

2021

NUMERO DE ARCHIVO # _____
MEDICIO DE CABECERA/ OBGYN _____ N° DEL OB/ GYN PH # _____ FAX # _____
NOMBRE: _____ SEXO: F M CORREO ELECTRÓNICO: _____
N° DE SEGURIDAD SOCIAL # _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: M S W D
RELIGIÓN _____ EDAD _____ N° DE TEL CASA # _____ CELULA # _____ TRABAJO # _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ APT # _____ CÓDIGO POSTAL _____
LICENCIA DEL LA CONDUCTOR # _____ ESTADO DEL LICENCIA DE LA CONDUCTOR _____
EMPLEADOR / ESCUELA _____ TÍTULO _____ TELÉFONO # _____
DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
NOMBRE DE CÓNYUGE/ ESPOSO: _____ AGE _____ DOB _____
EMPLEADOR DEL CÓNYUGE _____ TÍTULO _____ TELÉFONO # _____
DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
TRADUCTOR NECESARIO: SI NO LENGUA MATERNA _____ REFERIDO POR: _____

ALGUIEN PARA CONTACTAR LOCALMENTE EN CASO DE EMERGENCIA QUE CONVIVA CON USTED:

NOMBRE _____ TELÉFONO _____ RELACIÓN _____
DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O SI EL SEGURO ES BAJO PADRES O TUTOR, POR FAVOR COMPLETE SIGUIENTE

NOMBRE DEL PADRE: _____ NOMBRE DE LA MADRE: _____
EMPLEADO POR: _____ EMPLEADO POR: _____
POSICIÓN: _____ POSICIÓN: _____
TELÉFONO: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACION DEL SEGURO PRINICPAL

NOMBRE de SEGURO _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ COD POSTAL _____
NUMERO DE TEL _____
NUMERO DE I.D. _____
NOMBRE O NUMERO DEL GRUPO# _____
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO _____
SE TRATA DE UN PLAN DE EMPLEADOR?: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO # _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL SEGURADO: _____
RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____
(Auto-Marido - Esposa - Hijo - Otro)

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE de SEGURO _____
DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ COD POSTAL _____
NUMERO DE TEL _____
NUMERO DE I.D. _____
NOMBRE O NUMERO DEL GRUPO# _____
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO _____
SE TRATA DE UN PLAN DE EMPLEADOR?: _____
NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO # _____
FECHA DE NACIMIENTO DEL SEGURADO: _____
RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____
(Auto-Marido - Esposa - Hijo - Otro)

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

YO _____, AUTORIZO A LOS ASOCIADOS DE **S.E.PERINATAL** A REVELAR O DISCUTIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI CONDICIÓN MÉDICA (INCLUYENDO INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI PLAN DE TRATAMIENTO, INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS Y / O INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN) A LAS SIGUIENTES PERSONAS NOMBRADAS:

1. _____ Relación _____ Teléfono #: _____
2. _____ Relación _____ Teléfono #: _____
3. _____ Relación _____ Teléfono #: _____

- ***** POR FAVOR SEA ADVERTIDO QUE CUALQUIER PERSONA NO REFERIDA EN ESTA LISTA NO SERÁ DADO CUALQUIER INFORMACIÓN. USTED PUEDE CAMBIAR, RESTRINGIR O EXPANDIR ESTA LISTA EN CUALQUIER MOMENTO.**
- ***** NO ES NECESARIO LISAR NINGUN NOMBRE SI USTED NO DESEA**

INFORMACIÓN SOBRE LA FARMACIA

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ Ciudad: _____

Garantía de Pago

Entiendo plenamente que soy responsable del pago a los médicos en la oficina por todos los servicios médicos que me han prestado. También entiendo que todas las facturas son pagaderas y se vencen en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de recolección incluyendo honorarios razonables de abogado y costo en el caso de que sea necesario presentar una demanda para efectuar el pago. Autorizo que los

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a los médicos en esta oficina a divulgar cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguros con el propósito de procesar cualquier reclamo de seguro.

Asignación de beneficios de seguro

Si las reclamaciones de seguro son presentadas por su oficina en mi nombre, por la presente autorizo el pago directo de cualquier beneficio a los médicos en esta oficina por tratamiento médico o quirúrgico recibido por mí. En esta circunstancia, entiendo que soy completamente responsable por cualquier cargo no cubierto por el seguro. Permito que se use una copia de la autorización en lugar del original.

Firma _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Directiva avanzada

¿Tiene una directiva anticipada / testamento vital? _____ en caso afirmativo, favor de proporcionarnos una copia para nuestros registros. Si no, por favor háganos saber si necesita información.

