



COMPREHENSIVE OB/GYN, LLC.

Modern Practice with Traditional Values

Aviso de Reconocimiento de privacidad

Yo entiendo que bajo la Ley de Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Reconozco que he recibido o he dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su "Aviso de Prácticas de Privacidad" y que pueda ponerse en contacto con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual.

Nombre de Paciente

Firma de Paciente

Fecha

Formulario de FMLA / Discapacidad Notificación

(Cualquier formulario que debe ser completado por el médico que requiere la firma del médico)

Reconozco que hay una cuota de \$ 25.00 por cualquier discapacidad, FMLA, o cualquier otro documento que debe ser completado por su médico. Como paciente, usted es responsable de proporcionar la documentación de su empleador, y completar nuestra solicitud para la realización de cualquier forma (s) de discapacidad. Esta tarifa no se paga por su compañía de seguros, ni está incluida en su visita. Permita por favor 7-10 días laborales para que su papeleo sea completado.

Nombre de Paciente

Firma de Paciente

Fecha

Información de Salud Protegida

(Cualquier formulario que debe ser completado por el médico que requiere la firma del médico)

Autorizo a la persona(s) nombrada(s) para solicitar, revisar y obtener mis registros médicos e historial de Comprehensive OB/GYN

Nombre

Relación

Teléfono

Fecha de Nacimiento

Nombre

Relación

Teléfono

Fecha de Nacimiento

Nombre de Paciente

Firma de Paciente

Fecha

8880 Royal Palm Blvd., Suite 100, Coral Springs, FL, 33065

Office: (954) 753-2411 Fax: (954)753-1176



COMPREHENSIVE OB/GYN, LLC.

Modern Practice with Traditional Values

Póliza Financiera

Gracias por elegir nuestra práctica usted. Queremos asegurarnos de que cada experiencia que tenga con nosotros sea positiva. Debido a la creciente complejidad del negocio de seguros, nos sentimos que ya no podemos asumir que los pacientes entiendan plenamente la relación entre la compañía de seguros, el médico, y de ellos mismos. En un esfuerzo por aclarar esta relación, hemos desarrollado una serie de directrices en materia de responsabilidad financiera. Si usted tiene alguna pregunta, por favor hable con el personal de la oficina de seguros. Se le pedirá que firme al final de este formulario.

- **Usted debe presentar su tarjeta antes o en el momento de su visita.** Si no recibimos su tarjeta de seguro antes de ver al médico, la visita se convierte en una cuota por los servicios, y el pago completo se espera en ese momento o arreglos deben hacerse con anticipación.
- **Co-pagos, deducibles y coaseguro.** Un copago es una cantidad fija en dólares que debe cada visita al consultorio. Algunos planes de seguros están sujetos a un deducible y coaseguro. Se le pedirá que pagar el copago, el deducible y el monto del coaseguro en el momento del servicio, si su deducible no se ha cumplido. Coa seguro es la cantidad requerida por algunos planes más allá de la cantidad del deducible.
- **Cargos de Laboratorio / Patología.** Si se extrae tejido para un examen de patología o si una prueba de laboratorio (análisis de sangre, cultivo, etc.) se realiza en nuestra oficina para confirmar el diagnóstico / para determinar un curso de tratamiento y la prueba real se lleva a cabo normalmente por alguien más. Esto significa, que usted recibirá una cuenta separada de otro médico / PATÓLOGO / LABORATORIO para estas pruebas. Algunos planes no especifican que laboratorio utilizar. Por lo tanto, usted es el responsable final de cualquier proyecto de ley que usted pueda recibir de un servicio de laboratorio / patología utilizado. Si recibe una factura de un laboratorio, por favor póngase en contacto con el laboratorio directamente para resolver cualquier inquietud de facturación. Si el laboratorio no presenta su reclamo por usted directamente, intente volver a presentar la reclamación usted mismo y pagar al laboratorio directamente por los servicios rendidos.
- **Formas de Pago.** Para su comodidad, aceptamos efectivo, cheques personales, MasterCard , Visa , Discover y American Express.
- **Estimado de los Servicios.** Estaremos encantados de darle un estimado de los honorarios cuando esto es posible. Por favor, recuerde que nosotros sólo podemos asegurar el costo exacto de un procedimiento en el día en que el médico ha determinado el código real que se utiliza. En el estimado de los gastos no se incluirán los trabajos realizados por un laboratorio externo o el servicio de patología.
- **Actividades de cobros.** Haremos todo lo posible para trabajar con usted. Para hacer arreglos de pago debe convertirse en su factura pendiente. Si después de todos los esfuerzos de coleccionar la deuda y después de varios intentos, el saldo de la cuenta será transferido a una agencia de colección externa.

