



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
Tracy Gordon FNP-BC

## BIENVENIDOS A FLORIDA PERINATAL CENTER, LLC.

**Le damos la bienvenida a nuestra clínica y esperamos proporcionarle la mejor atención posible. Su médico lo ha referido ya sea para la detección rutinaria obstétrica / consulta o para servicios perinatales de alto riesgo.**

**Trabajamos en conjunto con su obstetra que permanece como su proveedor médico primario. Proporcionamos servicios de ultrasonido y de consulta, no ofrecemos servicios de parto.**

**Florida Perinatal Center (FPC) es una entidad separada de la oficina de su médico obstetra.**

**La siguiente información le ayudará a hacer el proceso más fácil.**

**Si usted es una paciente nueva, por favor llegue 20 minutos antes de su cita para completar el papeleo, si no se completó previamente (formularios pueden descargarse de nuestro sitio web-[www.myfpcbaby.com](http://www.myfpcbaby.com)).**

**Si usted está más de 15 minutos tarde a su cita, se le puede pedir que re programe, a fin de evitar largas esperas para nuestras otras pacientes.**

**Ofrecemos muchos servicios diferentes, las pacientes pueden ser llamadas fuera de turno, en función del tipo de servicio que este programado.**

**Por favor traiga los siguientes artículos para su visita:**

- **nuevos formularios de pacientes completados**
- **tarjeta de seguro actual**
- **documento de identidad**

**Por favor, asegúrese de que tengamos su referido si su seguro requiere un referido; seguro-copago, coseguro y / u otra responsabilidad que serán requeridas en el momento del servicio.**

1. Si usted tiene seguro y tiene un copago, se espera que usted pague en el momento de su visita (esto es un acuerdo contractual con su compañía de seguros y sólo puede ser modificado por ellos).
2. Por favor, cancele su citas por lo menos 24 horas antes de su cita programada, esto asegura que otros pacientes que puedan necesitar una cita pueden tener acceso.
3. Por favor, advierta a la oficina antes de su próxima cita si cambió su compañía de seguro, o puede que tengamos que reprogramar la cita nuevamente (algunas compañías de seguros requieren autorización previa antes de su visita).



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
Tracy Gordon FNP-BC

## BIENVENIDOS A FLORIDA PERINATAL CENTER, LLC.

4. Si su seguro requiere una autorización, es su responsabilidad asegurarse de que esté en nuestra clínica antes de su cita.
  
5. Advierta a la clínica inmediatamente de cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
  
6. En caso que cambie su médico OB, por favor avise a la recepción y llene el formulario proporcionado "Aviso de Cambio de OB".
  
7. Esta clínica funciona por citas, sin embargo, debido a la naturaleza de nuestra práctica, a veces experimentamos retrasos. Por favor, sea paciente ya que damos a cada paciente la misma cuidadosa atención
  
8. Las repeticiones de recetas y preguntas de seguros pueden ser abordados sólo durante las horas regulares de la clínica.
  
9. Los médicos no discuten los asuntos financieros. Si necesita realizar arreglos especiales, por favor hable con nuestro coordinador de facturación o gerente de la clínica.
  
10. Los niños menores de 6 años no están permitidos sin un adulto acompañante (en adición al paciente)

*¡Esperamos poder hacer que su experiencia con nosotros sea agradable!*

## CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL ULTRASONIDO

Su médico ha solicitado un ultrasonido (sonograma), para evaluar a su bebé. Actualmente no hay riesgos conocidos para el feto de ultrasonido. Sin embargo, no podemos predecir los acontecimientos futuros en esta área, por lo que realizaremos sólo estudios médicamente indicados.

### LIMITACIONES

La tecnología de ultrasonido ha mejorado significativamente, y podemos ver estructuras más detalladas. Sin embargo, es muy importante entender que un feto que parece ser "normal" en una ecografía, de hecho, puede tener defectos de nacimiento. Estos pueden incluir, pero no se limitan a retraso mental, u otras anomalías que no se pueden detectar con la tecnología actual.

La capacidad de diagnosticar muchos defectos de nacimiento, especialmente aquellos que involucran el cerebro, la columna vertebral, la cara, el corazón y las extremidades, se hace limitado por la edad gestacional al momento del examen, la posición fetal, la cantidad de fluido amniótico presente, el tipo y la composición del cuerpo de la madre. Además, algunos defectos de nacimiento pueden no ser evidentes a temprana edad gestacional, y ser identificados por ultrasonido solamente a lo largo del progreso del embarazo. Esto es cierto especialmente para el cerebro, el corazón y defectos gastrointestinales o renales.

