

NUEVO PACIENTE 1

1) RAZON POR LA VISITA: (REASON FOR VISIT):

2) MEDICACION ACTUAL: (CURRENT MED):

3) HISTORIAL MEDICO: (MEDICAL HX):

- ALERGICA A ALGUN MEDICAMENTO? (ALLERGY):
- TIENE PERIODOS (PERIODS):
- SU ULTIMA COLONOSCOPIA (COLONOSCOPY):
- SU ULTIMO EXAMEN DE LOS HUESOS (BONE DENSITY):
- VACUNA DE EL PAPILOMA VIRUS (HPV VACCINE):
- MAMOGRAMA DIAGNOSTICO (DIAG MAMMO):
- ¿ESTAS SEXUAL MENTE ACTIVA? (SEXUALLY ACTIVE):

4) ULTIMO PAPANICOLAOU? (LAST PAP): RESULTADO(RERESULTS):

5) ALGUNA HISTORIA DE PAPANICOLAOU ABNORMAL? (HX ABN PAP)?

6) ULTIMO MAMMOGRAMA? (LAST MAMMO): RESULTADO(RERESULTS):

7) CUANDO FUE SU ULTIMO PERIODO? (LMP):

8) ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL? (STD): CUAL?

9) TOMAS ALGUNAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? (BC): CUAL?

10) CUAL EDA FUE SU PRIMER PERIODO? (AGE FIRST PERIOD):

11) ESTAS EN MENOPAUSIA? (MENOPAUSE): SI , SI A QUE EDAD? (AGE)

12) ALGUNA MENSTRUACION ABNORMAL? (ABNORMAL PERIOD):

13) ALGUNA HISTERECTOMIA? (HYSTERECTOMY):

14) CUANTAS VECES AS ESTADO EMBARASADA? (TOTAL PREGN) VAGINAL? CESARIA?

15) HISTORIAL FAMILIAR ALGUIEN TIENE CANCER, DIABETIS, ¿PRECION ALTA? (FAMILY HX:)

16) ALGUNA CIRUJIA? (ANY SURGERY): ¿SI, SI CUAL?:

17) FUMAS? (SMOKE)?

18) TOMAS ALCOHOL? (DRINK):

SEE THE BACK

- NIVEL DE EDUCACION: (EDUCATION)
- ¿ALGUNA HISTORIA DE VIOLENCIA DOMESTICA? (HX DOMESTIC VIOLENCE):
- ¿HACE EJERCICIO? (EXERCISE):
- ¿ESTADO CIVIL? (MARITAL STATUS):
- ¿HISTORIA DE ABUSO SEXUAL? (HX SEXUAL ABUSE):
- ¿HISTORIA DE ABUSO VERBAL? (HX VERBAL ABUSE):

SEE THE BACK

## OBGYN By the Sea

Los médicos quieren que sepas un par de cosas:

- Le notificaremos **todos** los resultados, sean buenos o malos.
- Publicaremos todos los resultados **normales** en nuestro **portal para pacientes**.
- Usted recibirá una llamada telefónica con cualquier resultado anormal. Por favor, **asegúrese de que su buzón de voz está configurado y no está lleno**, de esa manera podemos dejarle un mensaje para que nos devuelva la llamada o un mensaje con los resultados.
- Si prefiere que no dejemos los resultados en su buzón de voz, llamaremos al número que aparece a continuación y dejaremos un mensaje para que nos devuelva la llamada.

Por favor, indique el mejor número para contactar con usted

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

Número: \_\_\_\_\_

Deje un mensaje detallado en el buzón de voz, si procede

No deje un mensaje detallado

Si no tiene noticias de la oficina en un plazo de dos semanas (por teléfono o a través del portal del paciente) sobre sus resultados, póngase en contacto con la oficina a través del portal del paciente.

Si necesita asistencia no urgente, utilice el portal. Revisamos el portal una vez al día de lunes a viernes. Le responderemos en un plazo de 36 horas (a menos que sea durante el fin de semana, entonces le responderemos el siguiente día laboral).

Razones para el uso del portal:

- Acceder a los resultados
- Solicitar reposiciones
- Preguntas médicas
- Solicitar que alguien le llame para pedir una cita

El portal **no** debe utilizarse para ninguna urgencia médica.

Si tiene un caso **urgente** o necesita pedir una cita, por favor llame a la oficina.

