

Perinatal Diagnostic Center, Inc.
Daryoush Jadali, M.D., F.A.C.O.G.

Información del Paciente

Fecha De Hoy _____

Nombre _____
Primer Medio Apellido

Fecha de Nacimiento ___/___/___ Seguro Social ___-___-___ Número de Licencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Teléfono Trabajo _____

Empleador _____ Ocupación _____ Estado Civil: C S D V

Correo Electrónico _____ @ _____

Raza/Etnicidad: Blanco Afroamericana Hispana/Latina Nativo American Hawaiana
 Chínese Japonesa Corean Gua manían Samoana Filipino Vietnamesa Cambodian
 Lao Otro Southeast Asían Middle Eastern India Subcontinente Otro: _____

Información de A seguridad

Primer Seguridad _____ ID # _____ # de Grupo _____

Nombre del Subscritor _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Seguro Social _____

Segunda Seguridad _____ ID # _____ # de Grupo _____

Nombre de Subscritor _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___ Seguro Social _____

Persona para contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Numero Teléfono _____

Autorización para familiares y amistades (Personas autorizadas para recibir información médica).

Nombre _____ Nombre _____

ASIGNACION Y AUTORIZACION DE ASEGURANZA

Yo directamente he de ceder todos los beneficios médicos a **Daryoush Jadali, MD., F.A.C.O.G. Perinatologist** y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi compañía de seguros. También entiendo que soy responsable por cualquier y todos los gastos de cobro en que incurra. Yo autorizo al **Dr. Jadali** para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. También estoy de acuerdo que una copia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original. También doy mi permiso para que **Daryoush Jadali MD**, me brinde la atención médica o la atención médica de mi dependiente.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Historial Para Nuevos Pacientes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estatura _____ Tipo de Sangre _____ LMP: _____ Fecha de dar a luz: _____

Medicamentos/vitaminas actuales: _____

¿Quién es su médico de OB y Domicilio? _____

En este embarazo, tiene o tuvo cualquiera de los siguientes:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Sangrado vaginal | <input type="radio"/> Sudores de fiebre o de la noche | <input type="radio"/> Ecografía previa |
| <input type="radio"/> Mareo | <input type="radio"/> Erupciones cutáneas | <input type="radio"/> Ultrasonido anormal |
| <input type="radio"/> Hinchazón | <input type="radio"/> Infección del tracto urinario | <input type="radio"/> Prueba anormal de la sangre |
| <input type="radio"/> Dolores de cabeza | <input type="radio"/> Cambios en el flujo vaginal | <input type="radio"/> Amniocentesis |
| <input type="radio"/> Náuseas o vómitos | <input type="radio"/> Presión pélvica o cólicos | <input type="radio"/> Palpitaciones del corazón |
| <input type="radio"/> Pérdida de peso | <input type="radio"/> Presión arterial alta | <input type="radio"/> CVS (muestreo de vellosidades coriónicas) |
| <input type="radio"/> Usa tabaco | <input type="radio"/> Tiene depresión o ansiedad | <input type="radio"/> Consume drogas |
| <input type="radio"/> Bebe alcohol | <input type="radio"/> Tienes un trastorno psiquiátrico | <input type="radio"/> Es usted víctima de violencia doméstica |

Son usted y el padre del bebé de la sangre relacionada (hermanos, primos, tío, etc.)? S N

Embarazos Pasados y Presente

Total embarazos incluyendo presente: _____ Abortos Espontáneos: _____ Aborto Provocado: _____

Ectópico: _____ Gemelos/Trillizos: _____ Hijos vivos: _____

Fecha De Luz	Semanas Gestación	Peso al nacer	Sexo del bebé	Horas de Parto	Tipo de entrega	Anestesia utilizada	Lugar de Luz	Comentarios / Complicaciones

Solo Para FIV

Círculo: Si su embarazo FIV o IUI Círculo: huevo Donante o Propio Círculo: Frescos o Congelados de huevo

Edad de Donó:

Transferencia fecha:

