



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Reconocimiento de la privacidad del paciente de HIPAA

Designo a las siguientes personas enumeradas a continuación como personas actualmente involucradas con mi atención médica. Estoy de acuerdo en que la práctica puede divulgar algunos o todos los aspectos de mi información médica o facturación a las personas que figuran en la lista. Entiendo que no estoy obligado a enumerar a nadie y que puedo actualizar esto en cualquier momento en persona.

1. _____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Teléfono
2. _____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Teléfono
3. _____ Nombre	_____ Relación con el paciente	_____ Teléfono

Me han presentado y revisado los términos de este aviso. Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento
_____ Firma del paciente	_____ Fecha



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Nuestro objetivo es brindarle a cada paciente un servicio amigable y conveniente durante su visita. Para su comodidad durante esta visita, nuestra oficina procesará su sangre aquí en la oficina y la enviará al laboratorio.

Por este servicio, la oficina cobrará una tarifa administrativa de **\$20.00** para pacientes ginecológicas anuales y una tarifa única de **\$40.00** para pacientes obstétricas que cubrirá cualquier manipulación y procesamiento de sangre durante su embarazo actual y, si es necesario, las visitas posparto. Este servicio se brinda como cortesía para aquellos pacientes que no desean ir a su médico de atención primaria o al laboratorio.

Si opta por aprovechar este servicio, la tarifa administrativa vence en el momento en que se procesa y manipula la sangre y no es reembolsable. El laboratorio facturará a su compañía de seguros por las pruebas que se soliciten.

Nuestra oficina **NO verifica** los beneficios de laboratorio. Es responsabilidad del paciente conocer su cobertura de laboratorio, ya que es posible que algunas de estas pruebas no estén cubiertas o se apliquen a su deducible/coseguro.

También hay un cargo administrativa de \$ 20 por administrar cualquier tipo de inyección (Rhogam, progesterona, etc.)

Hay un cargo de \$ 30 por cualquier formulario o carta de maternidad y \$ 10 por cualquier tipo de carta GYN (por carta)

Indique si desea que le realicen un análisis de sangre hoy en nuestra oficina.

SÍ _____ NO _____

Firma del paciente _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

* Ocasionalmente se solicitará una prueba que necesite un manejo especial o tubos de muestra que no tenemos disponibles. Si es así, se le entregará una solicitud para que la lleve a la instalación correspondiente. No se cobrará ninguna tarifa.

03/23



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Registro del historial del Paciente

Enfermedades: ___ anemia ___ asma ___ cáncer ___ diabetes ___ depresión ___ enfermedad
___ cardíaca ___ hipertensión ___ problemas de riñón / vejiga ___ enfermedad pulmonar
___ enfermedad de la tiroides ___ problemas gastrointestinales

Fumas: ___ S ___ N → Paquetes por día: _____
Cuántas bebidas alcohólicas consume a diario: _____

Alergias Medicamentos: _____

Medicamentos que está tomando: _____

Historia Menstrual:
Tu ciclo menstrual es normal: ___ S ___ N _____
edad en que comenzó la menstruación: _____ número de días que dura: _____

Historial de embarazo: cuántas veces.....

embarazada: _____
nacimientos prematuros: _____
partos normales: _____
abortos espontáneos: _____
abortos: _____
hijos vivos: _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

Revisión de sistemas

Paciente: _____ Fecha: _____

Tiene ahora o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas? Circule **Sí** o **No**

Síntomas constitución

Fiebre	S	N
Escalofríos	S	N
Dolor de cabeza	S	N
Otro		

Ojos

Visión borrosa	S	N
Visión doble	S	N

Alergia

Fiebre del heno	S	N
Alergias a medicamentos	S	N
Alergias estacionales	S	N

Neurológico

Temblores	S	N
Vértigo / mareos	S	N

Endocrino

Sed excesiva	S	N
Cansado	S	N
Demasiado calor / frío	S	N

Gastrointestinal

Dolor abdominal	S	N
Náuseas / vómitos	S	N
Indigestión/acidez de estómago	S	N

Cardiovascular

Dolor de pecho	S	N
Hipertensión	S	N

Tegumentarios

Erupción cutánea	S	N
Hierva	S	N
Prurito persistente	S	N
Otro		

Musculoesqueléticos

Dolor en las articulaciones	S	N
Dolor en las extremidades	S	N

Oídos / Nariz / Garganta / Boca

Infección del oído	S	N
Dolor de garganta	S	N
Problemas de los senos nasales	S	N

Genitourinario

Retención de orina	S	N
Micción dolorosa	S	N

Respiratorio

Sibilancias	S	N
Tos frecuente	S	N
Falta de aire	S	N

Hematológico / linfático

Glándulas inflamadas	S	N
Coagulación de sangre	S	N

Psiquiátrico

Depresión	S	N
Ansiedad	S	N

Médico Revisado: _____



LIEVANO - PEREZ

OBSTETRICS & GYNECOLOGY OF MIAMI

8525 SW 92 ST, UNIT D13

Miami, Florida 33156

PH (305) 270-3562 Fax (786)384-5766

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

El Dr. Lievano, el Dr. Pérez y / o el Dr. Collado han ordenado análisis de sangre que son médicamente necesarios para evaluar su condición. Nuestra oficina ofrece servicios de laboratorio para brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes. Su análisis de sangre se envía a un laboratorio que participa con su plan de seguro actual. Si tiene cobertura de seguro, el laboratorio enviará una factura directamente a su compañía de seguros. Esto no lo factura nuestra oficina. Es posible que se apliquen deducibles, coseguros o copagos según su tipo de cobertura y plan.

Usted será responsable de las facturas o reclamaciones que reciba del laboratorio. Cualquier pregunta sobre facturación con respecto a los cargos del laboratorio debe dirigirse directamente al laboratorio. Nuestro personal de oficina no tiene acceso ni control de su cuenta de laboratorio.

Este formulario reconoce que usted es consciente de que es posible que su compañía de seguros no cubra todas las pruebas de sangre y patología realizadas y que usted sea responsable de la factura.

Firma del paciente _____

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____