

**NEICAC – FAMILY PLANNING
COMMON INTAKE FORM**

Nº de Cliente _____

Fecha de Hoy _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Condado de Residencia _____

Apellido(s) Previos _____

Domicilio/PO Box _____ Nº de Apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nº de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento __/__/__ Edad ____ Género: F M

Por favor marque **TODAS** las maneras de localizarle:

- Llamar a su casa Llamar a su trabajo Llamar a su Celular
 Por carta Por carta (con sobre en blanco)

Si es menor de 18 años, ¿saben sus padres que esta solicitando servicios anticonceptivos? Sí No

¿Le podemos mandar su estado de cuenta a la dirección mencionada arriba? Sí No

Si no, ¿a qué dirección le podemos mandar la factura? _____

Nº de teléfono de día: (____) _____ El mejor tiempo para llamarle: _____

Nº de Celular: (____) _____ El mejor tiempo para llamarle: _____

¿Nos podemos identificar como Family Planning (Planificación Familiar) si le llamamos? Sí No

¿Es usted Hispano/a? Sí No Raza: Blanco Negro Asiático De Islas Pacíficas
 Amerindio/de Alaska Multirracial

¿Cómo se entero de nuestra clínica? Familia / amiga Escuela Directorio telefónico WIC
 Doctor privado Medios de comunicación / Internet Otra clínica de PF Otra _____

¿Es usted?: Soltero-a Casado-a Divorciado-a Separado-a Viudo-a

¿Vive?: Solo-a Con esposo-a/compañero-a Con hijos Con padres Con otra persona

Número de personas en su hogar _____

Empleador: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Escuela: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Grado Escolar Máximo Terminado: _____

PERSONA DE CONTACTO ALTERNO (quien le pueda entregar un mensaje si Family Planning está tratando de comunicarse con usted):

Nombre: _____ Relación: _____

Domicilio _____ Nº de teléfono (____) _____

¿Tiene seguro médico? Sí No ¿Le gustaría que Family Planning presente a su seguro médico? Sí No

Relación al portador del seguro: _____ ¿Se hizo una copia de la tarjeta del Seguro Médico? Sí No

¿Tiene Asistencia Médica? Sí No

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA Y CONFIDENCIAL PARA LOS SERVICIOS Y PAGOS

- Me han informado, entiendo, y doy mi permiso voluntario para recibir los servicios ofrecidos por NEICAC Health Services Family Planning.
- Entiendo que estos servicios son proveídos bajo el Iowa Department of Public Health (Departamento de Salubridad de Iowa).
- Yo por la presente doy permiso a NEICAC Health Services Family Planning para que efectúe exámenes rutinarios que pueden incluir análisis de orina, análisis de sangre, Papanicolaou, examen de enfermedades transmitidas sexualmente, presión sanguínea, examen de los senos, y examen pélvico para el cuidado de la planificación familiar/anticonceptivo.
- Entiendo que NEICAC Health Services Family Planning tiene acceso a los registros que mantiene NEICAC. Entiendo que el Iowa Department of Public Health o cualquier representante fiscal asociado con los servicios que provee el programa de NEICAC Health Services Family Planning tiene acceso a la información que contiene mi expediente. Mi firma autoriza a NEICAC Health Services Family Planning que revele mi expediente a estas agencias fiscales cuando sea necesario.
- Entiendo que el único método 100% efectivo para prevenir el embarazo es la abstinencia. He recibido información acerca del uso, efectividad, los riesgos conocidos y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos disponibles. Esta información puede haber sido proveída en folletos, hojas de hechos o videos. Entiendo que el método que elija no es 100% efectivo. Yo libero a NEICAC Health Services Family Planning de cualquier responsabilidad por la falla del método. Entiendo que debo comunicarme a este consultorio con respecto a alguna pregunta, preocupación, o efecto secundario (síntoma) de mi método anticonceptivo/servicios de planificación familiar.
- Entiendo que si sale un resultado anormal en el Papanicolaou, recibiré una carta indicando que se recomienda una cita de continuación.
- Entiendo que un resultado positivo de una enfermedad transmitida sexualmente será reportado al Iowa Department of Public Health.
- Entiendo que recibiré un examen completo, incluso análisis de laboratorio y anticonceptivos por un año. Si se necesita una cita de continuación o análisis adicionales, yo tendré que sufragar los gastos. Yo libero a NEICAC Health Services Family Planning de cualquier responsabilidad relacionada al cuidado que yo elija recibir de mi propio médico para la continuación de mi tratamiento.
- Entiendo que toda la información que he proveído es confidencial y que mis padres/tutor será notificado únicamente en caso de emergencia o si existe una condición grave.
- Entiendo que soy responsable económicamente de pagarle a NEICAC Health Services Family Planning por todos los servicios recibidos, incluso el resto que no cubra mi portador de seguro. Yo por la presente asigno todos mis derechos de recibir cualquier y todo beneficio de seguro, por lo contrario pagable a mí, por coberturas proveídas por mi portador de seguro médico a NEICAC Health Services Family Planning, y dirijo que el pago de los beneficios sea hecho directamente a NEICAC Health Services Family Planning Program.
- Entiendo que soy responsable de informarle a NEICAC Health Services Family Planning de todos los programas de seguro para los cuales califico.
- Autorizo la revelación de información que contiene mi expediente médico o extractos del mismo a cualquier compañía de seguros o tercer persona que pague con el propósito de usarla para la administración de una auditoría y/o el propósito de verificar los servicios y obtener el pago de la cuenta. Entiendo que al ejecutar esta autorización renuncio a mi derecho de la confidencialidad con respecto al material revelado conforme a esta autorización.
- Entiendo que cualquier **descuento aplica ÚNICAMENTE a los servicios relacionados a la planificación familiar o métodos anticonceptivos**. Entiendo que mi portador de seguro puede pagar conforme a lo que ellos consideren “normal y de costumbre” y que el programa de NEICAC Health Services Family Planning no tiene que aceptar esto como pago total. Estoy de acuerdo a pagar cualquier cargo que no cubra mi seguro, Título XIX, o la escala de precios de la planificación familiar.

Los reglamentos de Iowa State Social Services asignan por mandato que todos los beneficios de Medicaid sean detenidos hasta que se investigue otro seguro. Los clientes son responsables legalmente de proveer información respecto a cualquier posibilidad de cobertura por otra compañía. El cumplimiento de estas normas prevendrá la posibilidad de un litigio después.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS DECLARACIONES ANTERIORMENTE MENCIONADAS. Esta autorización permanecerá en efecto por 1 año de la fecha de firma a menos que sea revocada por mí por escrito, y no podrá ser revocada por los servicios dados antes de mi aviso de revocación. Una fotocopia de este permiso será considerada tan válida como la original.

Firma

Fecha

Staff Witness

Date