



Estimado cliente de planificación familiar:

Nos alegra que haya elegido nuestro hospital. Queremos brindarle atención médica de calidad a bajo costo. Nos comprometemos a lo siguiente:

- Si tiene seguro (Medicaid o un seguro privado), comuníquese con el personal del hospital para hablar sobre su cobertura y determinar si un tercero podría cubrir sus consultas. El hospital Título X está obligado a renunciar al pago del seguro, si la confidencialidad es una preocupación para usted.
- Una escala variable de costos de los servicios se usa para determinar la cantidad que deberá pagar. El monto que se le carga depende de cuánto dinero gana y de cuántas personas mantiene.
- Usar una escala variable de costos nos permite brindar atención médica a un costo mucho más bajo que otros consultorios de atención médica. No se le pueden negar servicios de métodos anticonceptivos si no puede pagarlos.
- Si tiene menos de 18 años, los costos se basan únicamente en el ingreso disponible (bien sea el de su familia o el suyo).
- Si sus ingresos son iguales o inferiores al 100 % del nivel de pobreza federal, no se le cobrará ni se le facturará por los servicios rutinarios cubiertos de la clínica de planificación familiar relacionados con su método anticonceptivo.
- Es posible que se le facturen los servicios que no cubre el programa de planificación familiar; usted deberá encargarse de estos gastos. Esto podría incluir servicios que no son parte del Título X, como colonoscopias, diagnóstico de VIH, diagnóstico de clamidia para los clientes que no corren riesgo, así como complicaciones resultantes de los procedimientos del Título X, efectos secundarios de los medicamentos, etc.
- Las clínicas de planificación familiar reciben algunas donaciones estatales o federales para ayudar a pagar su atención médica. Sin embargo, sus donaciones, si bien no son una obligación, son muy importantes. Ayudan a que nuestro hospital permanezca abierto y nuestros servicios disponibles. Apreciamos cualquier donación que nos pueda dar, sin importar la cantidad.

Saludos cordiales,

El equipo de Axis Health System

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR – FORMULARIO DE REGISTRO

Primer nombre: _____ Segundo nombre: ____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre de soltera/Nombre anterior: _____

Dirección: _____ Unidad N.º: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código de área: _____ Condado: _____

¿Está de acuerdo con que enviemos correspondencia a esta dirección? Sí No

Teléfono: _____ (casa, celular, trabajo) ¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No ¿Mensaje de texto? Sí No

Teléfono alternativo: _____ (casa, celular, trabajo) ¿Podemos dejarle un mensaje? Sí No ¿Mensaje de texto? Sí No

Correo electrónico (opcional): _____

Información del contacto de emergencia: Sírvase de decirnos a quién contactar en caso de una emergencia (padre, madre o tutor, si tiene menos de 18 años): Se considera una emergencia las hemorragias graves, la pérdida del conocimiento, un accidente o una condición que requiera transporte en ambulancia u hospitalización. **NO necesita el permiso de sus padres para solicitar los servicios de planificación familiar;** sin embargo, en caso de una emergencia, si tiene menos de 18 años, notificaremos a su padre, madre o tutor.

Nombre del contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

¿La persona arriba mencionada sabe que está recibiendo estos servicios aquí? Sí No

Origen étnico (marque al menos uno):

- Origen hispano
- Origen no hispano

Raza (marque al menos una):

- Indígena americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
- Blanco

Lengua materna:

- Inglés
- Español
- Otra: _____

¿Cuál es su identidad de género?

- Mujer
- Hombre
- Transexual hombre o mujer a hombre (FTM)
- Transexual mujer u hombre a mujer (MTF)
- No binario
- Otro: _____

Usted se considera: ¿Con cuáles pronombres se identifica?

- Bisexual
- Homosexual
- Lesbiana
- Pansexual o polisexual
- Heterosexual
- Otro: _____
- Él
- Ella
- Elle
- De género neutro (Ze, zie)
- De género neutro (Hir, hirs)
- Prefiero solo usar mi nombre
- Otro: _____

¿Qué género le asignaron al nacer?

