

# Women's Care of Davie LLC

## Camil Marrero, MD

1200 N University Drive

Plantation, Fl 33322

954-474-2229 Office / 954-452-0356 Fax

Estimado paciente:

Bienvenida a la oficina de la Dra. Camil Marrero. Le agradecemos por elegirnos como su médico especialista. Para asistirle en planificar el costo de su cuidado médico, queremos informarle de nuestras políticas financieras. Le solicitamos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento.

**SEGURO MEDICO / RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Nuestra oficina aceptara su Seguro medico a la hora de su visita y nosotros le enviaremos el reclamo de la visita a su Seguro medico. Porque su seguro es un contrato entre usted y su seguro no podemos vernos implicados en conflictos con respecto a los pagos, los deducibles, los co-pagos, los cargos no cubiertos, o a cualquier otra negación de pagos por su seguro. **Es parte de nuestro acuerdo contractual con cualquier seguro y su política de programas HMO o del PPO de cobrarle por su copago.** No podemos ampliar ninguna cortesía financiera por éstos cargos. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a su cobertura del Seguro medico y su contacto; por favor le pedimos llame a su seguro para que un representante del seguro le explique. **Tenemos derecho de enviar su cuenta a una agencia de colección y cobros si el saldo de su cuenta se convierte delincente por más de 90 días. Usted será responsable de pagar cualquier cargo por retraso y cargo de la agencia de colección.**

**REFERIDOS:** Es responsabilidad del paciente obtener todos los referidos que sean necesarios para cualquier tratamiento dado en esta oficina. **Es su responsabilidad obtener ese referido y de saber si usted necesita o no un referido para ver un especialista.** Si no se recibe el referido en la oficina el día de su cita usted tendrá que cambiar su cita con el doctor para otro día o Si usted todavía desea ser visto por el doctor sin un referido usted entiende que usted será responsable de la cuenta por ese día de servicio si su seguro no paga.

**FALTAR A SU CITA:** Nuestra oficina entiende que hay circunstancias que conducen a pacientes a faltar a las citas, al mismo tiempo, le pedimos que entienda que faltar a su cita le toma tiempo a otros pacientes que necesitan ver al doctor también. **Ayúdenos por favor a servirle mejor viniendo a sus citas o llamarnos en cuando menos 24 horas de anticipación para cambiar su cita en una manera oportuna.**

**HE LEÍDO, ENTENDIDO Y CONVENGO CON ESTA POLÍTICA FINANCIERA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Vine a ver a: ( ) Camil Marrero MD ¿Está usted Embarazada? ( ) Si ( ) No

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZipCode: \_\_\_\_\_

Teléfono de: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Seg. Social # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Soltera Casada Divorciada Viuda

Nombre De La Compañía: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

En una Emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

¿Quien lo refirió? ¿A quien le debemos su visita? \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: English  Spanish  Creole  Other

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ SI USTED NO ES EL PRIMARIO EN EL SEGURO COMPLETE: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Numero de poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Seg Social # \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ SI USTED NO ES EL PRIMARIO EN EL SEGURO COMPLETE: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Seg Social # \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS:** \_\_\_\_\_ **Numero de Farmacia:** \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo, el signatario, a nombre del paciente que aparece el nombre arriba, consiente por este medio a y autoriza todos los tratamientos de diagnóstico y terapéuticos considerados necesarios o recomendables en el juicio del médico que atiende.

**Beneficios De Seguro:** Autorizo el pago de mis beneficios médicos a la Dra. Camil Marrero. Y También entiendo que todos los pagos para la asistencia médica son mi responsabilidad a menos que sean prescritos por la ley.

**AUTORIZACIÓN DE MENEJO DE INFORMACIÓN:** Autorizo el manejo de cualquier información médica necesaria para poder procesar cualquier reclamo a mi seguro médico.

**RECONOCIMIENTO Y AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** Reconozco puedo tener una copia del AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Entiendo que si tengo cualesquier preguntas o quejas con respecto a mis derechos de estas practicas que puedo entrar en contacto con la persona asignada en el folleto. Entiendo también que se me ofrecerá copia de cualquier cambio en el AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ya sea si se enmienda, se modifica, o se cambia de cualquier manera.

( ) **El paciente rechazó firmar el AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** ( ) **El paciente no pudo firmar porque:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Por favor complete para nuestros archivos; Marcar o describir todo lo que corresponda:

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

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

Fecha ultima menstruación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ultimo Pap smear (citología) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ultimo Mamograma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Última Colonoscopia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alergia a Medicamento: O No O Si:

\_\_\_\_\_

# Total De Embarazos \_\_\_\_\_ # Partos \_\_\_\_\_

# Abortos \_\_\_\_\_ # Perdidas \_\_\_\_\_

### Método de Contracepción:

- O Esterilización de tubos      O Menopausia  
O Pastillas                      O IUD  
O DEPO                              O No activa sexualmente  
Otro: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

- O Cáncer Describa \_\_\_\_\_  
O Diabetes                      O Presión alta  
O Problemas Corazón          O alcoholismo  
O Epilepsia                      O Abuso de drogas  
O Depresión                      O Ulceras  
O Glaucoma                      O Fibromas  
O Asma                              O Ninguna  
O Otro Describa \_\_\_\_\_

### Historial de Cirugías

- O Cesárea                          O Esterilización de tubos  
O Histerectomía                  O Apéndectomía  
O Remoción de amígdalas      O Aumento de seno  
O Reducción de seno              O Ninguno  
Otro Describa: \_\_\_\_\_

