

## INFORMACIÓN DE REGISTRO DE LA PACIENTE

# INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Nombre (Primer, Segundo, Apellido):	Fec. Nac.:
Dirección Postal	No. de Apto.:Tel. Celular: ( )
Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono: ( )
Seguro Social:/	Estado Civil (Encierre en un círculo): Soltera Casada Divorciada Viuda
Empleador de la Paciente:	Tel. del Trabajo: ( )
Correo Electrónico:	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/	TUTOR
Nombre (Primer, Segundo, Apellido):	Fec. Nac.:
Dirección Postal	No. de Apto.:
Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono: ( )
Relación con la Paciente	
	(Apellido):
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono: ( )	Fax: ( )
de mi seguro en mi nombre. Autorizo a reclamos de seguros, según correspond	ENTE: storial médico u otra información médica necesaria para procesar los reclamos a V SACHAR MD/COASTAL PERINATAL CENTER a apelar todos los a, en mi nombre. Acepto ser totalmente responsable de todas las deudas legales lad, para servicios cubiertos o no por el seguro.
FIRMA:	FECHA:



# HISTORIA MÉDICA OBSTÉTRICA

Nombre	e de la Paci	ente:				Fe	ec. Nac.:	
Seguro	Social:	//	<u></u>		F	echa de Ho	oy:	
¿Está e	mbarazada	actualmente	e? □Sí □	]No				
Sí la res	spuesta es s	í, ¿cuándo e	es la fecha de	parto?:				
¿Cuánd	o fue el pri	mer día de s	su último peri	odo mens	trual?:			
¿Ha ten	ido algún p	roblema en	su embarazo	actual?	□Sí □No			
Si la res	spuesta es s	í, por favor	especifique:					
¿Este	embarazo (	es por FIV	/IIE/Infertili	idad o Cl	omifeno?			
¿Histo	ria de LEE	EP/Cono de	Cuchillo F	río/Papan	nicolau Anormal	?		
Embar	azos anteri	iores						
	No. de eml	barazos	No	. de partos	s de término compl	eto	No. de p	partos prematuros
	No. de abo	ortos [espon	táneos]	No. o	de abortos volunta	arios		
		_	abla para too s vivos o feto		nbarazos, comen s.	zando cor	ı el primero; in	acluya todos los
. ~	1	Duración	- n		Tipo de		TT 1.1	G 11 .
Año	término= 40smns	del Parto	Peso lbs oz	Sexo	parto (vag. o Ces.)	Anes- tesia	Hospital	Complicaciones
		hrs	lbs oz	M F	, 0			
		hrs	lbs oz	M F				
		hrs	lbs oz	M F				
					-		_	

lbs oz

ΟZ

lbs

hrs

M F

M F



¿Cuáles medicamentos toma	actualmente?			
Nombre	Concentración	¿Cu	ántas veces al día?	¿Por cuánto tiempo?
Alguna vez tomó Metformina	o Clomid?	1		1
Estaba tomando algún otro				sí □No
Si la respuesta es sí, por favor		SHILL	viiivai azauu •	
		• ,	D .	
Nombre	Concentrac	cion	Dosis	
Consume alcohol? □Sí [	□No			
la respuesta es sí, ¿con qué frecuer				
Consume alcohol? □Sí [ la respuesta es sí, ¿con qué frecuer urante el embarazo? Con qué frecuencia antes del				
la respuesta es sí, ¿con qué frecuentrante el embarazo?  Con qué frecuencia antes del				
la respuesta es sí, ¿con qué frecuentrante el embarazo?				



## HISTORIAL MÉDICO

Tiene o	Tiene o ha tenido, alguna de las siguientes condiciones:						
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Fiebre sin Explicación				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Historial de Insuficiencia Cervical				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Historial suyo o de su pareja de Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Gonorrea, Clamidia, o Herpes (Herpes Labial)				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Historial de Infecciones del Tracto Urinario Recurrentes, o Infección Renal				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Historial de Acidez, Reflujo Gastroesofágico				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Hemorragia Nasal Recurrente, o Trastorno Hemorrágico				
	□ No	☐ No estoy segura	Historial de Hepatitis (A, B, C, etc), o Enfermedad Hepática				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Historial de Enfermedad Tiroidea; Hipertiroidismo, o Hipotiroidismo				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Asma o Tos Inexplicable, o Pulmonía				
□ Sí	□ No	□ No estoy segura	Contacto Cercano con Alguien/Personas con Tuberculosis/o la Vacuna contra la Tuberculosis (Bacilo de Calmette-Guérin, BCG) /o Prueba Cutánea Positiva de Tuberculosis				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Historial de Migrañas o Epilepsia, o Trastorno Convulsivo				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Presión Alta, o historial de Presión Alta en Embarazos Anteriores				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Soplo o Prolapso de la Válvula Mitral o Latido Irregular				
□ Sí	□ No	☐ No estoy segura	Dificultad Respiratoria o Desmayo sin Explicación				