- Femenino
- Masculino
- Intersexual

Los servicios se basan en una escala que puede variar según sus ingresos, por favor responda lo siguiente:

Ingreso anual total de los miembros de su familia que viven con usted (incluya a sus parientes de sangre, matrimonio/unión civil o adopción legal) \$ _____ ¿Cuál es el número de personas (incluido usted) mantenidas por este ingreso? _____

¿Qué tipo de seguro tiene? (encierre en un círculo)

Privado Medicaid Desconocido Ninguno
Otro: _____

Compañía de seguro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Bajo qué nombre está la póliza?

N.º de identificación: _____ Grupo/Plan N.º _____
Medicaid N.º: _____

¿Tiene otro seguro? Sí No

Privado Medicaid Desconocido Ninguno
Otro: _____

Compañía de seguro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Bajo qué nombre está la póliza?

N.º de identificación: _____ Grupo/Plan N.º _____
Medicaid N.º: _____

Si tiene 17 años o menos y está asegurado por la cobertura de sus padres o tutores:

Debe saber que las compañías de seguro privadas envían una carta llamada "explicación de beneficios" (Explanation of Benefits, EOB) al titular de la póliza (sus padres o tutores), donde mencionan los servicios de atención médica que recibió en el hospital. Si no quiere que sus padres o tutores sepan que recibió los servicios en la clínica, hágase saber al personal.

Si tiene 18 años o más y está asegurado por una cobertura privada, de la cual no es el titular:

Debe saber que las compañías de seguro privadas envían una carta llamada "explicación de beneficios" o EOB al titular de la póliza, donde mencionan los servicios de atención médica que recibió en el hospital. Puede contactar a su compañía de seguro para solicitar que le envíen la EOB a su dirección y no a la del titular de la póliza, con el fin de proteger su privacidad.

(SOLO PARA USO OFICIAL)

N.º de identificación (de iCare) del cliente _____ FPL: _____%

Código FP (encierre en un círculo) 01 02 03 04 05 06

¿Es un nuevo cliente de FP? Sí No ¿Es cliente de FP? Sí No

Dominio limitado del inglés Sí No

(Encierre en un círculo) Seguro: Público Privado No asegurado Desconocido

(Encierre en un círculo) Cobrarle al seguro o al cliente

¿Es un cliente confidencial? Sí No

Iniciales del personal: _____

Fecha de la visita ____/____/____



Consentimiento para el Programa de Planificación Familiar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo al personal médico de Axis Health System (AHS) para examinarme, brindarme tratamiento y asesorarme. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

Servicios

- Los servicios de planificación familiar pueden incluir: revisión de mi historial médico, consultas rutinarias de planificación familiar para empezar a usar método anticonceptivo, exámenes y diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y VIH (si se indica), asesoramiento para reducir riesgos, diagnóstico y asesoramiento de embarazo, exámenes y asesoramiento relacionado con los métodos anticonceptivos y referencias a cuidados no disponibles en este hospital.
- Antes de recibir cualquiera de estos servicios, me proporcionarán información sobre examen(es), procedimiento(s), tratamiento(s) y método(s) anticonceptivo(s). Esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y otras opciones. Haré preguntas sobre lo que no entienda.
- Es mi decisión recibir o no estos servicios en este hospital y puedo cambiar de parecer en cualquier momento.
- No se me da ninguna garantía sobre los resultados de los servicios que recibo.
- Estoy de acuerdo con someterme a una examinación física, examen de senos y pélvico o genital, si se recomienda alguno de ellos.
- Es posible que mi proveedor recomiende realizar exámenes de laboratorio, incluida una prueba de Papanicolaou, de ser necesario.
- Es posible que me refieran a otro profesional de salud para otros exámenes o tratamiento, de ser necesario.
- Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito para recibir otros servicios disponibles en el hospital.

Pago

- Existen algunos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de atención y tratamiento médico que podrían ocasionar un gasto adicional para mí (el cliente).
- El programa de planificación familiar podría implicar gastos que no estén cubiertos y que un seguro o programa de asistencia de pagos tampoco podría cubrir. Entiendo que tendré que hacerme cargo de dichos gastos.
- Podrían facturarme el gasto de servicios que no son parte del Título X, incluido(s), pero no limitado(s) a: colonoscopia o tratamiento para complicaciones de procedimientos bajo la cobertura del Título X, o efectos secundarios por medicamentos.
- Es posible que el programa de planificación familiar no cubra algunos exámenes de laboratorio. Mi proveedor los discutirá conmigo.
- Si necesito una referencia a otro profesional de salud, asumiré la responsabilidad de recibir y pagar este servicio.