Entiendo que soy responsable de pagar a Comprehensive OB / GYN, LLC sus cargos usuales para todos los servicios recibidos a través de la oficina incluyendo los saldos como co-pagos, deducibles, servicios no cubiertos, compañeros de los seguros y los artículos que no se consideren médicamente necesarios por mi compañía de seguros. Por la presente cedo cualquier y todos los beneficios del seguro, de otro modo pagadero a mí, para la cobertura(s) proporcionado por mi compañía de seguro de salud a Comprehensive OB / GYN , LLC y ordeno que el pago se hará directamente a la oficina. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar estas reclamaciones. En caso de que sea necesaria que esta cuenta sea entregada a un abogado o agencia de cobros, entiendo que seré responsable personalmente de los gastos incurridos, incluyendo los honorarios de abogados y costos de corte.

Hemos optado por no llevar el seguro de negligencia médica o de otra manera de demostrar la responsabilidad financiera. Sin embargo, estamos de acuerdo para satisfacer cualquier juicio adverso hasta los importes mínimos de conformidad con S.458.320 (5) (g). La Ley de Florida impone penas contra los médicos no asegurados que no cumplan las sentencias adversas derivadas de reclamaciones de negligencia médica. Este aviso es de conformidad con las leyes del estado de la Florida.

Firma del Paciente

Fecha

8880 Royal Palm Blvd., Suite 100, Coral Springs, FL, 33065

Office: (954) 753-2411 Fax: (954)753-1176



COMPREHENSIVE OB/GYN, LLC.

Modern Practice with Traditional Values

Autorización para la Divulgación de Información

Nombre de Paciente : _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZO A:

AUTORIZO A:

Comprehensive OB/GYN, LLC.
8880 Royal Palm Blvd. Suite 100
Coral Springs, FL 33065

RECIBIR RECORDS MEDICOS:

Comprehensive OB/GYN, LLC.
8880 Royal Palm Blvd. Suite 100
Coral Springs, FL 33065

ENTREGAR RECORDS MEDICOS:

Para propósitos de tratamiento/pago, y/o hospitalización y cirugías.

POR FAVOR INCLUYA: ALL MEDICAL RECORDS
 X-RAY/SONOGRAMS
 PAP REPORTS
 BONE DENSITY REPORTS

HIV/AIDS
 LAB REPORTS
 MAMOGRAPH REPORTS
 PRENATAL RECORDS

OTRO: _____

Este consentimiento continuara valido durante el tratamiento del paciente en esta oficina. Y solo expirara con un consentimiento por escrito por parte del paciente, cancelación del paciente/relación con el proveedor o por alguna de las dos partes o cuando 36 mese hayan transcurrido sin documentación alguna del cuidado del paciente. Todavía existe la posibilidad que la información de salud personal sea expuesta por el paciente y de esta manera no estará protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Firma de Paciente

Fecha

CUESTIONARIO SOBRE CÁNCER HEREDITARIO

Información personal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Sexo (M/F): _____ Fecha de hoy (MM/DD/AA): _____ Proveedor de atención médica: _____

Instrucciones: Esta es una herramienta para la detección de tipos de cáncer hereditarios. Marque (S) para aquellos casos que se apliquen a USTED y/o a SU FAMILIA. Junto a cada enunciado, indique la o las relaciones de parentesco que tiene con la persona y la edad al momento del diagnóstico para cada tipo de cáncer de su familia.

