

Informacion Sobre la Paciente (por favor llenar todo)

Apellido: _____ Primer Nombre _____ Segundo _____

Calle: _____ Apt _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Zip: _____

Numeros de Teléfono:

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electronico: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social _____

Primer Dia del Último Periodo: _____ Segura?(sí / no): _____

Estado Civil:

Soltera Casada Divorciada Separada Viuda Comprometida

Nombre del Proveedor Primario: _____

Tenemos Permiso a:

Dejar mensaje en su teléfono celular / de la casa? ___ sí ___ no

Dejar mensaje en su teléfono en su trabajo? ___ sí ___ no

Podemos hablar con alguien sobre su condicion medica? ___ sí ___ no

Si se puede, con quien? _____ Relación: _____

Su Ocupación: _____

Su Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Zip: _____

Nombre de su pareja: _____

Teléfono: Celular _____ Trabajo _____ Otro _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Tel: _____

Relación: _____

Seguro Medico Primario (complete si la aseguranza NO ES SUYA)

Nombre de Seguro: _____

ID#: _____ Numero dr Grupo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Zip: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Fecha Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relacion con la paciente: _____

Seguro Medico Secundario (complete si la aseguranza NO ES SUYA)

Nombre de Seguro: _____

ID#: _____ Numero dr Grupo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Zip: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Fecha Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Relación con la paciente: _____

Por Favor Note:.. Si su compañía de seguro require tener una referencia, usted es responsable de ponerse en contacto con su proveedor primario (que podria ser distinto de su ginecologo/obstetra) antes de la fecha de su visita para obtener una referencia. Si no se consigue la remisión antes de su cita podriamos tener que cambiar su cita. Es la responsabilidad de la paciente, exclusivamente, a comprender sus beneficios individuales.

Firma

Fecha

Liberación y Asignación

Autorizo al Pregnancy Specialty Center of Texas a liberar a mi compañía de seguro toda la información acerca de mi enfermedad y de su tratamiento y queda asignar a Pregnancy Specialty Center of Texas todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o/y a mis dependientes. Entiendo que soy totalmente responsable de cualquier cantidad no cubiertos por mi compañía de seguro.

Firma

Fecha

Reconocimiento de Recepción del Aviso de Privacidad

Mi firma confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad en cuanto a mi información de salud protegida, en virtud de la Health Insurance Portability y Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA); tengo entendido que la información podrá ser y será utilizado para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de proveedores de atención de salud que pueden ser involucrados en mi tratamiento directa- e indirectamente.
- Obtener el pago por parte de terceros pagadores para mi servicios de atención de salud.

Me han informado del Aviso de Privacidad (Notice of Privacy Practices) de mi proveedor que contiene una descripción más completa de los usos de las revelaciones de mi información de salud protegida. Me han dado el derecho de revisar y recibir una copia de la notificación del Aviso de Privacidad. Tengo entendido que mi proveedor tiene el derecho de cambiar el Aviso de Privacidad y que puedo contactar a la oficina para obtener el Aviso de Privacidad.

Entiendo que puede pedir por escrito que se limite el uso de mi información privada, que el Pregnancy Specialty Center of Texas no está obligado a aceptar mi petición de restricción, y que si el Pregnancy Specialty Center of Texas se pone de acuerdo de cumplir que será obligado a hacerlo.

Firma

Fecha

Autorización Para Liberar Registros Médicos

Por la presente autorizo Pregnancy Specialty Center of Texas para liberar cualquier y toda la información relacionada a mi pasado y presente historial médico, diagnósticos y tratamientos a mi proveedor de referencia, proveedor primario, e especialistas que que son partes de mi atención medica. Información no relacionada a my tratamiento e enfermedad no sera divulgada.