#### HISTORIA GENÉTICA/FAMILIAR

¿Cómo describiría su ascendencia? (marque todas las que correspondan): Caucásica (blanca) Francocanadiense Samoana Vietnamita Africana (negra) Nativa Americana China Laosiana Camboyana Taiwanesa Hispana Griega Judía Ashkenazi Filipina Koreana Italiana Cajún De Oriente Medio Japonesa Otra del Sudeste Asiático Chamorra Hawaiana Asiática – Indonesia Raza Desconocida Otra Otra 2 ¿Usted y el padre del bebé son parientes consanguíneos (p. ej.: primos)? □Sí  $\square$ No ¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_\_ ¿Cuál es el nombre del padre de este bebé? ¿Cuál es la ocupación del padre de este bebé? ¿Qué edad tiene el padre de este bebé? \_\_\_\_\_ ¿Cómo describiría la ascendencia del padre de este bebé? (marque todas las que correspondan): Caucásica (blanca) Francocanadiense Samoana Vietnamita Nativa Americana China Laosiana Africana (negra) Camboyana Taiwanesa Hispana Griega Judía Ashkenazi Italiana Koreana Filipina De Oriente Medio Otra del Sudeste Asiático Cajún Japonesa Chamorra Hawaiana Asiática – Indonesia Raza Desconocida Otra Otra 2  $\square$ No ¿El padre de este bebé es su pareja? Comentarios:



¿El padre del bebé, o cualquier pariente cercano suyo o del padre, respuesta es sí, por favor indique quién):	tiene a	lguna de	e las siguientes? (si la
Enfermedad/Condición	Sí	No	Parentezco
1. Talasemia, Volumen Corpuscular Medio<80			
Defecto del Tubo Neural (Espina Bífida, 2. Anencefalia)			
3. Defecto Cardíaco Congénito			
4. Síndrome de Down			
5. Enfermedad de Tay-Sachs			
6. Anemia Drepanocítica o Rasgo Drepanocítico			
7. Hemofilia o Problemas Hemorrágicos (Tipo:			
8. Distrofia Muscular			
9. Fibrosis Quística			
10. Retraso Mental/Autismo/Trastorno de Aprendizaje			
11. Otro trastorno hereditario o cromosómico			
12. La paciente o el padre del bebé tuvo un/una hijo(a) con defectos congénitos que no fueron mencionados anteriormente			
13. Invidencia o Sordera			
14. Trastorno Óseo o Musculoesquelético			
15. Trastorno Renal			
16. Coágulos Sanguíneos/Derrame Cerebral			
Revisado por			
Firma del Proveedor Médico		Fir	ma de la Paciente



## Autorización para la Divulgación Verbal de Información de Salud Protegida

ESPOSO:

## AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a V SACHAR MD y Coastal Perinatal Center para analizar mi historial médico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico con los individuos que se detallan a continuación. Entiendo que esto puede incluir información sobre pruebas, exámenes y tratamientos para el VIH, enfermedades relacionadas con el SIDA, salud mental y abuso de drogas, alcohol o sustancias químicas, así como la confirmación de cualquier cita para verme en el consultorio, el hospital o en el consultorio de otro médico.

HIJOS:	
PADRE(S):	
OTRO:	
NINGUNA INFORMACIÓN	
	sobre mi tratamiento. Entiendo que esto incluye la e las citas.
Esta autorización caducará al final de mi tratamiento revoque el consentimiento antes de ese momento.	con V SACHAR MD y Coastal Perinatal Center, a menos que
Firma de la Paciente	Fecha
Гestigo	Fecha



## V SACHAR MD/COASTAL PERINATAL CENTER FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO PARA PACIENTES

Nuestro aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso") proporciona información sobre: 1.) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2.) cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre nuestros pacientes.

