mi consentimiento para la participación de la familia [participación de mi(s) padre(s) o tutor(es)] cuando recibo servicios de planificación familiar, tengo derecho a revocar ese consentimiento en cualquier momento y a solicitar que los servicios se brinden de manera confidencial.

Entiendo que los servicios de planificación familiar pueden incluir:

- Asesoramiento de salud reproductiva sobre el control de la natalidad, quedar embarazada, embarazos saludables y otros temas según sea necesario;
- Proporcionar un método anticonceptivo;
- Una visita al proveedor para obtener una receta y tal vez un examen físico;



## Consentimiento para los Servicios de Planificación Familiar

- Pruebas y/o tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS);
- Pruebas de cáncer de cuello uterino, embarazo y/u otros problemas de salud; y
- Referencias a otros servicios, si es necesario.

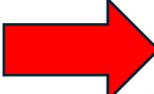
Entiendo que se explicarán todos los servicios y puedo hacer preguntas.

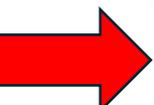
Entiendo que estos servicios no incluyen atención las 24 horas y, en caso de una emergencia médica, tendré que ir a una sala de emergencias y pagar sus costos.

Entiendo que los servicios que recibo y mis registros médicos son privados, excepto:

- Si un juez emite una citación para mis registros. HCCMS está obligado por ley a entregar los registros a la corte.
- Si tengo una enfermedad de notificación obligatoria, HCCMS está obligado a informarla al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa.
- Si el personal de HCCMS se entera de abuso físico y/o sexual, deben denunciarlo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Iowa y/o a las fuerzas del orden.

Entiendo que, si recibo servicios de salud reproductiva aquí, aún puedo solicitar u obtener servicios de otros programas. Si recibo atención de otros programas, aún puedo recibir servicios en HCCMS.

 Yo, (escriba mi nombre) \_\_\_\_\_, he leído y entendido la información anterior, y doy mi consentimiento para recibir servicios de salud reproductiva de HCCMS Familia Health Services.

 \_\_\_\_\_  
Firma del cliente

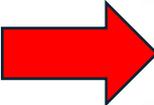
\_\_\_\_\_  
Fecha

### Liberación de Registros para el Pago de Reclamaciones

Entiendo que soy responsable de pagar por todos los servicios recibidos. Entiendo que los descuentos se aplican ÚNICAMENTE a los servicios de planificación familiar y servicios relacionados con el control de la natalidad. Acepto pagar cualquier cargo que no esté cubierto por el seguro, Medicaid o la escala móvil de tarifas.

Entiendo que los servicios no serán denegados por incapacidad de pago. Autorizo la divulgación de la información de la historia clínica o extractos de la misma a cualquier compañía de seguros o a un tercero pagador para fines de auditoría de gestión de utilización y/o con el fin de verificar los servicios prestados y obtener el pago de la cuenta. Entiendo que la ejecución de esta autorización renuncia a mi derecho de confidencialidad en cuanto al material divulgado de conformidad con esta autorización.

Cedo todos mis derechos para recibir todos los ingresos del seguro, que de otro modo se me pagarían, por las coberturas proporcionadas por mi(s) compañía(s) de seguros de salud a HCCMS, y ordeno que el pago de los ingresos se realice a HCCMS.

 \_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Estos consentimientos son válidos durante un año a partir de la fecha de firma, a menos que sean revocados por escrito, y no pueden ser revocados por servicios prestados antes de mi notificación de revocación. Una fotocopia de este formulario de consentimiento se considerará tan válida como el original.



<b>Informacion del Cliente</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Informacion sobre Usted</b>	

**DOB:**

Primer nombre                      Segundo nombre                      Apellido

Dirección de Casa                      Ciudad                      Estado                      Código Postal                      Condado

¿La dirección de correo es la misma?:  Si                      Si no, cuál es su dirección de correo? \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social                      Numero de telefono de casa                      Numero de Celular

Metodo de contacto preferido: Telefono de casa  Celular  Correo electronico

Direccion de Correro electronico

Eres estudiante?                       No                       Si                       Escuela secur                       Colegio

Raza (seleccione todas las que cor                       Indo Americano/Nativo de Alaska                       Desconocido  
 Blanco                       Negro/Afroamericano                       Opta por no revelar  
 Asiatico                       Nativo de Hawai/Isleno del Pacifico

Estado civil:                       Soltero (a)                       Pareja/Pareja domestica                       Divorciado  
 Casado                       Separado                       Viudo

Orientacion sexual:                       Bisexual                       Lesbiana, Gay, o Homosexual  
 Heterosexual o Heterosexual                       Otro, otra cosa  
 Desconocido                       Opta por no revelar

Genero asignado al nacer:                       Masculino                       Hembra

Identidad de genero:                       Masculino                       De mujer a hombre/Hombre transgenero/Hombre trans  
 Hembra                       Hombre a Mujer/Mujer Transgenero/Mujer Tran  
 Otro                       No se identifican ni como hombre/ni como mujer  
 Desconocido                       Opta por no revelar