Yo autorizo el uso y / o divulgación de cualquier número de teléfono proporcionado por mí o en mi nombre que esté asignado a una línea residencial, servicios de telefonía celular, servicios de paginación, máquina de fax, computadora o cualquier otro servicio o dispositivo para Que la parte llamada se cobra por la llamada a efectos de facturación y cobro por los servicios médicos que me han prestado. Este consentimiento se aplica a cualquier llamada realizada utilizando un sistema automático de marcación telefónica de voz artificial o pregrabada.



Southeast Perinatal Associates

Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries

Jaime Rodriguez, M.D., F.A.C.O.G.

Cesar Rosa, M.D., F.A.C.O.G

Cesar Barada, M.D., F.A.C.O.G

Acuso de Recibo Del Aviso de Practicas de Privacidad

Al firmar abajo, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la compañía y sus subsidiaria y afiliadas. Se requiere que el Aviso de prácticas de privacidad que debe facilitarse a mi bajo la Ley de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad, en Tecnologías de la información de la Salud Ley de Salud Económica y Clínica para (el "Ley de Recuperación y Reinversión y cualquier normativa de desarrollo.

Fecha de vigencia del Aviso: 23 de Septiembre 2013

Paciente: _____
(Letra de imprenta)

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

O

Representante de Paciente: _____

Fecha: _____

Relacion con el paciente: _____

Información Importante Sobre el Examen de Sonograma

Que es un Sonograma o Ultrasonido?

El sonograma o ultrasonido usa el mismo principio que el sonar. Ondas de sonido del instrumento (mas allá de la percepción del oído humano) rebotan del útero, placenta y bebe creando unos ecos que una computadora convierte en imágenes detalladas. En esencia, un sonograma o ultrasonido es una serie de retratos del bebe y los órganos en la pelvis materna.

Son seguros los sonogramas?

Ha habido una evaluación exhaustiva sobre la seguridad de los ultrasonidos o sonogramas diagnósticos. No hay evidencia documentada que un sonograma causa daño a la madre o al bebe cuando se usa la intensidad y frecuencia comúnmente utilizadas. Los sonogramas hechos en nuestras facilidades son realizados con el nivel de potencia mas bajo que puede alcanzar una imagen significativa.

Probara un sonogram normal que mi bebe no tiene ninguna anormalidad?

El sonograma puede detectar muchas anormalidades, pero, no todas las anormalidades son detectables por el sonograma. El examen da información sobre el tamaño y forma del bebe y sus órganos pero no puede dar información completa sobre su funcionamiento o decirnos si un bebe es completamente "saludable". Anormalidades en la funcion del cerebro tal como retraso mental no pueden ser detectadas por el sonograma. Además, hay condiciones que evolucionan o cambian con el tiempo apareciendo normal al momento del sonograma pero pudiendo ser aparentes mas adelante en el embarazo.

Debe entender que aun con un sonograma completo, pudiéramos no encontrar alguna anormalidad fetal existente o alguna de las que puede aparecer mas tarde en el embarazo o al nacer. Por lo tanto, aunque el sonograma es una herramienta diagnostica sumamente util, no debe ser considerada prueba absoluta de que el bebe es normal.

Puede un sonograma determinar si hay anormalidades cromosómicas?

Algunos hallazgos del sonograma pueden ser indicadores de anormalidades cromosómicas potenciales pero no son definitivos. Actualmente la única manera de evaluar los cromosomas del bebe con certeza es obteniendo una muestra de las células del bebe con una amniocentesis, biopsia de vellosidad coriónica o muestra sanguínea del bebe. Algunos embarazos tienen un riesgo aumentado para anormalidades cromosomicas fetales ya sea debido a la edad materna, por los resultados de la prueba de sangre de ceñimiento o por los hallazgos del sonograma. Es importante entender que el sonograma no puede decir con certeza si los cromosomas del bebe están normales o anormales. Un sonograma normal no garantiza que los cromosomas sean normales.

Si Usted tiene alguna pregunta sobre el sonograma por favor no dude en preguntar a la Sonografista, Perinatologo o su Medico Obstetra. Le pedimos firmar este documento antes de realizar el estudio por sonograma como confirmación de que ha leído y entendido la informacion provista en esta forma y que ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento



Southeast Perinatal Associates

Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries.

Jaime Rodriguez, M.D., F.A.C.O.G.
Cesar Rosa, M.D., F.A.C.O.G.
Cesar Barada, M.D., F.A.C.O.G.