Firma

Fecha

Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy personalmente responsable para los gastos médicos que ocurren con el Pregnancy Specialty Center of Texas. También reconozco que será responsable para gastos que ocurren por no proveer la información más actual e correcta de mi seguro al Pregnancy Specialty Center of Texas de mi parte. Entiendo que mis beneficios del seguro pueden tener una "cantidad permitida" en cada una de las modalidades que se determina por el contrato de beneficio que tengo con la compañía de seguros, y que estas no siempre son iguales a los honorarios del médico. El Pregnancy Specialty Center of Texas ha contratado con la mayoría de las compañías de seguros y hará el ajuste necesario en estos casos. Puede que mi seguro pague parte de la cantidad permisible, y yo soy responsable a pagar el resto. Mi pago puede incluir el deducible (si no ya acabado), co-pagos, y cualquier parte del honorario que no se ha pagado de otra manera. La parte estimada de mi responsabilidad será exigible en el momento de service. Entiendo que policias de beneficios médicos no pagan todo tipo de tratamiento medico.

Yo tengo la responsabilidad financiera de los servicios recibidos por el Pregnancy Specialty Center of Texas.

Firma

Fecha

Medical History

| Ha tenido alguna vez: | Sí | No | Explicación Breve |
|-----------------------------------|----|----|-------------------|
| Anemia | | | |
| Artritis | | | |
| Astma | | | |
| Problemas de Espalda | | | |
| Problema de coagulación de sangre | | | |
| Transfusión de sangre | | | |
| Cáncer | | | |
| Cirugía del cuello uterino | | | |
| Depresión | | | |
| Diabetes | | | |
| Problemas cardiacos | | | |
| Hipertensión arterial crónica | | | |
| Lupus/enfermedades inmunologicas | | | |
| Epliepsia | | | |
| Migrañas | | | |
| Enfermedades venereas | | | |
| Cirujías (tipo/fecha) | | | |
| Enfermedades de tiroide | | | |
| Hepatitis | | | |
| Otro problema medico: | | | |

Fuma tabaco? ___sí ___no
Si fuma cuantos al día? _____

Toma alcohol? ___sí ___no
Si toma cuantas bebidas al día? _____

Usa drogas? ___sí ___no
Qué tipo y cuatas veces? _____

Medicamentos:

Toma vitaminas prenatales? ___sí ___no

Toma otras medicinas (recetadas o de venta libre)? ___sí ___no
Cual y qué dosis: _____

Ha tomado algun otro medicamento durante el embarazo? ___sí ___no
Si ha tomado cual y qué dosis: _____

Tiene alergias a algunas medicinas? ___sí ___no
A cual medicinas y qué reacción _____

Historial Obstétrico

Fecha estimado del parto: _____

Tiene algunas quejas e algun problema a este tiempo? sí no

Exlique brevemente: _____

Numero total de embarazos, incluyendo el presente: _____

Partos anteriores:

| Fecha | Peso | Termino completo? | Sexo | Vaginal o Cesarea | Complicaciones |
|-------|------|-------------------|------|-------------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Abortos espontáneos:

| Fecha | Semanas de Embarazo | Razón si conocida |
|-------|---------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Abortos provocados:

| Fecha | Semanas de Embarazo | Método (cirugía o medicina) |
|-------|---------------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Tipo de sangre (if known): A B AB O

Rh positivo negativo

Historial Familiar

Fecha Nacimiento de Su Pareja: _____ Edad: _____

Su Raza: _____ Raza de Su Pareja: _____

Descendencia Étnica (Africana, Italiana, Asiatica, Aleman, Polynesica etc.):