Las anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down, no se pueden diagnosticar o descartar usando solo el ultrasonido. Los procedimientos tales como CVS (muestra de vellosidades coriónicas), hecho en el primer trimestre, o la amniocentesis (realizada en el segundo trimestre), son más fiable en hacer este diagnóstico.

El ultrasonido tampoco garantiza el sexo de su bebé. El sexo de su bebé puede confirmarse sólo después del nacimiento. Una ecografía normal no garantiza un bebé sano y no descarta algunos defectos de nacimiento.

La capacidad de completar el ultrasonido y ver la anatomía que es necesario para completar la exploración puede también estar limitado por la posición fetal, la edad gestacional y el físico materno. Puede ser importante volver a completar la evaluación de la anatomía fetal.

Esta información no tiene la intención de causar preocupación, simplemente se hace consciente de las limitaciones de la ecografía. Si la ecografía parece ser normal, será muy probable que él bebé no tenga defectos de nacimiento.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la ejecución de la ecografía, por favor pregunte. Estaremos encantados de responder a sus preguntas.

Tenga en cuenta que los ecografistas no están en la capacidad de discutir los problemas o preocupaciones médicas.

Estaremos encantados de proporcionar imágenes de ultrasonido de su bebé. La regulación de nuestra clínica considera que no se puede tomar fotografías ni vídeo.

### ACEPTACION

He leído la información anterior y entiendo las limitaciones de la ecografía para diagnosticar defectos congénitos y otras anomalías de mi bebé. He tenido todas mis preguntas contestadas y acuerdo la realización del ultrasonido y acepto sus limitaciones.

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

Fecha \_\_\_\_\_



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
Tracy Gordon FNP-BC

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Con mi consentimiento, Florida Perinatal Center, LLC. puede utilizar y divulgar la información de salud protegida (PHI) de mí para cumplir el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Por favor, consulte el Florida Perinatal Center, para una descripción más completa de estos usos y revelaciones.

Tengo el derecho de revisar el Notice of Privacy Practices antes de firmar este consentimiento. Florida Perinatal Center, LLC. se reserva el derecho de modificar su Notice of Privacy Practices en cualquier momento. Una edición revisada de Notice of Privacy Practices se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a la Florida Perinatal Center.

Con mi consentimiento, Florida Perinatal Center, LLC puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz / contestador automático o en persona en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como notificación de citas, asunto de seguros, y cualquier llamada relacionada con mi asistencia médica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, Florida Perinatal Center, LLC puede enviar por correo a mi casa o en otro lugar designado todos los elementos que ayudan a la clínica en la realización de TPO, tales como las declaraciones de los pacientes mientras están marcados Personal y Confidencial.

Con mi consentimiento Florida Perinatal Center, LLC puede enviarme un correo electrónico (hay un cierto riesgo de que cualquier información médica contenida en dicho correo electrónico puede ser revelada a, o recibido por, terceras partes no autorizadas), todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como notificación de citas, asunto de seguros, y cualquier llamada relacionada con mi asistencia médica, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento Florida Perinatal Center, LLC puede enviarme mensaje de texto en referencia a todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como notificación de citas.

Tengo el derecho de exigir que la Florida Perinatal Center, LLC restrinja cómo se usa o divulga mi PHI para cumplir el TPO. Sin embargo, la clínica no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy consintiendo a Florida Perinatal Center, LLC uso y divulgación de mi PHI para cumplir el TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la clínica haya hecho revelaciones en confianza sobre mi consentimiento previo.

Si no firmo este consentimiento, Florida Perinatal Center, LLC podrá negarse a proporcionarme el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre letra de molde del paciente / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
 LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
 Tracy Gordon FNP-BC

## FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor imprima claramente. Por favor complete toda la información para que su solicitud pueda ser procesada de forma rápida y eficaz. Gracias!