Usted y los siguientes familiares consanguíneos más cercanos deben ser considerados: *usted, sus padres, hermanos, hermanas, hijas, hijas, abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos, sobrinas, hermanastros, primos consanguíneos, bisabuelos, y bisnietos.*

USTED y los antecedentes de cáncer DE SU FAMILIA (sea lo más exhaustivo y preciso posible)

	CÁNCER	USTED EDAD al diagnóstico	PADRES/HERMANOS/ HIJOS	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES por parte de su MADRE	EDAD al diagnóstico	FAMILIARES por parte de su PADRE	EDAD al diagnóstico
<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	EJEMPLO: CÁNCER DE MAMA	45	---	---	Tía Prima	45 61	Abuela	53
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE MAMA (Mujer u Hombre)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE OVARIO (Peritoneal/Trompas de Falopio)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE ÚTERO (ENDOMETRIO)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE COLON/RECTO							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10 o más PÓLIPOS GASTROINTESTINALES A LO LARGO DE LA VIDA (Especificar N.º)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OTROS TIPOS DE CÁNCER (Especificar tipo de cáncer)	Considere los siguientes tipos de cáncer: <i>Melanoma, cáncer de páncreas, de estómago (gástrico), de cerebro, de riñón, de intestino delgado, sarcoma, cáncer de tiroides</i>						

S N ¿Es usted de ascendencia judía asquenazí?

S N ¿Le preocupan sus antecedentes personales y/o familiares de cáncer?

S N ¿Alguna vez se ha hecho usted o alguna persona de su familia una prueba genética para detectar un síndrome de cáncer hereditario? (Explique/incluya una copia del resultado de ser posible)

Señales de Alerta de Cáncer Hereditario (Para completar junto con su proveedor de atención médica - Marque todas las que correspondan)

Antecedentes familiares o personales de cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/>	Múltiple Una combinación de diferentes tipos de cáncer en el mismo lado de la familia:	<input type="checkbox"/> 2 o más: cáncer de mama/de ovario/de próstata/de páncreas <input type="checkbox"/> 2 o más: colorrectal/de endometrio/de ovario/gástrico/de páncreas/otro cáncer (es decir, de uréter/pelvis renal, de vías biliares, de intestino delgado, de cerebro o adenoma sebáceo) <input type="checkbox"/> 2 o más: melanoma/cáncer de páncreas
<input type="checkbox"/>	Jóven Cualquiera de los siguientes diagnósticos de cáncer a los 50 años de edad o antes:	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal <input type="checkbox"/> Cáncer de endometrio
<input type="checkbox"/>	Inusual Cualquiera de estas presentaciones inusuales a cualquier edad:	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario <input type="checkbox"/> Cáncer de mama: Cáncer de mama en hombres o cáncer de mama triple negativo <input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal con MSI/IHC anómalos o histología asociada a MSI ^{††} <input type="checkbox"/> Cáncer de endometrio con MSI/IHC anómalos <input type="checkbox"/> 10 o más pólipos gastrointestinales*

††Presencia de infiltrado linfocitario, reacción linfocítica tipo Crohn, diferenciación mucinosa/de células en anillo de sello, o patrón de crecimiento medular *Tipo adenomatoso

Los criterios de evaluación están basados en las pautas de la sociedad médica. Para consultar las pautas de la sociedad médica por separado, visite www.MyriadPro.com.

Revisión de la Evaluación del Riesgo de Cáncer. (Para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del profesional de atención médica _____ Fecha: _____

Para uso interno solamente: ¿Se ofrecieron al paciente pruebas genéticas para el cáncer hereditario? SÍ NO ACEPTÓ RECHAZÓ

Se programó una cita de seguimiento: SÍ NO Fecha de la próxima cita: _____



COMPREHENSIVE OB/GYN, LLC.

Modern Practice with Traditional Values

Bienvenidos,

Gracias por darnos la oportunidad de servirles. Hemos incluido un formulario para que usted complete antes de su visita. Por favor imprima y traiga con usted el día de su visita. También puede enviar por fax a: (954) 753-1176 ó por correo electrónico a info@compobgyn.com

Traiga todas sus tarjetas de seguro y licencia de conducir. De no traer su tarjeta de seguro, será su responsabilidad que contacte a su seguro para verificación y cubierta y proveernos con toda la información necesaria incluyendo grupo, número de identificación y fechas de efectividad y vencimientos.

Los pagos y deducibles serán **cobrados al momento de su visita**. Si su seguro no cubre su visita el pago se hará al momento de su visita. Aceptamos Visa, Mastercard, American Express, Discover y Care Credit.

Le esperamos para servirle. Si tiene preguntas por favor contacte nuestra oficina.

Sinceramente,

Grupo Médico y Asistentes de Comprehensive OB/GYN, LLC.