La regulación federal requiere que demos a nuestros pacientes o sus representantes autorizados ("Usted") la oportunidad de revisar nuestro Aviso antes de firmar este acuse. Un resumen de nuestro Aviso está expuesto en nuestras oficinas y en los hospitales que atendemos. Se le proporcionará una copia de nuestro Aviso y también puede acceder al mismo visitando nuestra página web en Internet, http://www.coastalperinatalcenter.com

Al firmar este formulario, usted solo reconoce que le hemos Privacidad.	brindado acceso inmediato a nuestro Aviso de Prácticas de
Firma de la Paciente o Representante Autorizado	Fecha
Nombre de la Paciente (Letra de Imprenta)	Nombre del Representante Autorizado (Letra de Imprenta)



#### POLÍTICA FINANCIERA

**NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA:** Nuestros médicos y personal toman interés en el costo de su atención médica, y desean abordar algunos asuntos relacionados con el costo de los servicios médicos en nuestra oficina. Se han tomado las medidas oportunas al establecer nuestras tarifas. Queremos garantizarle que los cargos reflejan con precisión la complejidad de la atención brindada y las habilidades y conocimientos necesarios para su atención.

MIEMBROS DE ORGANIZACIONES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) y ORGANIZACIONES DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS): Si usted es miembro de una HMO o PPO en la cual participamos, su deducible o copago se requiere en el momento del servicio. Las sonografías pueden tener un copago diferente a las visitas de rutina. Usted es responsable de que tengamos una referencia actual en el archivo si su compañía de seguros requiere una. Si no contamos con esta referencia en el momento de su visita, su compañía de seguros puede responsabilizarle por todos los cargos. También es posible que la envíen de regreso a ver a su Médico de Cabecera antes de recibir tratamiento para obtener una referencia actual.

Si no está segura de que nuestros médicos sean proveedores de su PPO, llame a su compañía de seguros para obtener más información.

**NUEVO SEGURO/CAMBIO DE SEGURO:** Si su seguro cambia en cualquier momento durante su embarazo, es su responsabilidad notificarnos por escrito dentro de los 10 días hábiles posteriores a este cambio. Tenemos que tener esta información para presentar su reclamo ante la compañía de seguros correcta antes de la fecha límite de tramitación de la compañía de seguros.

**COBRO POR SERVICIO:** Nuestra política requiere el pago de su deducible y/o coseguro en el momento del servicio.

Nuestro acuerdo es con usted, no con su compañía de seguros. Aunque le ayudaremos a enviar su reclamo a su compañía de seguros, usted es responsable del servicio que recibe. El pago a nuestra oficina no es contingente ni depende de su compañía de seguros.

Nos complace aceptar MasterCard, Visa, Discover, American Express, cheques, efectivo, giros postales o cheques de viajero.

**MEDICARE:** Somos proveedores participantes de Medicare. Por favor presente su tarjeta de Medicare en su visita. Los pacientes son responsables del 20% del monto que Medicare permite. Si tiene un seguro complementario, le enviaremos un reclamo.

**MEDICAID:** Somos proveedores de Medicaid. POR FAVOR presente su carta de elegibilidad de Medicaid en cada una de sus visitas.

**AMNIOCENTESIS, OTRAS PRUEBAS ESPECIALIZADAS:** Nuestra oficina le cobrará por los servicios que brindamos. Recibirá una factura por separado del laboratorio que procesa la prueba. Nuestra oficina estará encantada de proporcionarle una aproximación de los cargos del laboratorio.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política financiera o sobre el reembolso de su seguro, no dude en contactar a nuestra oficina de facturación o al gerente de práctica.

PERINATAL CENTER.				
Firma de la Paciente	Fecha			



# COASTAL PERINATAL CENTER, INC.

V. Sachar, MD, FACOG, CHCQM

Medicina Materno-Fetal

### FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

La verificación positiva de su cobertura médica no se puede realizar en este momento. Recibirá servicios hoy en el entendimiento de que, en caso de que su cobertura NO esté en vigencia, será responsable en materia financiera de todos los servicios prestados.

Si no está segura de su cobertura de seguro, comuníquese con su compañía de seguros antes de su cita para asegurarse de que somos proveedores dentro de la red, y que el motivo de su visita es un beneficio cubierto.

Usted será responsable de todos los servicios que no cubra su seguro, tales como copagos, deducibles, coseguros, exámenes de laboratorio, ultrasonidos, visitas al hospital, etc.

Fec. Nac.:

Nombre de la Paciente

Compañía de Seguros

No. de Identificación del Seguro

He leído la información citada, y entiendo que seré responsable del pago de todas las facturas, en caso de que mi cobertura no esté activa o dentro de la red de proveedores.

Firma de la Paciente

Fecha