



**Washington Township
Medical Foundation**

Part of Washington Hospital Healthcare System

Women's Health Specialists

2299 Mowry Avenue, Ste 3C

Fremont, California 94538

Phone: (510) 796-7057

Fax: (510) 796-5198

Name:	Reason for Visit:	Date of Visit:
Date of Last Pap Smear:	Date of Last Mammogram:	Date of Birth:
Primary MD:	Preferred Pharmacy:	Age:

GYNECOLOGIC HISTORY:

Date of last menstrual period: _____ Unsure Menopausal: Age of Menopause: _____

Age of first period: _____ Number of days between periods: _____ Days of flow/bleeding: _____

Flow (check applicable): Light Medium Heavy Clots Bleeding between periods

Current method of birth control: _____

Have you ever had any of the following:

	Yes	No	Date		Yes	No	Date
Abnormal Pap Smear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Heavy or Irregular Periods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cervical Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ovarian Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pelvic Inflammatory Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibroids of the Uterus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uterine Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incontinence of Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sexually Transmitted Infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infertility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Other (please explain below)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Comments/Treatment: _____

PREGNANCY HISTORY:

Times Pregnant: _____ Term Births: _____ Premature Births: _____ Miscarriages: _____ Abortions: _____ Living Children: _____

No.	Date (mm/dd/yyyy)	Wks Gest	Labor (hours)	Baby's Weight	Gender	Delivery Type (Vag or C/S)	Pain Meds	Complications
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Comments: _____

MEDICATIONS (All – Including over-the-counter medications or herbal supplements; if needed, attach separate list)

Medication	Dosage	Indication

[TURN OVER]

ALLERGIES

Medication	Reaction

No known drug allergies

MEDICAL HISTORY – Have you **ever** had any of the following?

	Yes	No		Yes	No
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood Clots (also known as DVT or PE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breast Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestinal problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Breast Problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Stones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colon Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis/Osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallbladder problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal reflux (severe heartburn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (please explain below)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comments/Treatment:					

SURGICAL HISTORY

Date	Operation	Indication	Complications

FAMILY HISTORY – Does anyone in your family have:

	Yes	No	Family Member	Yes	No	Family Member
Birth Defects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Breast Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colon Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comments:						

SOCIAL HISTORY

Marital Status: Married Single Domestic Partner Divorced Widowed

Number of sexual partners in the last two years: Male: _____ Female: _____

Do you smoke or use tobacco products? Current Past Never

If CURRENT, how much do you smoke per day? _____ If PAST, how many years ago did you quit? _____

Do you exercise regularly? Yes No If YES, how often and what type: _____

Do you drink alcohol? Yes No If YES, how much and how often: _____

Do you use any illicit drugs? Yes No If YES, what type and how often: _____

Patient's Signature: _____ Doctor's Signature: _____

REGISTRACION DEL PACIENTE

Fecha de Hoy _____ Teléfono de Casa _____ - _____ - _____ # de Celular _____ - _____ - _____
 Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo Inicial _____
 Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Hombre o Mujer Estado Civil: S C D V
 Domicilio _____ # de Apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____ Correo Electrónico _____
 Ocupación _____ Empleador _____
 Domicilio de Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____
 # de Trabajo _____ - _____ - _____ Contacto de Emergencia _____
 # de Emergencia _____ - _____ - _____ Relación al Paciente _____
 Quien le refirió? _____ Doctor Primario _____
 Como escucho de nosotros? Anuncio Empleado Amigo/Pariente Otro _____

ASEGURANZA PRIMARIA Subscriptor de la Aseguración: Uno Mismo Esposo Padre Empleador
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Inicial _____
 Relación al Paciente _____ Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre de la Aseguración _____ ID del Subscriptor _____ # de Grupo _____
 Domicilio de la Aseguración _____ Teléfono _____ - _____ - _____
 Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____