*Hoja de registro de pacientes*

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Nombre de soltera \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Número postal \_\_\_\_\_

E-Mail Address \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Idioma(s) que habla \_\_\_\_\_

Médico remitente: \_\_\_\_\_

Origen de la recomendación: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia:** Podemos ponernos en contacto en caso de emergencia o si no podemos comunicarnos con usted

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Información de la farmacia**

Nombre y dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Nombre y dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Gracias por escoger a OBGYN By the Sea LLC como su proveedor de atención médica. Estamos dedicados a que su tratamiento sea exitoso. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera, que requerimos para que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

**TODOS LOS COPAGOS Y/O DEDUCIBLES SE DEBEN PAGAR ANTES DE SU VISITA**

**Aceptamos: efectivo, cheque, las principales tarjetas de crédito: Visa, MasterCard y Discover Card**

**SEGUROS:** Le cobraremos a su compañía de seguros por su visita COMO CORTESÍA A USTED. Debido a la dificultad de obtener el pago de sus planes de seguro, podemos pedir su ayuda para obtener el pago de su reclamo. Por favor, tenga en cuenta que es la responsabilidad del paciente para verificar que somos un proveedor participante con su plan de seguro.

**HMO/REFERENCIAS:** Es su responsabilidad obtener una referencia de su médico de atención primaria si su compañía de seguros lo requiere para sus visitas. Es responsabilidad del paciente conocer y entender los requisitos de su plan de seguro. Nuestra oficina no es responsable de obtener referencias para los pacientes en los planes de HMO. **Si usted llega sin una referencia para su visita y se le requiere que traiga una, su cita será reprogramada.**

**PACIENTES MENORES DE EDAD:** El padre o guardián que acompaña al menor es responsable del pago de la factura.

**CHEQUES DEVUELTOS:** Los cheques devueltos por cualquier motivo estarán sujetos a todos los cargos bancarios que se nos cobren junto con el 5% del valor nominal del cheque o un cargo administrativo de \$25.00 (lo que sera mayor).

**COLECCIONES:** En caso de que su cuenta se convierta en un problema de cobranza, el paciente/deudor asume todos los costos de la cobranza, incluyendo pero no limitándose a los honorarios de la agencia de cobranza, costos judiciales, intereses y honorarios legales. Todas las cuentas no pagadas serán reportadas a la oficina de crédito.

**SERVICIOS NO CUBIERTOS:** Usted será responsable del pago de los servicios "NO CUBIERTOS" por su plan de seguro. Es su responsabilidad entender los beneficios y/o limitaciones de su plan de seguro.

**HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LA PÓLIZA FINANCIERA. Por la presente acepto realizar el pago de acuerdo con los términos y condiciones establecidos.**

Firma del paciente/responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprima el nombre del paciente \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Compañía de seguros principal \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Pago de las prestaciones**

Entiendo que el médico no cuenta con un seguro de mala praxis, tal y como se indica en el aviso colocado en la zona de recepción. Autorizo el pago de las prestaciones según determine la compañía, directamente al médico. Entiendo que puedo seguir siendo responsable de cualquier cantidad no pagada por mi seguro.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo de mi seguro médico.

Paciente o persona autorizada (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente o de la persona autorizada \_\_\_\_\_

***Aviso de conocimiento de la privacidad***

Entiendo que bajo la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha 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 puedo ponerme en contacto con la práctica en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso o Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o personas autorizadas (en letra de molde) :

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN

Para ser respetuosos con las necesidades médicas de nuestros pacientes, por favor notifiquenos si no puede atender su cita.

Esto abre la disponibilidad para aquellos que necesitan ser vistos y nos ayuda a disminuir el tiempo de espera para las citas programadas.

Por favor, avise con al menos 24 horas de antelación. \_\_\_\_\_ Iniciales

### **Cómo cancelar/reprogramar su cita**

Para cancelar/reprogramar su cita por favor llame a la oficina y deje un mensaje detallado

- 954-772-3960
- 954-467-2013

Si no avisa con **24 horas** de antelación para cancelar o reprogramar su cita, esto se considera un NO - SHOW y se le cobrará.

- \$50.00 por una visita
- \$75.00 por un procedimiento

**No se le permitirá hacer otra cita hasta que el cargo por no presentarse sea pagado en su totalidad.** \_\_\_\_ inicial

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

Firma: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Por favor complete todas las secciones de este formulario de liberación de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

**Sección I - Autorización**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para \_\_\_\_\_  
compartir la información que figura en la Sección II de este documento con la (s) persona (s) u  
organización (s) que he especificado en la Sección IV de este documento.

**Sección II - Información de Salud**

Me gustaría dar permiso a la organización de salud anterior para:

Revelar mi registro de salud completo, que incluye, entre otros, diagnóstico, resultados de pruebas de laboratorio, tratamiento y registros de facturación para todas las condiciones.

Revelar mi historial médico completo, excepto por la siguiente información:

- Registros de salud mental
- Enfermedades transmisibles que incluyen, pero no se limitan a, VIH y SIDA
- Revelar registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- Información genética
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Forma de revelación de información:

- Copia electrónica o acceso a través de un portal en el internet.
- Copia en papel.

