



Christine Edwards, MD FACOG



2023-2026
AIUM Accredited Practice
DETAILED SECOND TRIMESTER OB ULTRASOUND

FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Información del paciente:

Obstetra Primario: _____

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

Dirección: _____ Apt#: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Celular #: _____ Teléfono de casa#: _____ Estado Civil (circule): S C V D

Correo Electrónico: _____

Licencia de conducir#: _____ Estado: _____

Empleador: _____ Tele de Trabajo#: _____ Ext: _____

Dirección de trabajo: _____

Título Profesional: _____ or Estudiante (circule): Tiempo Completo or parcial

*Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Información de tu seguro primario:

Compañía aseguradora: _____ Número de Identificación: _____

Dirección del seguro: _____ Teléfono#: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Grupo#: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: M F Relación al paciente: Ser Esposo Hija/o Otro

Empleado del asegurado: _____ Teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

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 debe en cada visita. En su caso, Usted recibe un estado de cuenta de coseguros, 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 tienes algunas preguntas 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 obstetra y ginecólogo.

Salos 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, TITULOS E INTERESES CON MIS BENEFICIOS DE REEMBOLSO MEDICO CON MI POLIZA DE SEGURO. AUTORIZO LA DIVULGACION DE CULQUIER INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA DETERMINAR ESTOS BENEFICIOS. ESTA AUTORIZACION SERA VALIDA NUEVO AVISO POR ESCRITO DADA POR MI LA REVOCACION DE DICHA AUTORIZACION. ENTENDIDO QUE YO SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS SEAN O NO ESTAN CUBIERTOS POR EL SEGURO.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CO-SEGURO Y DEDUCIBLE ANUAL

Fecha de hoy: _____ Número de cuenta: _____

Respecto a: Co-Seguro, copago y deducible anual

Yo _____ soy consciente de que soy responsable de cualquier copago, coseguro y deducible debido según lo determinado por mi seguro. (Esta información se obtiene a partir de mi compañía de seguro _____ 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 seguro para los cargos y que aplican esta cantidad para su deducible, la cantidad aplicada será su responsabilidad.

DEDUCIBLE \$ _____ CO-SEGURO \$ _____ COPAGO \$ _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

DEDUCTIBLE: la cantidad que usted debe pagar por su salud antes que su compañía de seguro cubra cualquier costo.

CO-SEGURO: el porcentaje de los cargos que se espera que pague.

COPAGO: una cantidad determinada por su seguro para ser pagado al proveedor, a menudo esto varia dependido de si es o no es su proveedor de atención primaria, un subespecialista, 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 seguro para determinar sise aplica alguna de las circunstancias anteriores.

POLITICA DE REEMBOLSO PARA PACIENTES

En caso de que Florida Perinatal Center, LLC deba reembolsarle algún importe una vez procesada su solicitud, nos pondremos en contacto con usted por teléfono. Si no logramos comunicarnos con usted, indique a continuación como desea recibir el reembolso:

_____ Abonen mi cuenta en Florida Perinatal Center para que el saldo se utilice en futuras citas programadas.

_____ El reembolso se realizará en la tarjeta de débito/crédito utilizado en el momento de la cita.

_____ Devuelto mediante cheque, enviado a la dirección que consta en mis registros.

Iniciales _____ **CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR EL ULTRASONIDO**

Su médico ha solicitado un ultrasonido (sonograma), para evaluar a su bebe. Actualmente no hay riesgos conocidos para el feto de ultrasonido. Sin embargo, no podemos predecir los acontecimientos futuros en esta área, por lo que realizamos solo estudios medicamente 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 bebe. El sexo de su bebe puede confirmarse solo después del nacimiento. Una ecografía normal no garantiza un bebe 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 mateño. 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 el bebe 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 bebe. La regulación de nuestra clínica considera que no se puede tomar fotografías ni video.

Iniciales _____ **CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN PELVICO**

Un examen pélvico es una exploración de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o los tejidos u órganos pélvicos externos. Este procedimiento se utiliza para diagnosticar y/o tratar afectan la pelvis. Puede realizarse utilizando diversas técnicas, que pueden incluir la exploración manual con guantes por parte del profesional de la salud o el uso de instrumental médico. Para los fines de este consentimiento, se incluye la ecografía transvaginal.

Al firmar este consentimiento, autorizo al personal medico empleando y/o contratado del Florida Perinatal Center, según lo considere necesario mi médico tratante, a realizar un examen pélvico, incluyendo una ecografía vaginal, tal como se describe anteriormente.

ACEPTACION

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

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Imprimido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Iniciales _____ **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Con mi consentimiento, Florida Perinatal Center, LLC. puede utilizar y divulgar la información de salud protegida (PHI) de mi 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 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 medica 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 como 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.

Iniciales _____ **LIBERACION DE INFORMACION MEDICA**

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

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Iniciales _____ **CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRONICO**

El correo electrónico permite a los profesionales de la salud de Florida Perinatal Center, LLC intercambiar información de manera eficiente en beneficio de nuestros pacientes. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico no es un medio de comunicación completamente seguro, ya que los mensajes pueden enviarse a la persona equivocada o ser accedidos de forma indebida durante su transmisión o almacenamiento. Si desea intercambiar mensajes de correo electrónico que contengan su información de salud, complete y firme este formulario de consentimiento a continuación. No esta obligado a autorizar el uso del correo electrónico y su decisión de no firmar esta autorización no afectara su atención medica de ninguna manera. Si prefiere no autorizar el uso de correo electrónico, comunicándonos con usted por teléfono, fax o correo postal.

Correo electronico: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____