SEGUNDA ASEGURANZA Subscriptor de la Aseguración: Uno Mismo Esposo Padre Empleador
 Apellido _____ Nombre _____ Segundo Inicial _____
 Relación al Paciente _____ Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre de la Aseguración _____ ID del Subscriptor _____ # de Grupo _____
 Domicilio de la Aseguración _____ Teléfono _____ - _____ - _____
 Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____

REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES Reportaste el daño a su Empleador? Si No
 Fecha del Daño ____/____/____ Hora: _____ AM/PM Número de la Reclama _____
 Donde Ocurrió el Daño _____
 Contacto en el Empleador _____ # de Contacto _____ - _____ - _____
 Adjustor de Reclamos _____ Teléfono _____ - _____ - _____ Fax _____ - _____ - _____
 Aseguración _____ Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____ # Postal _____

Yo declaro que la información que he escrito arriba es exacta y completa. Reconozco que soy responsable de notificar a Washington Township Medical Foundation de cualquier cambio hecho a mi información de contacto y/o seguro.

Consentimiento de Historia de Medicación: Yo autorizo a Washington Township Medical Foundation (WTMF) que obtenga electrónicamente mi historial de prescripción/medicación de varios medios incluyendo farmacias y doctores fuera de la práctica. Autorizo a WTMF que obtenga mi historial de prescripción/medicación tan frecuente como ellos determinen necesario para mí cuidado médico apropiado.

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE O PARTE RESPONSABLE

WASHINGTON TOWNSHIP MEDICAL FOUNDATION NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY!

UNDERSTANDING YOUR HEALTH RECORD/INFORMATION;

Each time you visit a hospital, physician, or other healthcare provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information often referred to as your health or medical record, serves as a basis for planning your care and treatment and serves as a means of communication among the many health professionals who contribute to your care. Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to ensure it's accuracy, better understand who, what, when, where and why others may access your health information, and make more informed decisions when authorizing disclosure to others.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS:

Unless otherwise required by law that your health record is the physical property of the healthcare practitioner or facility that compiled it, the information belongs to you. You have the right to request a restriction on certain uses and disclosures of your information, and request amendments to your health record. This includes the right to obtain a paper copy of the notice of information practices upon request, inspect, and obtain a copy of your health record, obtain an accounting of disclosures of your health information, request communications of your health information by alternative means or at alternative locations, and revoke your authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken.

OUR RESPONSIBILITIES:

Washington Township Medical Foundation is required to maintain the privacy of your health information. In addition, we are required to provide you with a notice as to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you. This organization must abide by the terms of this notice, notify you if we are unable to agree to a requested restriction, and accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations. We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all protected health information we maintain. Should our information practices change, we will mail a revised notice to the address you've supplied us. If we maintain a Web site that provides information about our customer services or benefits, we will post our new notice on that Web site. We will not use or disclose your health information without your authorization, except as described in this notice.

FOR MORE INFORMATION OR TO REPORT A PROBLEM:

If you have questions and would like additional information, you may contact Michelle Smith at (510) 248-1000. If you believe your privacy rights have been violated, you can file a complaint with the Secretary of Health and Human Services. There will be no retaliation for filing a complaint.

HOW WE WILL USE YOUR HEALTH INFORMATION:

We will use your health information for treatment. For example: Information obtained by a healthcare practitioner will be recorded in your record and used to determine the course of treatment that should work best for you. We will also provide your other practitioners with copies of various reports that should assist them in treating you.

We will use your health information for payment. For example: A bill may be sent to you or a third-party payer. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures, and supplies used.

We will use your health information for regular health operations. For example: Members of the medical staff, the risk or quality improvement manager, or members of the quality improvement team may use information in your health record to assess the care and outcomes in your case and others like it. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the healthcare and service we provide.

Business Associates: There may be some services provided in our organization through contracts with Business Associates. Examples include physician services in the Emergency Department and Radiology, or certain laboratory tests. When these services are contracted, we may disclose some or all of your health information to our Business Associate so that they can perform the job we've asked them to do. TO protect your health information, however, we require the Business Associate to appropriately safeguard your information.