Privacidad

- Toda la información relacionada con mi persona es estrictamente confidencial y no se le proporcionará a nadie sin mi autorización, a menos que así lo requiera la ley. Esto podría incluir:
 - Resultados positivos de enfermedades de transmisión sexual
 - Abuso sexual o físico de menores
 - Señales físicas de violencia doméstica o violencia ejercida por su pareja íntima
- Entiendo que este hospital usa una base de datos estatal que le da acceso a mi información de salud al Departamento de Salud de Colorado (Colorado State Health Department), con fines de gestión de informes del programa.

Leí la información precedente. Se me explicó la información y la entiendo. El personal del hospital respondió todas mis preguntas.

Firma del cliente

Fecha

El cliente recibió la información precedente y creo que él o ella la entendió.

Firma del personal

Fecha

Información de identificación del intérprete _____

Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento	
Fecha del servicio		Paciente N.º		Tipo de visita:	Planificación Familiar
Número de teléfono:		¿Es ese su teléfono personal?		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Axis Health System (AHS) se adhiere a todas las leyes estatales y federales que protegen la confidencialidad y permiten la divulgación de los registros e información sobre la atención médica. La información relativa a los servicios que puede recibir en el marco del programa de PLANIFICACIÓN FAMILIAR TÍTULO X es confidencial y no se divulgará a ninguna persona o agencia sin su consentimiento por escrito. Si desea divulgar su información, debe firmar un formulario de autorización para divulgar información médica protegida (divulgación de información [Release of Information, ROI]). Las divulgaciones y usos de su información médica protegida por parte de AHS y las excepciones a la confidencialidad de su información se establecen en el aviso de prácticas de privacidad y en el manual del paciente que están a su disposición. Los siguientes documentos pueden solicitarse en cualquiera de nuestros centros clínicos y también están disponibles en nuestro sitio web (www.axishealthsystem.org):

Política de citas médicas
 Política de reclamaciones de salud conductual
 Aviso de prácticas de privacidad
 Cómo elegir un proveedor de atención médica

Política de reclamaciones médicas
 Derechos y responsabilidades de los pacientes
 Voluntades anticipadas
 Manual del paciente

Por favor, elija si desea que los servicios del programa de Planificación Familiar Título X sean confidenciales:

- Elijo que todas las visitas de planificación familiar se marquen como **CONFIDENCIALES**.
Esto significa que AHS no discutirá ninguna información sobre los servicios de planificación familiar con su padre/tutor, cónyuge u otras personas (según corresponda). Esto también significa que AHS no facturará a su seguro o al de sus padres/tutores a menos que usted tenga su propio seguro de Medicaid para asegurar la confidencialidad.
- Elijo que todas las visitas de planificación familiar se marquen como **NO CONFIDENCIALES**.
Esto significa que AHS puede discutir cualquier información sobre los servicios de planificación familiar con su padre/tutor, cónyuge u otras personas, según corresponda. Esto también significa que AHS facturará a su seguro o al de sus padres/tutores.

Tiene derecho a revocar o actualizar esta decisión en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a AHS. Si este formulario está incompleto, AHS se inclinará por su decisión de confidencialidad previamente documentada. Si no existe ningún documento válido, AHS tomará por defecto el carácter **CONFIDENCIAL**.

Si eligió mantener sus servicios de planificación familiar como NO CONFIDENCIALES, usted, su padre, tutor o cónyuge recibirán una factura por los servicios recibidos hoy. ¿Qué proveedor de seguros médicos cubre sus servicios médicos y de salud mental?

Encierre uno en un círculo: Medicaid CHP+ Sin seguro No lo sé

Seguro privado (indique) _____

Si eligió mantener sus servicios de planificación familiar CONFIDENCIALES, debe asumir la responsabilidad financiera del pago de su factura en función de sus ingresos declarados. Su solicitud de la escala de tarifas del Título X forma parte de la solicitud del programa Título X.