### Información de paciente:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Obstetra Primario: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ N. de teléfono: \_\_\_\_\_ N. de Móvil: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_  
 Licencia de conducir # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 Tel. Trabajo # \_\_\_\_\_ Dirección del trabajo \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Título profesional \_\_\_\_\_  
 Estudiante: medio tiempo/tiempo completo Nombre de la escuela \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Información de la persona responsable/cónyuge

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Código postal \_\_\_\_\_ N. de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Licencia de conducir #. \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
 Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ N. de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_

### Información de seguro primaria

¿Tiene Seguro Medicare o Medicaid?:      SI      NO  
 Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ N. de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Número de identificación de seguro \_\_\_\_\_  
 Numero de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: auto asegurado / cónyuge / hijo / otro \_\_\_\_\_  
 Empleador del asegurado \_\_\_\_\_ N. de teléfono \_\_\_\_\_  
 Dirección de empleador \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_  
 SS del Empleado #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Genero    M    F

**Por favor note que Medicaid no cubrirá sus reclamos si tiene otro seguro activo.**



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
Tracy Gordon FNP-BC

## FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Se espera que los pacientes paguen su copago para especialista en cada visita. Si su deducible anual no se ha cumplido, se espera que pague la cantidad que se deben en cada visita. En su caso, usted recibirá un estado de cuenta de co-seguros, saldo de deducible y todos los procedimientos pendientes de pago que se realizan en la oficina, cuya cantidad será adeuda a la recepción.

Si necesita realizar arreglos especiales, o tiene alguna pregunta sobre esto, por favor hable con nuestro coordinador de facturación o gerente de la clínica.

Somos Especialistas en Medicina Maternal Fetal y no formamos parte del Paquete Global ofrecido por su obstetra. Facturamos y somos reembolsados por separado en la oficina de su OB / GYN.

Saldos de pacientes que superan los 60 días, se enviaran a una agencia de cobros.

**POR LA PRESENTE YO ACEPTO CEDER, TRANSFERIR Y QUE SE DISTRIBUYEN EN FLORIDA PERINATAL CENTER TODOS MIS DERECHOS, TÍTULOS E INTERESES CON MIS BENEFICIOS DE REEMBOLSO MÉDICO CON MI PÓLIZA DE SEGURO. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA DETERMINAR ESTOS BENEFICIOS. ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ VÁLIDA NUEVO AVISO POR ESCRITO DADA POR MÍ LA REVOCACIÓN DE DICHA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE YO SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS SEAN O NO ESTÁN CUBIERTOS POR EL SEGURO**

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

Fecha \_\_\_\_\_



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
Tracy Gordon FNP-BC

## CO-SEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL

Fecha \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

Respecto a: Co-seguro, copago y deducible anual

Yo, \_\_\_\_\_, soy consciente de que soy responsable de cualquier copago, co-seguro y deducible debido según lo determinado por mi póliza de seguro. (Esta información se obtiene a partir de mi compañía de seguros \_\_\_\_\_ cuando nuestra oficina llama para verificar la elegibilidad y los beneficios).

Los pagos se esperan en el momento de servicio.

Tenga en cuenta que una vez que se presente la reclamación a su compañía de seguros para los cargos y que aplican esta cantidad para su deducible, la cantidad aplicada será su responsabilidad.

Si usted tiene Medicaid como seguro secundario, su deducible y / o Co-seguro no serán cubiertos por Medicaid.

Deducible \$ \_\_\_\_\_ Co-seguro \$ \_\_\_\_\_ Copago \$ \_\_\_\_\_

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

Firme del testigo \_\_\_\_\_

***Deducible:*** la cantidad que usted debe pagar por su salud antes que su compañía de seguros cubra cualquier costo (ejemplo: un deducible de \$ 1,000 significa que usted debe pagar \$ 1.000 a su proveedor antes de que su compañía de seguros pague cualquier cargo).

***Co-seguro:*** el porcentaje de los cargos que se espera que pague (ejemplo: 20% de co-seguro significa que su seguro pagará el 80% de su factura y usted es responsable del 20% restante).

***Copago:*** una cantidad determinada por su seguro para ser pagado al proveedor, a menudo esto varía dependiendo de si es o no es su proveedor de atención primaria, un sub-especialista, si usted tiene una visita a la oficina, o para ciertos procedimientos.

***Antes de su visita a la oficina nos pusimos en contacto con su compañía de seguros para determinar si se aplica alguna de las circunstancias anteriores.***



CHRISTINE EDWARDS, MD FACOG  
LAURA WALSH LAFFINEUSE MD FACOG  
Tracy Gordon FNP-BC

## LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a los médicos para hablar de mi información, de el resultado de las pruebas médicas con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_