LA FILOSOFIA DE LA OFICINA

Como especialistas en Perinatología, nosotros entendemos que es muy importante dedicarle el tiempo necesario a cada paciente para poder atender todos los problemas médicos que usted y/o su(s) bebe(s) puedan tener. El dedicar este tiempo también nos permite explicar con detalle nuestras impresiones, sugerencias y recomendaciones. Además, nos permite contestar cualquier pregunta que usted tenga durante su visita. El personal de nuestra oficina programa las citas de la forma más eficiente posible para asegurar que podamos ver a cada paciente a la hora fijada, facilitando así su horario de entrada y salida de nuestro consultorio. Por favor siéntase segura de que nuestra oficina y nuestro personal valora su tiempo personal. Sin embargo, debido a la naturaleza de nuestras consultas, es común que tenga un tiempo de espera prolongado o más largo de lo previsto. En ocasiones, las perinatologías se retrasan por motivos de problemas médicos de otros pacientes que requieren atención inmediata, llamadas de Hospitales, llamadas de otros médicos, y/o emergencias de algún otro tipo. Estos motivos no siempre son previstos, pero deben ser atendidos apropiadamente y de inmediato. Independientemente del tiempo que esto requiera, las perinatologías no se van de esta oficina hasta que todas las pacientes sean vistas y todos sus problemas médicos sean atendidos,

Luego de su evaluación, y con la brevedad posible, nosotros le enviamos a su médico un informe completo sobre nuestra impresión diagnóstica y recomendaciones. Nuestro personal de la oficina está altamente entrenado y preparado para ayudarle a resolver cualquier dificultad que se presente antes, durante y después de su visita.

Nosotros valoramos sus comentarios y sugerencias.

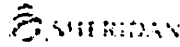
Gracias,

Jaime Rodriguez, M.D., F.A.C.O.G.
Cesar Barada, M.D., F.A.C.O.G.
Cesar Rosa, M.D., F.A.C.O.G.

Yo leí y entiendo La Filosofía de la Oficina:

Name: _____

Date: _____



ACUERDO DEL PACIENTE PARA LAS CANCELACIONES Y AUSENTE

Gracias por elegir nuestra práctica para su atención médica. Agradecemos su confianza y nos comprometemos a brindarle una asistencia médica compasiva y de alta calidad.

Valoramos a nuestros pacientes y adaptamos sus planes de tratamiento de acuerdo con sus necesidades únicas, al hacerlo, asignamos un tiempo adecuado para cada cita. Nos damos cuenta de que puede haber circunstancias fuera de su control que no le permitan notificarnos con 24 horas. El hecho de que un paciente no notifique a la oficina que cancela o cambia su cita sin previo aviso y con 24 horas de anticipación se considera un "Ausente". Para ayudar a recordar a los pacientes sus citas, hemos implementado un sistema de recordatorio automático. Asegúrese de proporcionarnos sus números de teléfonos correctos y actualizados o su dirección de correo electrónico a lo largo del curso de su tratamiento para permitirnos brindarle un mejor servicio.

Las citas "Ausente" se documentarán en el registro del paciente.

Los cargos por la cita donde el paciente no se haya presentado son los siguientes:

- Visita a la oficina \$50.00
- Visita al centro quirúrgico o de procedimiento \$100.00

Esta carta servirá como aviso de esta oficina sobre la política y tarifas de cancelaciones y ausencia.

Reconozco que he leído y entiendo la política.

Imprimir nombre

Firma

Fecha

**Southeast Perinatal Associates
Maternal - Fetal Medicine
Health Information Form**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Referida por Dr.: _____ Razon para la visita: _____

1er dia de la ultima menstruacion: _____ Fecha para tener el bebe: _____

Historia de sus embarazos: (abortos, perdidas, ectopicos, terminaciones, etc.)							
Año	Semanas al paria	Peso del bebe	Niño o Niña	Parto vaginal?	Parto por cesarean?	Razon para cesarean?	ALLERGIAS A MEDICAMENTOS
							Complicaciones?