En situaciones de emergencia médica, si es menor de 18 años, se notificará a los padres o tutores. La información que he proporcionado es verdadera y correcta y, al firmar a continuación, confirmo que he leído o tengo acceso a los documentos mencionados.

Firma _____ Fecha _____

Planificación familiar según el Título X, Declaración de derechos de los clientes

Queremos brindarle atención médica de calidad y bajo costo. A continuación detallamos nuestras obligaciones con usted:

Privacidad: Se ofrecerá un entorno de privacidad para el asesoramiento y los servicios.

Respeto: Usted será tratado con **consideración y respeto**.

Confidencialidad: Se mantendrá la **confidencialidad de la información personal**, incluidos la atención, el tratamiento y los registros personales, salvo cuando estemos obligados por ley a proporcionar información, como en el caso de maltrato físico o abuso sexual de menores, signos físicos de violencia doméstica y resultados positivos de algunas infecciones de transmisión sexual.

Acceso: Se proporcionará atención médica independientemente de la cantidad de embarazos, estado civil, preferencias de métodos anticonceptivos, procedencia del pago, raza, credo, color de piel, origen étnico, nacionalidad, categoría de residente, religión, sexo, orientación sexual, género, expresión de género, edad, estatura, peso, capacidades físicas o mentales y condición de excombatiente. Tampoco es necesario que lo refiera un médico para recibir servicios de Planificación Familiar

Información

- Se le brindará información sobre su atención médica y plan de tratamiento de forma comprensible y en un lenguaje que pueda entender. **Si es necesario, se proporcionarán intérpretes sin costo.**
- Se le indicará adónde puede ir para recibir servicios en caso de emergencias o si la clínica está cerrada.
- No dude en hacer preguntas cuando haya cosas que no entienda.
- Se le informará sobre eventuales cargos que se cobren por los servicios.

Participación y elección voluntarias

- Los servicios se prestan de manera voluntaria.
- Los servicios de planificación familiar no constituyen un requisito previo para recibir otros servicios en la clínica.
- Usted puede decidir libremente si desea usar métodos anticonceptivos y cuáles usar.

Cargos, facturación y cobranza

- **Si usted tiene seguro (Medicaid o seguro privado)**, le pedimos que hable con el personal de admisión de la clínica acerca de su cobertura para **determinar si ese seguro cubrirá su consulta**. En caso de que se quiera mantener la confidencialidad, esta clínica de Título X debe renunciar al pago del seguro.
- Para determinar su tarifa se utiliza una **escala progresiva** que se basa en el costo de los servicios. La suma que le cobraremos dependerá de cuánto dinero gane y de cuántas personas tenga que mantener.
- La utilización de una escala progresiva de tarifas nos permite brindarle atención médica a un costo mucho menor que otras agencias de salud. **No se le dejará de prestar servicios anticonceptivos porque no pueda pagar.**
- **Si usted es menor de 18 años, sus tarifas se basarán únicamente en los ingresos disponibles**, ya sean los de su familia o los suyos propios.
- **Si sus ingresos no superan el 100 % del nivel federal de pobreza**, no se le cobrarán o facturarán los servicios clínicos cubiertos de planificación familiar relacionados con su método anticonceptivo.
- **Se le podrán cobrar los servicios no cubiertos por el programa de planificación familiar. Usted será responsable de pagar dichos costos.** Estos podrían incluir servicios no cubiertos por el Título X, como colposcopías, análisis de VIH, pruebas de clamidia si no hay riesgo para el paciente, así como complicaciones resultantes de los procedimientos cubiertos por el Título X, efectos secundarios de medicamentos, etc.
- **Las clínicas de planificación familiar** reciben fondos federales y del estado para contribuir a financiar la atención médica que brindan. No obstante, el dinero que aporta el gobierno no es suficiente para cubrir todos nuestros gastos. **Sus donaciones son muy importantes.** Ayudan a que la clínica continúe abierta y a que pueda seguir prestando servicios. Apreciamos sus aportes, sin importar cuál sea el monto con el que pueda colaborar.