

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Seguro Social # _____   | Domicilio _____ Apt _____           |
| Nombre _____  | Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ |
| Apellido _____  | Correo electrónico _____            |
| Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____  | Teléfono residencial (____) _____   |
| (Marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante                              | Teléfono Celular (____) _____       |
| <input type="checkbox"/> Otros _____  | Teléfono del trabajo (____) _____   |
| Ocupación _____   | Número de farmacia (____) _____     |
| Empleador _____   | Médico de Cabecera _____            |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo | Referido por _____                  |
| Nombre del cónyuge _____  | Idioma principal _____              |

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** proporcione su tarjeta de seguro y licencia de conducir a la *receptionista*

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| Seguro Primario _____       | Seguro Secundario _____      |
| Nombre del suscriptor _____ | Nombre del suscriptor _____  |
| Póliza# _____ Grupo # _____ | Póliza # _____ Grupo # _____ |

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

|                               |                                   |            |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|
| Nombre _____                  | Relación _____                    | Sexo _____ |
| Teléfono de casa (____) _____ | Teléfono del trabajo (____) _____ |            |

Permito que el médico/personal deje mensajes/fax resultados en:  Home  Work  Cell  Fax  None  
 Autorizo a FemCare Ob-Gyn, LLC a divulgar cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí a las partes que se enumeran a continuación:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Tarifas e información de seguros**

Todas las tarifas se pagan en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros y los términos del contrato varían de acuerdo con los términos de la póliza. El pago final de todos los cargos es responsabilidad del paciente y si es necesario que esta cuenta se entregue a un abogado o agencia de cobranza, autorizo a dicho abogado a obtener mi informe de crédito y entiendo que seré responsable de cualquier cargo incurrido, incluidos los honorarios razonables de abogados, los costos judiciales y los gastos de cobro.

**Notificación de seguro de negligencia**

Hemos elegido no tener seguro de negligencia médica ni demostrar responsabilidad financiera. Sin embargo, acordamos satisfacer cualquier juicio adverso hasta los montos mínimos de conformidad con S.458.320 (5) (g). La Ley de Florida impone sanciones contra los médicos no asegurados que no satisfagan los juicios adversos que surjan de reclamos de negligencia médica. Este aviso se proporciona de conformidad con la Ley de Florida.

**Liberación y asignación del médico**

Por la presente, autorizo el pago directamente a FemCare Ob-Gyn, LLC ("Médico") de todos los beneficios aplicables y pagaderos a mí de mi compañía de seguros u otro tercero pagador, por los servicios prestados por el Médico. Entiendo que soy financieramente responsable ante el médico por todos y cada uno de los cargos que el transportista se niegue a pagar. Por la presente, autorizo la divulgación de mis registros médicos según se considere necesario para el pago de los beneficios.

**Reconocimiento HIPAA**

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Regla Federal de Privacidad hipaa.

**Consentimiento para tratar**

Al firmar a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de los médicos y otros proveedores de atención médica de FemCare Ob-Gyn, LLC, incluida la realización de un examen médicamente necesario que incluye, entre otros, un examen pélvico.

Firma del paciente/garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**FEMCARE OB-GYN, LLC**

Geoffrey N. James, M.D.

Jason S. James, M.D.

Jila Senemar, M.D.

Karen Salazar Valdes, M.D.

Ingríd Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
7800 S.W. 87th Avenue, Suite A-120  
Miami, Florida 33173  
Telephone (305) 412-6004  
Fax (305) 412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)

Estimado paciente,

Como médicos de salud de la mujer, nuestro objetivo principal es mantenerlo saludable y prevenir enfermedades, especialmente el cáncer. Al mismo tiempo, queremos minimizar sus molestias y evitar la realización de pruebas y procedimientos innecesarios.

Con eso en mente, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos han actualizado sus recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino en 2013. Implementaremos estas recomendaciones para brindarle la atención más completa y actualizada posible. Las nuevas recomendaciones son las siguientes:

- Comience a realizar pruebas de Papanicolaou a los 21 años
- Entre las edades de 21-65 años, *en individuos de bajo riesgo*, prueba de Papanicolaou y prueba de HPV cada 3 años
- Dejar de realizar pruebas de Papanicolaou después de los 65 años o después de la histerectomía, excepto en pacientes con antecedentes de displasia/cáncer cervical

Estas pautas se aplican solo a las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. La prueba de Papanicolaou es solo una pequeña parte de su visita anual de detección preventiva. Es fundamental que continúe siendo atendida cada año para un examen de mama y pelvis para detectar cánceres de mama, vulva y ovario, entre otras afecciones médicas. Un examen anual es la ÚNICA manera de garantizar que varias afecciones médicas se detectan en una etapa temprana y tratable.

Tenga en cuenta también que realizar pruebas de Papanicolaou fuera de este horario recomendado puede resultar en que su proveedor de seguros se rebale a cubrir sus costos.

No dude en preguntar a su médico o proveedor de salud si tiene alguna pregunta. Siempre estamos disponibles para ayudarlo a tomar las decisiones mejor informadas sobre su salud.

FemCare Obstetra-Ginecólogo

Por favor, acuse recibo de esta notificación:

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# “Cuestionario We Care “

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

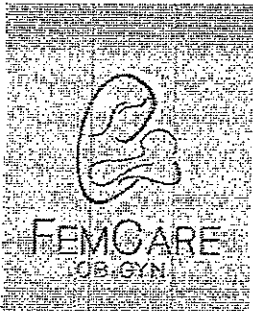
Doctor: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

1. Durante el último mes, ¿has filtrado orina (incluso pequeñas gotas) o mojarse cuando usted:  
*Tos, estornudos, cambio de posición, Camina rápido o Haz ejercicio.....*

| Nunca | 1-2 veces al mes | 1 vez a la semana | 3-4 veces a la semana | 5-6 días a la semana | Cotidiano | Su puntuación   |
|-------|------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|-----------|-----------------|
| 0     | 1                | 2                 | 3                     | 4                    | 5         | <u>ESTRÉS</u>   |
| 0     | 1                | 2                 | 3                     | 4                    | 5         | <u>URGENCIA</u> |

2. Tiene una fuerte necesidad repentina de apresurarse al baño o cuando se está desnudando para ir al baño.....

- ¿Cuántas veces te despiertas por la noche para vaciar la vejiga? \_\_\_\_\_
- ¿Estaría interesado en aprender más sobre una cura para las fugas SIN medicamentos ni cirugía?  Sí  No



FEMCARE OB-GYN, LLC  
 Geoffrey N. James, M.D.  
 Jason S. James, M.D.  
 Jila Senemar, M.D.  
 Karen Salazar Valdes, M.D.  
 Ingrid Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
 7800 sw 87 ave, Suite A-120  
 Miami, Florida 33173  
 Telephone (305)412-6004  
 Fax (305)412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)