Notification: We may use or disclose information to notify or assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care, your location, and general condition.

Communication with family: Health professionals, using their best judgment, may disclose to a family member, other relatives, close personal friends or any other person you identify, health information relevant to that person's involvement in your care or payment related to care.

Marketing: We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you.

Food and Drug Administration (FDA): As required by law, we may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, product and product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs or replacement.

Workers Compensation: We may disclose health information to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers compensation or other similar programs established by law.

Public Health: As required by law, we may disclose your health information to public health or legal authorities charged with tracking birth and deaths, as well as with preventing or controlling disease, injury, or disability.

Correctional Institution: Should you be an inmate of a correctional institution, we may disclose to the institution or agents thereof health information necessary for your health and the health and safety of other individuals. An inmate does not have the right to the Notice of Privacy Practices.

Law Enforcement: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena. Federal law makes provision for your health information to be released to an appropriate health oversight agency, public health authority or attorney, provided that a work force member or business associate believes in good faith that we have engaged in unlawful conduct or have otherwise violated professional or clinical standards and are potentially endangering one or more patients, workers or the public.

Notice of Privacy Practices availability: This notice will be prominently posted in the office where registration occurs. Patients will be provided a hard copy and the notice will be maintained on our Website for downloading.

EFFECTIVE DATE: FEBRUARY 1, 2007

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE LA PRIVACIDAD

(Para el uso y/o divulgación de la Información Protegida Médica)

Por el presente doy consentimiento a Washington Township Medical Foundation y todos los proveedores médicos suministrando cuidado Washington Township Medical Foundation, ha usar y divulgar mi información protegida médica para los usos de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado médico. Puedes cancelar este consentimiento a cualquier tiempo. Su cancelación debe de ser escrito, firmado por usted o en su favor, y repartido a la dirección al fondo de esta forma. Esto puede ser repartido en persona o per correo, pero solo será efectivo cuando lo recibimos actualmente. Su cancelación no será eficaz hasta el punto que otros o nosotros hayamos actuado en confianza sobre este consentimiento. Tiene el derecho de pedir restricción en el uso y divulgo de su información protegida médica para los efectos de tratamiento, pago, u operaciones de cuidado médico. No estamos requeridos de conceder a su petición, sin embargo, si lo hacemos, la restricción será obligatoria a nosotros. Nuestra Política de Privacidad Fijada provee información más detallada del uso y divulgo de su información protegida médica. Tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad fijada antes de que firmes este consentimiento. Reservamos el derecho de enmendar los términos de nuestra Política de Privacidad Fijada. Puede obtener una copia corriente por contactando nuestra oficina en **(510) 248-1000**, o visitando nuestro website en www.mywtmf.com.

Imprima el Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Si usted está firmando como representante del paciente:

Imprima Su Nombre: _____

Relación: _____

CANCELACION

Por el presente anulo el consentimiento dado arriba.

Imprima el Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Si usted está firmando como representante del paciente:

Imprima Su Nombre: _____

Relación: _____

Dirección para la cancelación:

Su cancelación será eficaz, sobre recibo, en la dirección siguiente:

Washington Township Medical Foundation
38719 Stivers Street
Fremont, CA 94536

Notice to Consumers

Doctores medicos están licenciados y regulados por el Medical Board of California –
(800) 633-2322 www.mbc.ca.gov

Entiendo que el médico esta licenciado y regulado por el Medical Board of California

Nombre Imprimido

Firma

Fecha



Part of Washington Hospital Healthcare System

Telephone: (510) 796-7057 • Fax: (510) 796-5198

**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MÉDICA
COMO REQUIDIDO POR LAS LEYES DE HIPAA**

Paciente:

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Número Postal

Autoriza:

Descargar Información Protegida Medica a:

Nombre del Proveedor Medico

Nombre del Proveedor Medico

Dirección

Dirección

Ciudad, Estado, Número Postal

Ciudad, Estado, Número Postal

Información que va ser Descargada: (Marque la categoría aplicable)

- Historial Médico, Examinación, Reportes
- Tratamientos o Pruebas
- Archivos de la Alergia
- Consultaciones
- Otra (Describa): _____
- Reportes Quirúrgicos
- Archivos del Hospital Incluyendo Reportes
- Reportes del Laboratorio
- Archivo Entero
- Inmunizaciones
- Reportes de Radiografías
- Prescripciones

Objeto para la Necesidad de Acceso: (Marque las categorías aplicables)

- Tratamiento Médico Adicional
- Elegibilidad/Beneficios de la Asegurancia
- Otra (Describa): _____
- Investigación o Acción Legal
- Cambiando Doctores
- Personal

Entiendo que si la persona(s) y/o organización(es) nombrada arriba no son proveedores médicos, planes de seguro, o cámaras de compensación medicas, que tienen que seguir los niveles de privacidad federales, la información médica divulgada como resultado de esta autorización pueda que no sea protegido por los niveles de privacidad federales y mi información de salud pueda ser divulgada de nuevo sin que pidan mi autorización.

Sus derechos con respecto de esta Autorización:

Derecho de Examinar o Copiar la Información Medical que va ser Usada o Divulgada - Entiendo que yo tengo el derecho para examinar o copiar la información médica que he autorizado para ser utilizado o divulgado por esta forma de autorización. Sé que puedo planear de examinar mi información médica u obtener copias de mi información médica por contactando el departamento de archivos médicos de Washington Township Medical Foundation. **Derecho para Recibir Copia de Esta Autorización** – Entiendo que si estoy de acuerdo de firmar esta autorización, que no es necesario de hacer, debo de recibir una copia de esta forma firmada. **Derecho de Rechazar Firmar esta Autorización** – Entiendo que estoy bajo ninguna obligación de firmar esta forma y que la persona(s) y/o organización(es) nombrada arriba quien estoy autorizando el uso y/o el divulgo de mi información no puede condicionar el tratamiento, pago, registro en un plan médico, o elegibilidad para beneficios de tratamiento médico con mi decisión para firmar esta autorización. **Derecho de Retirar esta Autorización** – Entiendo que una notificación escrita es requerido para cancelar esta autorización. Para obtener la información en como retirar my autorización o para recibir una copia de mi retiro, puedo contactar el departamento de archivos médicos de Washington Township Medical Foundation. Sé que mi retiro no será efectivo para los usos y/o los descargos de mi información médica que la(s) persona(s) y/o organización(es) nombrada arriba ya han a hecho en referencia a esta autorización.

Fecha de Expiración: Esta autorización es buena hasta la fecha(s) siguiente _____ o para un ano a partir de la fecha firmada.

He tomado la oportunidad de revisar y entender el contenido de esta forma de autorización. En firmando esta autorización, estoy confirmando que refleja mis deseos exactamente.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____ **Fecha:** _____

(Si está firmado por otra persona que el paciente, indique la relación y la autoridad de hacerlo)

Firma del Representante de WTMG: _____ **Fecha:** _____

Records have been: Mailed Faxed Patient Picked Up

POLIZA FINANCIAL

PACIENTES CON ASEGURANZA:

Aunque nosotros mandamos su factura a la compañía de aseguranza/grupo médico para los servicios rendidos, usted es responsable económicamente para todos los servicios rendidos. Si el pago no se ha recibido dentro de sesenta (60) días de mandar la factura a su plan/grupo médico de aseguranza, le podemos contactar para asistencia. Si su plan/grupo médico de aseguranza niega cobertura por cualquier razón, usted será responsable para ese pago en total dentro de treinta (30) días del recibo de su declaración de factura. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, tarjetas de cargo, y cheques personales.