Origen etni                       Hispano(a) Latino(a)                       No Hispano(a)/Latino(a)

Es el ingles tu idioma principal?                       Si                       No  
Si la respuesta es NO, cual es su idioma principal? \_\_\_\_\_ Necesita un interprete Si o No

\_\_\_\_\_ # de personas que viven en su hogar (incluyendo a usted, su conyuge/ pareja/ pareja o eh hijos en edad de escuela

\_\_\_\_\_ Sus ingresos mensuales (antes de impuestos)

\_\_\_\_\_ Ingresos mensuales del conyuge/pareja (antes de impuestos)

\_\_\_\_\_ Elijo NO proporcionar informacion de ingresos y entiendo que se me facturaran los servicios sin ningun descuento

Iniciales

Hay alguna razon por la que no debamos facturar a su seguro por sus servicios                       No                       Si

En caso afirmativo, explique:

Cobertura de seguro:                       Programa de salud publica                       Programa de caridad  
 Pago por cuenta propia                       Programa de deteccion del cancer en la mujer                       Programa de salud militar  
 Cuenta de gastos de salud                       Poliza de seguro de salud                       Programa de salud veteranos  
 Sanidad publica                       Politica de atencion administrada                       Programa de Salud de los Pueblos Indigenas

Pagador de la visita:                       Medicaid (MCO)                       Compensacion al trabajador  
 Ninguno (sin cargo por los servicios)                       Otro gobierno (Tricare, VA, etc.)                       Pago por cuenta propia  
 Medicare(tarifa tradicional por servicio)                       Seguro privado/Medigap                       Otro:  
 Medicare (HMO/atencion administrada)                       HMO privada/atencion administrada                       Desconocido  
 Medicaid (Traifa tradicional por servicio)                       Programa Estatal de Planificacion Familiar



Nombre:

Fecha de Nacimiento:

**Historia Reproductiva**

Edad a su primer periodo:	Primer día de su ultimo periodo:	Edad a la menopausia:
Los periodos son: Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/>	El periodo dura: días	
Días entre periodos: <input type="checkbox"/> 28 días <input type="checkbox"/> 28-32 días <input type="checkbox"/> Mas de 32 días		
El flujo es: <input type="checkbox"/> Ligero <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Pesado		
Cólicos con el periodo? Si No	¿Tiene síntomas pre-menstruales? Si No	
Si tiene sintomas de pre-menstruales? Acne Dolor de espalda Dolor de ceno Dolor de cabeza Irritable Colicos		
¿Ha estado usted alguna vez embarazada/ha engendrado un embarazo? Si No		# de embarazos:
Fecha de su ultimo parto:	Actualmente, ¿esta dando pecho? Si No	
# de nacimientos vivos: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesarea	# de abortos espontáneos:	# de abortos:
Ha tiendo un Papanicolaou: Si No Fecha de ultimo Papanicolaou?		

**Plan de Vida Reproductiva**

¿Esta actualmente intentando tener un hijo? Si No	¿Planea tener un hijo/mas hijos algún día? Si No				
¿Cuando planea tener un hijo/mas hijos?					
Nunca	En los próximos 12 meses	1-3 años	3-5 años	5-10 años	Mas tiempo
¿Le preocupa quedar embarazada o embarazar a su pareja en estos momentos? Si No					
¿Que podría hacer para prevenir un embarazo si no quiere tener un hijo?					
¿Ha hablado con su pareja sobre sus planes de embarazo? Si No					
¿Quiere tener mas información sobre planificación o para prevención de embarazo? Si No					

**Historia Medica del Cliente****Hospitalizaciones/cirugías y fechas:****Lesiones graves y/o accidentes y fechas:****¿Cuales son sus preocupaciones actuales/recientes de salud medica?****Por favor marque (☒) los problemas que tiene ahora o ha tenido:**

<input type="checkbox"/> Dolores abdominales	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Anemia/Células Falciformes	<input type="checkbox"/> Ataque cardiaco/Enfermedad del corazón/Dolor de pecho
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta/Ataque
<input type="checkbox"/> Asma/Enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/> VPH
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> Bipolaridad	<input type="checkbox"/> Trastorno neurológico
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Diagnostico de Salud Mental
<input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga(crónico)/Enfermedad de la vejiga	<input type="checkbox"/> Problemas de la visión (aparte de lentes correctivos)
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Infecciones transmitidas sexualmente
<input type="checkbox"/> Enfermedad del mama/chichón/flujo del pezón	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre en las piernas o pulmones	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula
<input type="checkbox"/> Colposcopia/LEEP	<input type="checkbox"/> Eyacuación dolorosa
<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Dolor o sangrado durante/después de tener sexo
<input type="checkbox"/> Diabetes/Pre-diabetes	<input type="checkbox"/> Drenaje vaginal/olor/comezón/irritación
<input type="checkbox"/> Endometriosis/Quistes ováricos	<input type="checkbox"/> Infección vaginal/Enfermedad inflamatoria pélvica
<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Drenaje/comezón/irritación/llagas en el pene
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/Migraña	<input type="checkbox"/> Chichón testicular/chichón escrotal