Yours: _____ Partner's: _____

Han tenido alguna investigación genética previamente? sí no

Historial Familiar: Usted, su pareja, sus hijos u algun miembro de las dos familias han sufrido de:

| | Sí | No | Quién | Explique |
|---|----|----|-------|----------|
| Ceguera | | | | |
| Problemas de coagulación de sange | | | | |
| Enfermedad o problema de los huesos o baja estatura | | | | |
| Cancer antes de los 45 años | | | | |
| Anomalía de los cromosomas | | | | |
| Labio paladar/leporino | | | | |
| Fibrosis Cística | | | | |
| Sordera | | | | |
| Síndrome de Down | | | | |
| Epilepsia | | | | |
| Abnormalidades de los genitales | | | | |
| Defectos congenitos de corazón | | | | |
| Hemofilia/Desordenes de sangre | | | | |
| Enfermedad de Huntington | | | | |
| Hidrocefalia (liquido en el cerebro) | | | | |
| Infertilidad/Abortos espontáneos multiples | | | | |
| Problemas de los riñones | | | | |
| Defectos de las extremidades | | | | |
| Enfermedades mentales | | | | |
| Retraso mental | | | | |
| Distrofia auscular | | | | |
| Neurofibromatosis | | | | |
| Anemia falciforme/talasemia | | | | |
| Espina bifida/anencefalia | | | | |
| Enfermedad de Tay Sachs | | | | |
| Multiples familiares con rasgos idénticos | | | | |

Uso Prudente y Seguridad Clínica de Ultrasonido Diagnóstico (Aprob. Marzo 19, 2007)

Ultrasonido diagnóstico se ha utilizado desde finales de los años 1950. Dados sus conocidos beneficios y su reconocida eficacia para el diagnóstico médico, incluyendo embarazo humano, el Instituto Americano de Ultrasonido en Medicina (AIUM) alude a la seguridad clínica de su utilización:

No se han confirmado independientemente efectos adversos causados por el uso de instrumentos de ultrasonido diagnóstico presentemente usados sin el uso de agentes de contraste. Efectos biológicos han sido reportados en sistemas mamíferos a niveles diagnósticamente relevantes de exposición, pero la importancia clínica de estos efectos aún no se conoce. El ultrasonido debe ser utilizado por profesionales de la salud cualificados para un beneficio médico a los pacientes.

Uso Prudente en Obstetricia (Aprob. Marzo 19, 2007)

El AIUM recomienda el uso responsable de ultrasonido diagnóstico y desaconseja fuertemente el uso no-médico de ultrasonido con fines recreativos. El uso de ultrasonido sin una indicación médica para ver al feto, e el uso de ultrasonido sin un fin médico para visualizar el feto, o para obtener una imagen del feto, o determinar el sexo no es inapropiado y contrario a la práctica responsable de medicina. El ultrasonido debe ser utilizado por profesionales cualificados de los servicios de salud para un beneficio médico a los pacientes.

Consentimiento Informado Para Ultrasonido

Su médico ha solicitado que se le somete a un procedimiento diagnóstico conocido como un ultrasonido. Dicho de forma sencilla, este procedimiento consiste en la transmisión de ondas sonoras que se reflejan en su vientre y el feto, que se recordarán para obtener información acerca de su embarazo. Se piensa que esta prueba lleva muy poco riesgo para Usted o su bebé.

El ultrasonido estándar dura puede producir información sobre la ubicación de la placenta, la posición fetal, gestación múltiple, edad gestacional aproximada, y la posible presencia de malformaciones congénitas. Esta prueba, sin embargo, no es definitiva para la ausencia de malformaciones fetales, y a pesar de una interpretación normal de la prueba, algunos bebés nacen con anomalías no identificadas por el examen. Entonces, aunque el ultrasonido es un instrumento diagnóstico útil, este examen no puede determinar la ausencia de defectos fetales en todos los casos. El ultrasonido también se lleva a cabo antes de realizar una amniocentesis genética.

Si usted tiene algunas preguntas sobre el ultrasonido debe de discutir las antes del examen con su proveedor primario. Se le pide que firme este documento antes de la realización del examen, por lo tanto reconoce que ha leído y entendido la información contenida en este documento, que ha dado su consentimiento informado a este procedimiento, y que es consciente de los posibles riesgos.

-

Firma

Fecha