

THE PERINATAL CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE POR FAVOR LEA TODA LA FORMA

FAVOR DE TRAER TODOS SUS MEDICAMENTOS

Queremos darle la bienvenida a The Perinatal Center.
Abajo se encuentra información útil sobre su cita.

Por favor llegue a tiempo a su cita. Si usted llega más de 15 minutos tarde se le puede pedir que re programe su cita. Por favor asegure de llamar a nuestra oficina si usted piensa que va a llegar tarde.

EMERGENCIAS- Tenga en cuenta que no somos una oficina típica de OB/GYN . Tenemos emergencias ocasionales que requieren nuestra atención inmediata. Haremos lo mejor para mantenerle informado, pero por favor entienda si su cita se retrasa que intentamos proporcionar el óptimo cuidado a todos nuestros pacientes. Nos disculpamos por cualquier retraso que puede experimentar. Entendemos que su tiempo es valioso, pero le pedimos que permita DOS horas para su cita.

No necesita beber grandes cantidades de agua antes de su examen.

NO se permite que los ultrasonidos sean grabados por los pacientes o sus familiares.

Para acceder la información de paciente nuevo y documentos puede visitar a nuestro sitio web en www.perinatalcenter.com.

THE PERINATAL CENTER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ ZIP: _____

Tel de casa: _____ Tel de trabajo: _____ Tel de celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS#: _____

Empleador: _____

EN CASO DE CAMBIO DE CITA O EMERGENCIA, NOTIFICAR A:

Nombre: _____ Tel: _____ Relación: _____

Rellene la información del titular de la póliza incluso si hemos hecho una copia de su tarjeta.
Se trata de información que no se puede obtener de la tarjeta.

Nombre de Seguro #1	Nombre de Seguro #2
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
SS#	SS#
FECHA DE NACIMIENTO: Relación con el paciente:	FECHA DE NACIMIENTO: Relación con el paciente:
Empleador:	Empleador:

Médico de referencia: _____ Tel: _____

Farmacia de referencia: _____ Tel: _____

(FAVOR DE FIRMAR LAS TRES LÍNEAS)

Autorizo el tratamiento médico para mí o al miembro de mi familia. Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, independientemente del estado de seguro. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que se proporcionan y pagan puntualmente sobre el recibo de una declaración.

X

FIRMA DEL PACIENTE Fecha

Autorizo a mi compañía de seguros para dar pago a estos proveedores de servicios que se presentan en mi nombre. Esta asignación permanecerá en efecto hasta que revocada por mí por escrito. Yo autorizo la divulgación de información necesaria para el pago de mi seguro.

X

FIRMA DEL PACIENTE Fecha

Reconozco que me han proporcionado un aviso de privacidad del paciente que proporciona una descripción de la información de usos y divulgaciones.

X

Firma del PACIENTE o representante legal Fecha

Perinatal Center, PLLC

Nombre: _____ Fecha de su visita: _____ Fecha de nacimiento: _____

Rasa: _____ Su edad cuando de a luz: _____ Edad del papa del bebe: _____

Rason por su visita / Problema actual: _____

ANOTE TODOS SUS EMBARAZOS PREVIOS ABAJO JUNTO CON CUALQUIER COMPLICACION QUE AYA TENIDO

Año	Circule Pario <i>Aborto Involuntario</i> o Aborto	Circule tipo de entrega	Semanas a parir	Sexo	Peso al nacer	Complicaciones
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		

Numero total de hijos vivos _____

Historial de Embarazo/Ginecologico (favor de circular su respuesta, Si es si for favor explique en la linea)

Fecha del ultimo ciclo menstrual: _____ Ciclos regulares : **S** **N** _____ Fecha de parto: _____

Fertilización in vitro: **S** **N** – Fecha de Transferencia: _____

Alguna vez le an dicho que tiene una anomalidad uterina: **S** **N** _____

Alguna vez a sido diagnosticada con una enfermedad de transmission sexual: **S** **N** _____