Historial familiar genetico: _____ **Origen etnico (Italiano, Africano-American, Hispano, etc.):** _____
 Describa su origen etnico: _____ Origen etnico del padre del bebe: _____

Selecciones los que la aplican a usted:
 Usted tendra 35 o mas años al nacer el bebe Expuesta a medicamentos durante el embarazo
 El padre del bebe tiene 50 o mas años de edad Expuesta a rayos X durante el embarazo

Usted o el padre del bebe tienen alguna de las siguientes condiciones?:						Autismo		Si	No
Retardacion mental	Si	No	Anemia del Mediterraneo	Si	No	Espina bifida o anencefalia	Si	No	
Sindrome Down	Si	No	Sickle cell disease	Si	No	Defecto cardiaco congenito	Si	No	
Fragile X	Si	No	Fibrosis quística	Si	No	Anomalias congenitas	Si	No	
Tay sachs	Si	No	Distrofia muscular	Si	No	Otros:			

Historial Gynecologico: Ha tenido alguna de las siguientes?								
Infertilidad	Si	No	Cuello incompetente	Si	No	Enfermedades venereas	Si	No
Emabarazo por IVF	Si	No	Fibromas en la matriz	Si	No			
Donate de óvuios/Esperma	Si	No	Utero anormal	Si	No			
Cirugia en el cervix uterino	Si	No	Citologia o Pap anormal	Si	No			

Historial Medico - Ha tiendo alguna de las siguientes?:								
Hipertension	Si	No	Epilepsia o convulsiones	Si	No	Anemia o tranfusiones	Si	No
Diabetes	Si	No	Hepatitis	Si	No	Infecciones del riñon	Si	No
Asma	Si	No	Ulceras	Si	No	Artritis	Si	No
Problemas del corazon	Si	No	Enfermedad de la tiroides	Si	No	HIV o SIDA	Si	No
Fiebre ruemalica	Si	No	Cancer	Si	No	Lupus	Si	No
Depresion	Si	No	Migrañas	Si	No	Otros:		

Medicinas que toma al momento: _____

Cirugias que halla tenido: _____

Historial Social:			
Fuma	Si	No	Numero de cigarillos al dia:
Usa alcohol	Si	No	Cuantos tragos al dia:
Usa drogas	Si	No	Tipo de drogas:
Usa cinturon	Si	No	
Ejercicio regular	Si	No	

Indique si he tenido alguno de los siguientes: No he tenido ninguno

<input type="checkbox"/> Cansancio o fatiga	<input type="checkbox"/> Ulceras en la boca	<input type="checkbox"/> Sed pronunciada	<input type="checkbox"/> Adormecimiento
<input type="checkbox"/> Vision doble	<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Sangre en la exereta	<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/> Manchas delante de los ojos	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Ansiedad
<input type="checkbox"/> Cambio en la vista	<input type="checkbox"/> Retencion de liquido	<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Sangre
<input type="checkbox"/> Dolor de oido	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Nausea o vomitos	<input type="checkbox"/> Urgencia al orinar
<input type="checkbox"/> Ruido en los oidos	<input type="checkbox"/> Pitido al respirar	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales	<input type="checkbox"/> Corta de respiracion		

Completado por: Paciente Personal de la oficina Medico

Firma del paciente: _____

Firma del medico: _____ Fecha en que se reviso por el medico: _____

CUESTIONARIO ANUAL

Nombre: _____ Fecha: _____

1. ¿Ha recibido la vacuna de neumonía (Pneumovax)? Sí No Si, sí, cuando: _____
2. ¿Refuerzo contra la vacuna de neumonía (Prevnar)? Sí No Si, sí, cuando: _____
3. ¿Tiene poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No
Si, sí, marque uno: Varios Días Más de la mitad de los días Todos los días
4. ¿Se siente triste, deprimido o sin esperanza? Sí No
Si, sí, marque uno: Varios Días Más de la mitad de los días Todos los días

Si "NO" a las preguntas 3 y 4, por favor siga a la pregunta 5

En las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces ha experimentado cualquiera de los siguientes problemas?

	Nunca 0	Varios Días 1	Más de la mitad de los días 2	Todos los días 3
¿Problemas para conciliar o mantener el sueño o dormir demasiado?				
¿Sensación de cansancio o tener poca energía?				
¿Falta de apetito o comer en exceso?				
¿Se siente mal consigo mismo, o que es un fracasado, o defraudado o que ha defraudado a su familia?				
Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver la televisión.				
¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas pueden darse cuenta? O lo contrario, ¿esta tan inquieto o intranquilo que necesita moverse más de lo habitual?				
¿Tiene pensamientos de que usted estaría mejor muerto, de hacerse daño de alguna manera?				

5. ¿Se ha caído en el último año (Si 65 años o más por favor respuesta)? Sí No

Si es así, por favor escriba:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 caída con lesión en el último año | <input type="checkbox"/> 2 o más caídas con lesiones en el último año |
| <input type="checkbox"/> 1 caída sin lesiones en el último año | <input type="checkbox"/> 2 o más caídas sin lesiones en el último año |