DOBLE COVERTURA:

Washington Township Medical Foundation sigue las leyes de aseguranza del estado de California, que gobiernan la coordinación de beneficios. Por lo tanto, usted es responsable de darnos la información de la facturación para los planes primarios, secundarios, y terceros médicos. Doble cobertura no se asegura necesariamente que usted no tendrá un co-pago para su visita en la oficina. Si el co-pago no está colectado al tiempo de su visita y subsiguientemente su plan de aseguranza indica que un co-pago es debido, usted será responsable por pagar la cantidad del co-pago dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que usted recibe su declaración de factura. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, tarjetas de cargo, y cheques personales.

PACIENTES SIN ASEGURANZA:

Nuestros honorarios no siempre pueden ser determinados por adelante, ya que dependen en servicios actuales sean proporcionados. Si le gustaría un total estimado antes de su visita, por favor pregunte al personal del mostrador. Note por favor que esto es solamente un total estimado y los totales del cargo actual pueda variar del estimado. Pago para todos los servicios es debido al tiempo del servicio. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, Mastercard, Visa, tarjetas de cargo, y cheques personales. Como una cortesía, un descuento de 55% será aplicado a servicios de oficina y preventivos, y un descuento de 25% será aplicado a procedimientos quirúrgicos de oficina al tiempo de servicio.

POLIZA DE CO-PAGO:

Es su obligación de ser familiar con su co-pago de aseguranza y/o cantidades deducibles. Su cantidad de co-pago debe ser pagado a la hora de su visita.

POLIZA DE NO PRESENTARSE:

Washington Township Medical Foundation requiere veinticuatro (24) horas de noticia de cancelación para visitas programadas. En caso que no somos notificados veinticuatro (24) horas antes de su cita, usted será cargado un "No Presentarse" honorario de \$25.00.

CUENTAS DELINQUENTES:

Cuentas de paciente que no son pagados dentro de sesenta (60) días de la fecha de servicio, puedan ser mandados a una agencia de colección.

CHEQUES DEVUELTOS:

Habr  un honorario de servicio de \$25.00 para cheques devueltos.

POLIZA DE REEMBOLSO:

Si usted asido notificado por su compa a de aseguranza que usted es debido un reembolso, por favor contacte nuestra oficina.

HONORARIO PARA COPIANDO ARCHIVOS MEDICOS:

Hay un honorario de \$15.00 para copiar archivos médicos que son proporcionados al paciente, compa a de aseguranza, abogados, etc. Sin embargo, no hay cargo para transferir archivos a otro proveedor medico con solicitud.

OTROS HONORARIOS:

Hay un cargo nominal de \$15.00 para cada forma/reporte (i.e. formas de DMV, físicos de colegio/deportes, etc.) que requiere que el médico termine. Sin embargo, este honorario será renunciado si hay una cita hecha separada para esta petición.

Hay un honorario de remplazos de \$15.00 para copias nuevas de cualquier archivo de inmunización.

Hay un cargo de \$15.00 para cualquier pedido de letras escritas (i.e. letras de verificación de salud para aseguranzas/empleados, letras de circunstancias especiales, etc.) en su favor como paciente.

AUTORIZACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS:

Autorizo el descargo de cualquier información médica, que pueda tener relación en la determinación, y/o pago de mi reclamo. Pido que pago sea hecho directamente a Washington Township Medical Foundation, y reconozco que soy responsable del pago si esta asignación no es honorada. Entiendo que soy responsable para todos los co-pagos, co-aseguranza, y deducibles que tenga con mi aseguranza. Además, entiendo que yo he sido proporcionado con un servicio y es mi responsabilidad de saber my propia cobertura de aseguranza, y estar enterado de servicios que puedan o no puedan ser cubiertos.

He leído y entiendo las pólizas antedichas, y estoy de acuerdo de cumplir con ellas. Atestigu  que toda la información es verdad y exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Pariente _____ Fecha _____
(Para Menores)