Alguna vez le an dicho que tuvo una prueba de Papanicolaou abnormal: **S** **N** _____

Alguna vez a tenido un procedimiento de cuello del útero: **S** **N** _____

A tenido un ultrasonido con este embarazo: **S** **N** A cuantas semanas? _____

A tenido pruebas para el syndrome de down, espina Bifida y trisomia 18: **S** **N**

Cuando y sabe los resultados? _____

A tenido alguna complicacion con **este** embarazo?: **S** **N**

Por favor explique: _____

Usted tiene alguna pregunta o preocupacion que le gustaria hablar con el médico de hoy: **S** **N**

Por favor explique: _____

Historial Medico de usted (favor de circular su respuesta, Si es si for favor explique en la linea)

1. Corazon/Cardiaco.....S/N _____ 13. Alergies (medicina or latex) _____

2. Diabetes.....S/N _____ 14. Cirujias (tipo y año) _____

3. Ataques/Epilepsia.....S/N _____ _____

4. Presion Alta.....S/N _____ _____

5. Asthma.....S/N _____ 15. Alguna otra condicion significativa _____

6. Depresion.....S/N _____ _____

7. Tuberculosis.....S/N _____ _____

8. Hepatitis.....S/N _____ 16. Medicamentos actuales (prescrito, sin receta, suplementos

9. Disfunción de la tiroides...S/N _____ a base de hierbas, y vitaminas)

10. Desorden sanguineo/ transfuciones .S/N _____ **Medicamento: Dosis: Frecuencia:**

11. Trastorno autoinmune....S/N _____ _____

12. Uso de alcohol, tabaco o drogas ilegales...S/N _____ _____

Tipo: Actual o en el pasado: Cantidad diaria:

Perinatal Center, PLLC

Nombre del paciente: _____

HISTORIA GENETICA:

Usted o alguien de su familia a tenido:	Familia del paciente	Papa del bebe
Un hijo/a con retraso mental?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Un hijo/a con syndrome de down?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Un hijo/a con problemas cromosomicos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de aprendizaje o retraso en el desarrollo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Labio leporino o paladar hendido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Defecto del corazon?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Espina Bifida, defeto del craneo o anencefalia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fibrosis quística?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A tenido prueba de fibrosis quistica con este embarazo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de musculo o neuromuscular?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hemofilia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia falciforme, talasemia o algun otro desorden de sangre?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trastorno renal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Huntington?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tay Sach's, enfermedad de Canavan o Familiar Dysautonomia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Algun defecto de nacimiento o desorden genetico no descrito arriba?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Son usted y el padre del bebé relacionados por sangre?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Si su respuesta es "si" a alguna de las preguntas de arriba, Porfavor describa el parentesco con su familiar y los detalles de su condicion. _____



THE PERINATAL CENTER

MATERNAL-FETAL MEDICINE

Consentimiento de Imagenes

Este acuerdo de exención de responsabilidad y autorización establece los términos y condiciones en las que usted, el paciente autoriza a The Perinatal Center de transmitir sus imágenes de ultrasonido a una dirección de correo electrónico de su elección . Este acuerdo entrará en efecto de la fecha de su firma y terminará después de que todas las imágenes de todo el embarazo sean enviadas a usted. The Perinatal Center no es responsable de la seguridad de las imágenes de ultrasonido una vez que los destinatarios puedan descargar las imajenes. Al dirigir a The Perinatal Center para transmitir las imágenes a un correo electrónico que usted especifique, usted autoriza a The Perinatal Center a proporcionar imágenes a la persona que posee o utilice el correo electrónico y toda persona que pueda tener acceso a ese correo electrónico

Quiero que mis imágenes de ultrasonido sean entregadas digitalmente como un archivo adjunto de correo electrónico.

Correo electronico: _____

Autorizo el envío de imágenes durante mi embarazo.

He leído, entendido y aceptado esta exención de responsabilidad

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____