

Programa de planificación familiar

Programa de planificación familiar cubrirá los servicios SOLO PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD

Método que va a utilizar y las posibles complicaciones POR EJEMPLO:

---- LA EDUCACIÓN DEL MÉTODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD

---- EVALUACIÓN SOBRE EL MÉTODO Y EXTENSIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

---- ---- VAGINITIS infección urinaria ----

OTROS SERVICIOS selectiva será el tratamiento de:

---- SEXUAL EXÁMENES transmitido INFECCIONES: VIH, hepatitis B, sífilis

---- Examen anual de examen de Papanicolaou Y TRATAMIENTO de los resultados anormales.

SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL no están relacionados con este programa.

Consejería en planificación familiar en _____ Minutos X _____
Médico tratante o el Asistente Fecha

CUESTIONARIO DE LA MUJER atención a la salud:

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando la casilla correspondiente (Sí / No)

1. ¿Su pareja / esposo amenazan con hacerle daño a usted as sus hijos? Sí ____ No ____
2. ¿Su pareja / esposo dice que es culpa suya si él / ella le golpea,
A continuación, le promete que no volverá a suceder Sí ____ No ____
3. ¿Su pareja / esposo te humilla en público o no le
entre en contacto con familiares o amigos? Sí ____ No ____
4. ¿Su pareja / esposo le tira al suelo, empujar, golpear, estrangular, patear, o que te hiera? Sí ____ No ____
5. ¿Su pareja / esposo fuerza a tener relaciones sexuales cuando no quiere? Sí ____ No ____

Creado por el ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Médico de la Mujer Salud marzo de 2002.

Seguro Medico and S.S

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento : _____

Número de Seguro Social (Si usted no tiene un número, por favor escribir no tengo una NumeroSeguroSocial)

¿Tiene actualmente un plan médico de la HMO o seguro? Sí ____ No ____ Si es sí que Seguro : _____

¿Tiene usted algún tipo de identificación (ID) Sí ____ No ____

TRATAMIENTO Y ACUERDO DE ARBITRAJE

En lo que respecta a la atención médica y los servicios prestados o a ser proporcionada, se ha acordado lo siguiente: el médico a cargo brindar atención médica y los servicios al paciente, a lo mejor de su habilidad y conocimiento, que la atención médica a la luz de las circunstancias es posible y práctico. El paciente tendrá que cooperen plenamente con el médico tratante mediante la obtención de medicamentos que sean recetados, siguiendo las instrucciones del médico tratante, mediante la adhesión al régimen de tratamiento o curso de acción que pueda ser establecidos, mediante el pago de todos los cargos en su totalidad como facturado o de lo previsto por el anterior régimen especial. SE ACUERDA que: la atención médica y el servicio también puede ser proporcionada por un debidamente autorizado asistente médico o enfermera bajo la supervisión del médico tratante. En el caso de cualquier controversia entre el paciente o un dependiente (sea o no un menor de edad) o de los herederos-en-ley, el representante personal del paciente, como el caso, y el Médico (incluyendo sus agentes y empleados) la participación de una demanda por responsabilidad extracontractual contractual, la misma será sometida a arbitraje. Dentro de los quince (15) días después el paciente o el médico tratante dar aviso a la otra de arbitraje exigente de dicha controversia. las partes en la controversia designarán cada uno a un árbitro y dar aviso de tal designación a la otra. En un plazo razonable de tiempo después de estos anuncios se han dado, los dos árbitros, seleccionados de manera deberá elegir un árbitro neutral y dar aviso de la selección de los mismos a las partes. Los árbitros deberán celebrar una audiencia con el en un tiempo razonable a partir de la fecha de notificación de la selección de un árbitro neutral. Todos los avisos u otros documentos que deba notificarse se notificarán por correo de los Estados. Salvo lo dispuesto en este documento, el arbitraje se llevará a cabo de acuerdo con y gobernado por el dispuesto en el Título 9 del Código de Procedimiento Civil de California. El paciente puede retirarse de la parte de arbitraje de este acuerdo dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de este acuerdo mediante notificación de su intención de _____ ecerca por correo certificado.

Por firmas o yo / nosotros consentimiento a este acuerdo y cada uno de acusar recibo de una verdadera copia del mismo. Y certifico bajo pena perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta, y yo / nosotros no hacer declaraciones falsas.

X _____ X _____ X _____ X _____
Firma del Paciente Fecha Médico tratante o el Asistente Fecha

Si el paciente es un menor o incapaz, el padre o tutor deberá firmar aquí, y además el paciente menor de edad o incapaces debe firmar arriba, si es posible.

X _____ X _____ X _____ X _____
Padres o Tutor Fecha Médico tratante o el Asistente Fecha