

Fecha: _____

Información sobre el paciente::

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono celular: _____

¿Cuál es el número preferido? (Ponga un círculo alrededor): Casa Celular

Estado civil: _____ Empresa: _____ Oficio: _____

Contacto de emergencia (alguien que no vive con usted):

Nombre y apellido: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

¿Cómo se enteró de este consultorio? (Círculo alrededor de uno de las siguientes opciones)

Internet Compañía de seguro Directorio telefónico Anuncio Otro paciente Otro

Información del Espos(a)/Pareja/Padre (Esp/Par/P)

Nombre de Esp/Par/P: _____ Fecha de Nacimiento de Esp/Par/P: _____

Número de Seguro Social _____

Domicilio de Esp/Par/P (si es que es diferente del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ No de dpto.: _____

Teléfono de casa: _____ Celular #: _____ Trabajo #: _____

Empresa del Esp/Par/P: _____

*****Por favor entregue toda tarjeta de seguro a la recepcionista para que le haga copias*****

Yo autorizo tratamiento para la persona arriba mencionada. Autorizo que todo beneficio de seguro sea pagado directamente a Platinum Women's Health and Wellness. Adicionalmente explícitamente reconozco que mi firma en este documento constituye una autorización continua para que el medico presente reclamos por servicios otorgados sin obtener mi firma en cada ocasión y por cada reclamo presentado en mi nombre y/o para mis dependientes y que estaré comprometida por esta firma como si hubiese firmado el reclamo en cuestión.

Nótese: Si usted no tiene seguro, se espera que haga el pago completo en la fecha de su consulta.

Acepto la responsabilidad financiera por cualquier honorario médico incurrido en Platinum Women's Health and Wellness. Adicionalmente me comprometo a pagar todos los cobros de finanzas, gastos incurridos por la agencia de cobros, honorarios de abogados y cualquier otro costo que se pueda incurrir para recibir el cobro de cualquier saldo. También autorizo la revelación de toda información requerida por la compañía de seguro para procesar el reclamo.

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Información Médica:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Razón por la consulta: _____

Médico de cabecera: _____

Farmacia preferida: _____ Ciudad: _____ Cruce: _____

Alergias: _____ Reacción: _____

Ultima menstruación: _____ Ultima papanicolau: _____
Normal? Sí/No: _____

Ultima mamografía: _____ Normal Sí/No: _____

Ultima colonoscopia: _____ Normal? Sí/No: _____

Ultima tomografía DEXA: _____ Normal? Sí/No _____

Historial de menstruación:

Edad al inicio: _____ No. de días entre ciclos: _____ Duración: _____

Enumere los tratamientos que está recibiendo p.ej.: asma, hipertensión, alto colesterol...

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial quirúrgico: Enumere las cirugías que ha tenido:

Fecha: _____ Tipo: _____

Enumere los medicamentos que está tomando, inclusive vitaminas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Número del paciente: _____

Historial clínico/familiar:

Fue adoptada?: Sí No

Marque con una X las condiciones que ha tenido usted o uno de sus padres, abuelos o hermanos:

Disorder	Self	Father	Mother	Grandparent	Sister	Brother
Alcohol						
Problemas con anestesia						
Asma						
Trastorno autoinmune						
Problema de los senos						
Cancer: tipo						
Depresión/Posparto						
Diabetes						
Enfermedades cardíacas						
Hepatitis/Problema del hígado						
Papanicolau anormal						
Transfusión de sangre						
Hipertensión						
Infecundidad						
Enfermedad renal						
Alergies al Latex						
Enfermedades/trastornos de los pulmones						
Trastorno neurológico						
Posiblemente expuesto al TB						
Trastornos psiquiátricos						
Drogas de consume recreativo						
Sensible a la Rh						
Alergies estacionales						
Trastornos de crisis						
Disfunción del tiroide						
Tabaco						
Trauma/Violencia						
Anomalías uterinas						
Varices/flebitis						

Fecha: _____

Historial Social:

Estado civil: _____

¿Fuma?: _____ ¿Fumaba en el pasado? _____ ¿Qué? _____ ¿Cuántos al día? _____

¿Bebe alcohol/cerveza?: _____ ¿Cuánto?: _____

¿Cuántas bebidas que contienen cafeína toma cada día?: _____

¿Hace ejercicio?: _____ ¿Qué tan frecuente?: _____

Historial de menopausia:

Edad al inicio: _____ ¿Está teniendo síntomas de menopausia?: _____

¿Está recibiendo hormonas?: _____ Tipo: _____

Historial sexual:

Nombre del paciente: _____

¿Tiene o ha tenido: (Circule si aplica)
Verrugas genitales HPV Herpes Chlamydia Gonorrea Trichomonas Sífilis

Número de parejas sexuales: en los últimos 6 meses _____
este último año _____ en los últimos 2 años _____ en toda la vida _____

Anticonceptivo que usa: _____

Oficio: _____

Historial Obstétrico:

¿Cuántas veces ha estado embarazada?: _____
¿Cuántos alumbramientos tuvo?: _____ ¿Cuánto niños están vivos?: _____
¿Cuántos nacimientos de término?: _____ ¿Cuántos nacimientos prematuros?: _____
¿Cuántos abortos espontáneos?: _____ ¿Cuántos no espontáneos?: _____

Enumere todos los alumbramientos:

Mes/Año	Semanas	Vaginal Sí/No	Peso del bebe	Problemas

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

**DETECCION DE TRASTORNOS GENETICOS/ASESORAMIENTO
TETRALOGICA PACIENTE Y SU FAMILIA
PADRE DEL BEBE Y SU FAMILIA**

Condicion	Si	No
1. Edad del paciente > 35 anos para la fecha del parto		
2. Talasemia (Italiana, Griega, Mediterránea o Asiática)		
3. Meningocele, Espina bífida o anencefálico		
4. Defecto cardíaco congénito		
5. Síndrome de Down		
6. Enfermedad de Tay-Sachs (eg. Judíos, Cajun, Canadienses franceses)		
7. Enfermedad de Canavan		
8. Enfermedad o rasgos depranocito (AfroAmericanos)		
9. Hemofilia o trastornos sanguíneos		
10. Distrofia muscular		
11. Fibrosis cística		
12. Corea de Huntington		
13. Retraso mental/autismo		
14. Otros trastornos genéticos o de cromosomas heredados		
15. Trastorno metabólico maternal (p.ej. Diabetes I, fenilcetonuria)		
16. Padre de la paciente o del bebe tuvo hijo(a) con defectos desde el nacimiento.		
17. Abortos espontáneos o muertes del feto recurrentes		
18. Medicamentos (inclusive pastillas nutritivas, vitaminas, hierbas o medicamentos sin receta/drogas ilegales o recreativas/alcohol desde la última menstruación)		
19. Expuesto a sustancias químicas o radiación (peligros laborales)		
20		
21		
22		

Política Financiera

Seguro - Su póliza de seguro es un contrato entre su aseguradora y usted. El médico no se involucra en este contrato. Por contrato usted es el responsable de hacer su copago, coaseguro o cualquier saldo que se debe en la fecha del servicio prestado. Se acepta efectivo, cheques, Visa o Mastercard y Care Credit.

Sin seguro - El paciente que no tiene seguro debe cubrir el saldo completo en la fecha en que se le proporciona el servicio.

Sobre seguro - Podemos aceptar beneficios de seguro. Al recibir información actual de su seguro, le enviaremos una factura a la aseguradora. Si su aseguradora no ha pagado su cuenta total dentro de 45 días, es posible que se le cobre a usted el saldo de forma automática. Favor de tener en cuenta que algunos y tal vez todos los servicios proporcionados pueden ser unos que no cubren y no son considerados razonables y necesarios por Medicare y/o otros seguros médicos. Todo servicio que no está cubierto será cobrado al paciente.

Necesidad médica según Medicare - Medicare solo pagará por servicios que estima "razonables y necesarios" según las leyes de Medicare. Si Medicare determina que un servicio particular que en otro instante sería cubierto no es considerado razonable y necesario, Medicare negará el pago por dicho servicio. Si Medicare niega el pago, usted será personalmente responsable por pagar el total.

Formularios FMLA, de discapacidad o de seguro - Ningún plan cubre el llenar formularios como beneficio. Por ende, habrá un cobro de quince dólares por llenar todo formulario de FMLA y de discapacidad a corto o largo plazo u otros formularios de seguro.

El no presentarse/cancelaciones tardías - Si es imprescindible que cancele su cita, necesita hacerlo con 24 horas de anticipación. Pacientes que no se presentan o cancelan con menos de 24 horas de aviso tendrán que pagar un honorario de veinticinco dólares.

Niños - El padre o madre que pide atención médica para su(s) hija(s) tiene la obligación de hacer el copago o coaseguro correspondiente en la fecha en que se proporciona el servicio. Nuestro consultorio no participa en el arreglo económico el padre o la madre y su hija.

Cheques sin fondos - Habrá un cobro de treinta dólares por cheques sin fondo. Como consecuencia todo servicio de ahí en adelante tendrá que ser pagado en efectivo o con tarjeta de crédito.

Estados de cuenta - Queda acordado que los cobros que aparecen en un estado de cuenta son correctos y razonables a menos que el paciente los proteste por escrito dentro de treinta días desde la fecha de la factura.

Colecciones - Si su cuenta no pagada es referida a una agencia tercera que efectúa los cobros, será necesario comunicarse directamente con dicha agencia. Además, usted tendrá que pagar los honorarios de un cuarenta por ciento para la cobranza de la deuda.

Servicios no cubiertos - Es la responsabilidad del paciente de tener conocimiento de su cobertura de seguro y presentar su tarjeta en cada consulta. Le rogamos se comunique con su aseguradora para repasar sus beneficios antes de ser atendido. Aunque reciba un número de pre-autorización desde su aseguradora, esto no garantiza que la aseguradora cubrirá los servicios.

Co-pago/Coaseguro - se debe en la fecha en que se recibe el servicio.

He leído, entendido y estoy dispuesto a cumplir con la política financiera de Platinum Women's Health and Wellness.