**Sección III - Motivo por el cual se está revelando la información**

Por favor, detalle las razones por las que se comparte la información. Si está iniciando la solicitud de compartir información y no desea enumerar las razones para compartirla, escriba "solicitud propia".

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Sección IV - Quién puede recibir mi información de salud

Doy mi autorización para que la información de salud que se detalla en la sección II de este documento se comparta con la (s) siguiente (s) persona (s) u organización (es):

Nombre: \_\_\_\_\_  
Organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Entiendo que la (s) persona (s) / organización (es) enumerada (s) arriba puede no estar cubierta por las reglas estatales / federales que rigen la privacidad y seguridad de los datos y se le puede permitir compartir más la información que se les proporciona.

Section V – Duración de esta Autorización

Esta autorización para compartir mi información de salud es válida:

- Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
- Todos los períodos pasados, presentes y futuros.
- La fecha de la firma en la sección VI hasta el siguiente evento.: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización para compartir mis datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo mediante el envío de una solicitud por escrito a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- En el caso de que mi información ya haya sido compartida para cuando se revoque mi autorización, puede ser demasiado tarde para cancelar el permiso para compartir mis datos de salud.
- Entiendo que no necesito dar ningún otro permiso para que la información detallada en la Sección II se comparta con la (s) persona (s) u organización (s) enumerada (s) en la Sección IV.
- Entiendo que no firmar o enviar esta autorización o la cancelación de esta autorización no me impedirá recibir ningún tratamiento o beneficios a los que tengo derecho, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos. o beneficios o para pagar los servicios que recibo.

**Este documento será retenido por la organización proveedora por siete años.**

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Sección VI - Firma

Nombre del Paciente (Escriba) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si una persona con autoridad legal está completando este formulario para actuar en nombre de una persona, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar esto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información personal

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Proveedor de atención médica	Fecha de hoy
---------------------	---------------------	------------------------------	--------------

Instrucciones: Su historial de cáncer personal y familiar es importante para proporcionarle la mejor atención posible. Por favor complete la siguiente tabla con su información personal y familiar de cáncer. **Los siguientes parientes familiares se deben considerar:** padres, hermanos, hermanas, medios-hermanos, medias-hermanas, hijos, hijas, abuelos, nietos, tíos, tías, sobrinos y sobrinas de ambos lados de la familia. (Para los tipos de cáncer que llevan una notación de "pariente de primer grado", solo los padres, hermanos, hermanas, hijos e hijas deben ser considerados.)

Tienes antecedentes personales de:	¿Sí (S) o No (N)?	¿Cuál cáncer?	¿Edad cuando recibió el diagnóstico?	
Cáncer de mama, ovario o páncreas a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Cáncer colorrectal o cáncer de útero (matriz) antes de o a la edad de 64	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Tienes antecedentes familiares de:	¿Sí (S) o No (N)?	¿Cuál pariente?	¿Del lado materno (M) o paterno (P) de la familia?	¿Edad cuando recibió el diagnóstico?
Cáncer de mama antes de o a la edad de 49	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Dos diagnósticos diferentes de cáncer de mama a cualquier edad en un pariente	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Tres casos de cáncer de mama a cualquier edad en parientes del mismo lado de la familia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Cáncer de ovario a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Hombre con cáncer de mama a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Ascendencia judía askenazí con cáncer de mama a cualquier edad	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Cáncer de páncreas a cualquier edad (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Cáncer de próstata metastásico a cualquier edad (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Cáncer de colon antes de o a la edad de 49 (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
Cáncer de útero (matriz) antes de o a la edad de 49 (pariente de primer grado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P	
¿A usted o alguien de tu familia le han hecho una prueba genética acerca del cáncer hereditario?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿A quién?	¿Qué gen o genes?	¿Cuál fue el resultado?

## Revisión de la evaluación del riesgo de cáncer (para completar después de la discusión con su proveedor de atención médica)

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

Firma del proveedor de atención médica \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Uso solo para la oficina ¿Se le ofreció alguna prueba genética acerca del cáncer hereditario al paciente?  Sí  No  Aceptó  Rechazó

Si la respuesta es sí, ¿Cuál prueba?  BRACAnalysis® with Myriad myRisk®  Multisite 3 BRACAnalysis® REFLEX to BRACAnalysis® with Myriad myRisk®

COLARIS®PLUS with Myriad myRisk®  COLARIS AP®PLUS with Myriad myRisk®  Single Site Testing  Myriad myRisk® Update Test

Other: \_\_\_\_\_

¿Cita de seguimiento programada?  Si  No Fecha de la próxima cita: \_\_\_\_\_