### Experiencia usted:

- O Problemas de depresión  
O Violencia domestica

Hay algo más que le gustaría discutir con el médico?  
\_\_\_\_\_

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

### Historial Familiar:

- O Cáncer Describa \_\_\_\_\_  
O Diabetes                      O Presión alta  
O Problemas Corazón          O alcoholismo  
O Epilepsia                      O Abuso de drogas  
O Depresión                      O Ulceras  
O Glaucoma                      O Suicidio  
O Ninguna      O Otro Describa \_\_\_\_\_

### Historial Social:

- O Casada                          O Soltera  
O Separada                      O Divorciada  
O Fumo / Al día \_\_\_\_\_      O No Fumo  
O Sexualmente activa          O Uso de Alcohol  
O Uso de Drogas                  O Sigo Dieta  
O Hago Ejercicio / Nunca / 2-3 veces en semana/ Diario  
O Objeciones religiosas a la transfusión de sangre  
Otro: \_\_\_\_\_

### Repaso de Sistemas:

General: O Ha ganado peso O perdido peso

O cansada O Sufre insomnio O "Hot flushes"

Respiratorio: O falta respiración O Tos

Otro: \_\_\_\_\_

Neuro-Muscular: O Dolor espalda O Dolor de cabeza

O Dolor articulaciones Otro: \_\_\_\_\_

Gastrointestinal: O Nauseas O Vómitos O Diarrea

O Acidez O Constipación O Gases

O Perdida de apetito

Genitourinario: O Dolor al orinar O Sangre en orina

O Dolor durante acto sexual O Dolor con menstruación

O Sangrado en exceso con la menstruación O Dolor pélvico

O Incontinencia o frecuencia urinaria

Otro: \_\_\_\_\_

**Women's Care of Davie, LLC**

**Camil Marrero MD**

1200 N University Drive Plantation,  
Florida 33322

Estimado paciente:

Actualmente ofrecemos a nuestros pacientes la prueba de HPV alto riesgo solamente aprobado por la FDA. Esta nueva prueba es viral y altamente sensible se utilizada conjuntamente con una prueba de Papanicolaou para la detección del cáncer cervical en mujeres de más de 30 años. Infección persistente con alto riesgo virus del papiloma humano (HPV) es la principal causa de cáncer de cuello uterino. Algunas cosas importantes a saber sobre el HPV y el cáncer cervical:

- La mayoría de las mujeres tendrán HPV en algún momento durante sus vidas, pero muy pocas desarrollan cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de cuello uterino se desarrolla si una infección por HPV persiste durante muchos años.
- La prueba de Papanicolaou busca cambios celulares anormales en el cuello uterino que ocurren como resultado de una infección persistente de HPV de alto riesgo. La prueba de HPV busca por una infección con el HPV.
- Cuando se utilizan conjuntamente, estas pruebas pueden mostrar con casi 100 % de certeza que no tienes enfermedades del cuello uterino. Las mujeres que un resultado negativo para HPV de alto riesgo y tienen una prueba normal de Papanicolaou, no tienen prácticamente ningún riesgo de desarrollar cáncer cervical antes de su próximo visita.
- Conocer su estado de HPV ayuda a usted y su proveedor de determinar la frecuencia con que debe ser examinados. La detección temprana de cambios celulares precancerosos es la clave para prevenir el cáncer de cuello uterino.
- Su estado de HPV no es un indicador confiable de usted o de comportamiento sexual de su pareja. HPV puede permanecer latente en células cervicales durante muchos años antes de convertirse en una infección activa.

La mayoría de las compañías de seguros cubren la prueba de HPV alto riesgo cuando se usa con una prueba de Papanicolaou para el cáncer cervical rutinario a las mujeres de 30 o más. Sin embargo, el beneficio individual que usted o su empleador ha adquirido puede o no puede cubrir la prueba. Si la prueba no es pagada por su compañía de seguros, usted recibirá una factura del laboratorio. Si le pregunta a su proveedor el costo aproximado de la prueba de HPV le dirá que **el costo aproximado de esta prueba varía entre \$ 100 hasta \$180 pero muchos seguros en estos tiempos cubren esta prueba.**

He leído la información anterior y **Acepto que si** se haga la prueba de HPV con mi prueba de Papanicolaou. También estoy de acuerdo pagar la prueba de HPV si mi seguro no cubre el costo.

He leído que la anterior información y **NO deseo** que la prueba de HPV se haga en este momento.

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (escriba claro)

**Women's Care of Davie; LLC**

Camil Marrero MD

1200 N University Drive

Plantation, Florida 33322

**CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN PÉLVICO**

Estimado paciente::

A partir del 1 de julio de 2020, la ley de Florida requiere que se obtenga un consentimiento por escrito del paciente para realizar los componentes críticos de su examen de salud y eso incluye el examen pélvico femenino.

Este proyecto de ley (s. 456.51, F.S.) requiere que un profesional de la salud tenga el consentimiento por escrito de un paciente o el representante legal de un paciente para realizar un examen pélvico.

En ciertas condiciones, un profesional de la salud puede realizar un examen pélvico sin consentimiento por escrito si:

- Un tribunal ordena la realización del examen para la recopilación de pruebas;
- El examen es inmediatamente necesario para evitar un riesgo grave de daño físico inminente, sustancial e irreversible de una función corporal importante; o
- El examen se indica en la atención estándar para un procedimiento que el paciente ha consentido.

Al firmar este documento, nos permite realizar todos los componentes de su examen físico de rutina, incluido el examen pélvico (consulte a continuación) en un consultorio u hospital.

Examen pélvico: “La serie exámenes que comprende un examen de: la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, el recto o el tejido u órganos pélvicos externos usando cualquier combinación de modalidades, que pueden incluir, entre otras, las del proveedor de atención médica mano con guantes o instrumentación.

Puede retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento mediante un aviso por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre

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

\_\_\_\_\_  
Firma