1. Es menos de 19 años de edad?	S	N	19. Alguna vez tuviste PPD positivo, exposición a la tuberculosis o la historia de la vacuna BCG?	S	N
2. En el momento de la entrega, va a ser 35 o más viejo?	S	N	20. Tiene historia de infecciones del tracto urinario?	S	N
3. Usted haber terminado más de 2 embarazos?	S	N	21. Alguna vez ha tenido enfermedad renal (riñón)?	S	N
4. Ha tenido más de 2 abortos espontáneos seguidos?	S	N	22. A usted tenido o tiene actualmente diabetes gestacional o pre gestacional? ¿Si es así, eran/son medicinal?	S	N
5. Usted tiene un recién nacido pesa menos de 5 libras 8oz?	S	N	23. Tienes antecedentes de hipo - o hipertiroides?	S	N
6. Usted tiene un recién nacido pesa más de 9 libras 8oz?	S	N	24. Antecedentes de una enfermedad autoinmune, como Lupus?	S	N
7. Ha tenido un niño con un defecto de nacimiento?	S	N	25. Tienes antecedentes de enfermedades hematológicas, como anemia?	S	N
8. Tuviste un fallecimiento fetal en 2° o 3° trimestre?	S	N	26. Antecedentes de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar?	S	N
9. Tienes un bebé nacido antes de 37 semanas?	S	N	27. Historia de la enfermedad neurológica? ¿Incluso las migrañas?	S	N
10. Alguna vez ha tenido un cerclaje?	S	N	28. Antecedentes de enfermedad gastrointestinal, como la Hepatitis?	S	N
11. Ha tenido una cesárea?	S	N	29. Tienes VIH?	S	N
12. Siempre tuvo desprendimiento de placenta?	S	N	30. Ha tenido una prueba de VIH?	S	N
13. Alguna vez tuvo placenta previa?	S	N	31. Hacer usted tiene o es un portador de Fibrosis quística?	S	N
14. Cualquier historia de isoimmunization fetal?	S	N	32. Antecedentes de varicela (varicela/culebrilla)?	S	N
15. Tiene historia de hipertensión inducida por embarazo?	S	N	33. Ha tenido una erupción o cualquier enfermedad viral desde su último período?	S	N
16. Tienes hipertensión crónica o hipertensión?	S	N	34. Antecedentes de problemas ortopédicos?	S	N
17. Tienes una enfermedad cardíaca?	S	N	35. Alguna vez ha tenido cáncer de cualquier tipo?	S	N
18. Tiene enfermedad pulmonar como el asma?	S	N	36. Piel/Dermatología problemas importantes?	S	N

Historia Ginecológica	Historia genética
<input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Papanicolaou Anormal <input type="checkbox"/> Útero Anormal <input type="checkbox"/> Fibroides/Miomas <input type="checkbox"/> Herpes/STD <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Quistes en el ovario <input type="checkbox"/> Menstruales Irregulares	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Talasemia <input type="checkbox"/> Historia de otros defectos de nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular <input type="checkbox"/> Tay-Sachse <input type="checkbox"/> Descendencia Judía <input type="checkbox"/> Descendencia Canadiense Francés/Cajun <input type="checkbox"/> Otra anomalía genética o de cromosomas _____
	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington <input type="checkbox"/> Retardo Mental <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Espina Bífida/ Neural tubo <input type="checkbox"/> Defecto del corazón <input type="checkbox"/> Síndrome de Down

Historial médico de la familia: (padres, hermanos, abuelos, primos, etcétera).

<input type="checkbox"/> Diabetes	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Alta Cholesterol	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensión	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Cancer	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	Relación: _____



Perinatal Diagnostic Center

Daryoush Jadali, M.D., F.A.C.O.G.

2100 Lynn Rd, Suite 125 29 N Brent St 23101 Sherman Pl, Suite 304
Thousand Oaks, Ca 91360 Ventura, Ca 93003 West Hills, Ca 91307

Tel: (805)643-9781 Fax: (805)494-6825

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA

Perinatal Diagnostic Center, Inc. actualmente está tratando al paciente que se identifica a continuación, y solicitamos que la información médica para ese paciente se divulgue a Perinatal Diagnostic Center, Inc. y se nos envíe a la dirección antes mencionada.

Nombre completo del paciente _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Información solicitada: resultados de detección perinatal

Por la presente autorizo la publicación de los registros anteriores a
Perinatal Diagnostic Center, Inc.

Medical Information being requested from:

Facility: California Department of Public Health

Information Requested: Perinatal Screening Results

Physician

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____

Records being requested: _____

Perinatal Diagnostic Center, Inc.

Daryoush Jadali, M.D., F.A.C.O.G.

POLÍTICA DE OFICINA SOBRE PAGO DE SERVICIOS

El Dr. Jadali es Perinataólogo especializada en el campo de la medicina materno-fetal y el cuidado de embarazos de alto riesgo. Su médico obstetra ha solicitado una consulta y una ecografía con el Dr. Jadali.

Los servicios para un embarazo normal en su consultorio OB incluyen lo siguiente: todos los servicios de su médico OB se facturan al seguro como facturación global. Una tarifa por 12-13 visitas prenatales, 1 ultrasonido, prueba sin estrés, entrega y 1-2 visitas posparto, con un copago pagadero por facturación global.

Los servicios recibidos durante su visita con la Dra. Jadali están fuera de la atención normal durante el embarazo. Todos los servicios: visitas a la oficina, ultrasonidos y servicios de amniocentesis son facturados; cuota por el servicio a su compañía de seguros.

El copago es pagadero en cada visita ya que el Dr. Jadali es un especialista.

Todos los servicios serán facturados a su compañía de seguros. Las aseguradoras solo pagarán por los servicios que son un beneficio cubierto de su póliza de seguro, que se consideran razonables y médicamente necesarios. **El paciente o asegurado es responsable del pago de todos los Deducibles, Coaseguros, Copagos y cualquier otro saldo no pagado a su compañía de seguros.**

En caso de que su compañía de seguros niegue un servicio para el pago; al determinar que un servicio en particular es experimental, de investigación, no es una necesidad médica o no es un beneficio cubierto de su póliza, se entiende que usted es responsable del pago total de dichos servicios. Se enviará una declaración mensual para todos los saldos responsables de los pacientes y se adeudará en su totalidad a la recepción.

La asesoría genética es brindada por el Genetics Center genético. El asesoramiento genético y el trabajo de laboratorio relacionado (Amniocentesis, Análisis de ADN, etc.) es un cargo aparte de los servicios de ultrasonido. Genetic Center facturará a su seguro por la visita de consejería. Recibirá un cargo y una factura por separado del Genetics Center.

El Programa PSP (Programa de evaluación prenatal de California) pagará por una (1) consulta de consultorio y un (1) solo ultrasonido. Todas las visitas de seguimiento y ecografías se facturan a su seguro médico. 3-D / 4-D Ultrasonidos no es un beneficio de la mayoría de las pólizas de la compañía de seguros y solo está cubierto en caso de una anomalía fetal. El código de procedimiento para el ultrasonido 3D es 76376; Puede llamar a su seguro para verificar si cubren este tipo de servicio.

Reconozco que al solicitar un ultrasonido 3D para fines de entretenimiento durante el curso de mi cuidado, soy responsable del pago total del ultrasonido 3D.

Entiendo que soy responsable del pago de todos los servicios incurridos. Como cortesía, mi seguro será facturado por mí. Autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente al proveedor, Perinatal Diagnostic Center, Inc.; Daryoush Jadali, M.D.

Firma _____

Fecha _____

Perinatal Diagnostic Center, Inc.
Daryoush Jadali, M.D., F.A.C.O.G.

Política de pago

Gracias por elegirnos como su Perinatólogo. Nos comprometemos a brindarle atención médica de calidad y asequible. Debido a que algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas con respecto a la responsabilidad del paciente y del seguro por los servicios prestados, se nos ha recomendado desarrollar esta política de pago. Léalo, haga cualquier pregunta que pueda tener y firme en el espacio provisto. Se le proporcionará una copia a solicitud.

1. El seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluido Medicaid. Si no está asegurado por un plan con el que hacemos negocios, se espera un pago completo en cada visita. Si está asegurado por un plan con el que hacemos negocios pero no tenemos una tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago completo de cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer su beneficio de seguro es su responsabilidad. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura.

2. Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles se deben pagar al momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguros. La falta por nuestra parte de cobrar los copagos y deducibles de los pacientes puede considerarse fraude. Ayúdenos a respetar la ley mediante el pago de su copago en cada visita.

3. Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos y quizás todos los servicios que recibe pueden no estar cubiertos o ser considerados razonables o necesarios por su seguro. Debe pagar por estos servicios en su totalidad al momento de la visita.

4. Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y el seguro válido actual para proporcionar un comprobante de seguro. Si no nos proporciona la información de seguro correcta de manera oportuna, es posible que sea responsable del saldo de un reclamo.

5. Envío de reclamaciones. Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que el saldo de su reclamo es su responsabilidad ya sea que su compañía de seguros pague su reclamo o no. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros; No somos parte de ese contrato.

6. Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos. Si tiene un seguro secundario que no se proporciona y causa un problema con la coordinación de los beneficios que hace que se rechace su reclamo, usted será responsable. Si su compañía de seguros no paga su reclamo dentro de los 45 días, el saldo se le facturará automáticamente.

7. Falta de pago. Si su cuenta tiene más de 90 días de vencimiento, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta en su totalidad. No se aceptarán pagos parciales a menos que se negocie lo contrario. Tenga en cuenta que si un saldo no se paga, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza.

8. Citas perdidas. Nuestra política es cobrar \$ 25.00 por citas perdidas que no se cancelan dentro de las 24 horas. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente a usted. Por favor, ayúdenos a brindarle un mejor servicio al cumplir con su cita regular programada.

Nuestra práctica está comprometida a brindar la mejor atención a nuestros pacientes. Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y habituales para nuestra área.

Gracias por entender nuestra política de pago. Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con sus pautas:

Firma _____ Fecha _____

Perinatal Diagnostic Center, Inc.
Daryoush Jadali, M.D., F.A.C.O.G.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPPA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revísalo cuidadosamente. Este aviso de prácticas de privacidad sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PIH) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su estado físico o mental pasado o presente o futuro y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de información médica protegida: su médico, el personal de nuestra oficina y otras personas externas a nuestra oficina que estén involucradas en su cuidado y tratamiento puedan utilizar y divulgar su información médica protegida con el fin de brindarle servicios de atención médica, a usted. Pagar su factura de atención médica, para respaldar el funcionamiento de la práctica médica y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado; esto incluye la coordinación o la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde atención. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurarse de que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: se usará su información de salud protegida, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación para la hospitalización

Operación de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, la información de salud protegida de la gira para apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, cualidades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de facultades de medicina que visitan pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para contactarlo o recordarle su cita. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas saturaciones incluyen: como lo exige la ley, asuntos de salud pública según lo exige la ley, enfermedades contagiosas: supervisión de la salud: abuso o negligencia: requisitos de la Administración de Alimentos y Drogas: procedimientos legales: aplicación de la ley: forenses, directores de funerarias y órganos Donación: investigación: Actividad criminal: Actividad militar y seguridad nacional: Compensación laboral: reclusos: usos y divulgaciones requeridos: Según la ley, debemos divulgarle información y cuando el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos lo requiera para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500. Otros usos y divulgaciones permitidas y requeridas se realizarán únicamente con su consentimiento, autorización de oportunidad para oponerse a menos que lo exija la ley. Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica de los médicos haya tomado una medida basándose en el uso o la divulgación indicados en la autorización.

Sus derechos: a continuación se incluye una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Conforme a la ley federal, sin embargo, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida. Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede solicitar que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que ninguna parte de su información médica protegida se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación según se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que puede solicitar. Si el médico cree que le conviene permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no estará restringida. Luego tiene derecho a utilizar a otro profesional de la salud. Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso, previa solicitud, incluso si ha aceptado este aviso alternativamente, es decir, electrónicamente. Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si corresponde, de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo cualquier cambio. Luego tiene el derecho de objetar o retirar según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: usted puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su reclamo. No nos identificaremos en su contra por presentar una queja. Este aviso se publicó y entra en vigencia el 14 de abril de 2003 o antes.