

Palm Beach Obstetrics & Gynecology

Por favor provea esta información con letra clara y legible

Fecha: _____

Nombre: _____

Apellido

Nombre

Mi

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Otra

Dirección permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Tel: () _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Social Security No. _____ - _____ - _____
Mes Dia año

Pertenencia étnica Hispana No Hispana

Raza: Blanca Negra Asiática India Americana/Alaska Islas Pacificas Otra

E-mail: _____ Celular: () _____

Farmacia: _____ Ciudad: _____ Tel: () _____

Como supo de nosotros? _____

Médico primario: _____

Método preferido de comunicación: E-mail Teléfono Text Correo

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Tel: () _____

INFORMATION DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador: _____ Tel: () _____

INFORMATION DEL SEGURO

Seguro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Tel: () _____

ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Cumpleaño del asegurado: _____ / _____ / _____ Social Security No. _____ - _____ - _____
Mo Day Yr

Su seguro requiere referido para ver a un especialista ? Yes No

Palm Beach Obstetrics & Gynecology

Requerimientos Financieros

La siguiente información es provista para hacer nuestras reglas financieras claras y evitar cualquier confusión en relación a los pagos por los servicios profesionales brindados por nuestra oficina.

Seguro Médico:

Nuestra práctica participa con gran variedad de seguros y planes médicos. Es su responsabilidad como paciente de lo siguiente:

- Traer su tarjeta de seguro a cada visita.
- Venga preparada para pagar cualquier copago o deducible que pueda aplicar a su plan médico.
- Debera pagar la cantidad total al momento de su visita por todo servicio recibido y que su seguro médico no cubre. Usted sera responsable por cualquier cantidad que su seguro no pague.

Pacientes sin seguro médico:

- El pago por las visitas médicas debera hacerse al momento de recibir el Servicio
- Planes de pagos estan disponibles para las pacientes embarazadas y para cirugías. Por favor pida hablar con nuestra administradora para conocer los detalles.

Costos de laboratorio

Costos relacionados a laboratorios de sangre o patologia(incluyendo muestras de PAP) son separadas de nuestra practica y seran cobradas directamente a usted.

Referidos:

Es la responsabilidad de la paciente de traer cualquier referido necesario para su visita al momento de chequear al frente. Si su referido no esta disponible, puede que su visita sea pospuesta para otro día.

Laboratorios:

Recuerdese de que usted recibira un cargo adicional por todas las muestras de sangre, la prueba cytológica, cultivos o patologia de tejidos que deben ser enviadas al laboratorio. Usted recibira una factura directamante del laboratorio al cual su muestra fue enviada.

La cobertura de los seguros médicos es complicada y cada poliza es diferente. Si usted tiene alguna pregunta acerca de su seguro y lo que este le cubre, nos sentiremos felices de ayudarla. Algunas veces hay detalles particulares de su póliza que tendra que ser establecido directamente con el Departamento de Servicio al Cliente de la Compañía con la que usted se encuentra asegurada. Antes de recibir los servicios, trate de informarse correctamente. El numero de teléfono de Servicio al cliente se encuentra en su tarjeta personal de seguro.

Asignación de Beneficios

Yo autorizo el pago de los beneficios médicos a Palm Beach Obstetrics & Gynecology LLC, por los servicios recibidos. Entiendo que soy responsable por cargos que no esten cubiertos por mi seguro médico y por el pago de cualquier deducible o copago .

Firma

Fecha

Palm Beach Obstetrics & Gynecology

Divulgación de información

TRANSMISION DE INFORMACION MEDICA

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos al seguro médico. You permito que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

Esta persona puede tener derecho a mi información médica:

Relación con la paciente: _____

O

No dejen mensajes o divulge información médica a nadie. Hablen directamente conmigo antes de divulgar información personal médica.

Firmando esta autorización yo entiendo que la información médica transmitida puede contener resultados relacionados al SIDA (HIV/AIDS) u otras enfermedades transmitidas sexualmente.

Firma

Fecha

PERMISO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO

Yo autorizo, acepto y doy permiso para que se haga cualquier procedimiento médico en esta oficina que el médico o sus empleadas considere necesario.

Firma

Fecha

Si la paciente tiene menos de 18 años:

Firma de la madre, padre o guardian

Relación: _____

Para su información: algunos procedimientos necesitan ser enviados al laboratorio para ser analizados. Entre estos se incluyen muestras de PAP, biopsias y exámenes de sangre. Nuestra oficina no cobra por estos servicios. El laboratorio le cobrará directamente.

Palm Beach Obstetrics & Gynecology
Historia personal-Ginecología

Nombre: _____

Fecha: _____

Día de nacimiento: _____

Esta parte de su historia médica es confidencial. No se la daremos a ninguna persona o entidad sin su permiso por escrito.

1. Historia médica

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presion alta | <input type="checkbox"/> Lesiones vaginales | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fibromas de la matriz | <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Muestras PAP anormales | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroide |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago |
| <input type="checkbox"/> Coagulos an la pierna | <input type="checkbox"/> Herpes o ampollas genitales | <input type="checkbox"/> Ulceras del estómago |
| <input type="checkbox"/> Coagulos en el pulmón | <input type="checkbox"/> Herpes o ampollas orales | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Cancer de la piel | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga | <input type="checkbox"/> Pneumonía |
| <input type="checkbox"/> Hongos de la piel | <input type="checkbox"/> Problema de los riñones | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Fracturas de los huesos | <input type="checkbox"/> Sicklemia |
| <input type="checkbox"/> Cancer del seno | <input type="checkbox"/> Otro cancer (tipo) _____ | |

Otros _____

2. Cirugias:

Ninguna

- | | | | | | |
|--|------------------|-----------------------------------|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Histerectomia | _____ Año | <input type="checkbox"/> Cesarea | _____ Año | <input type="checkbox"/> Ligación de trompas | _____ Año |
| <input type="checkbox"/> Appéndice | _____ | <input type="checkbox"/> Vesícula | _____ | <input type="checkbox"/> Raspado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amígdalas | _____ | <input type="checkbox"/> Rodilla | _____ | <input type="checkbox"/> Biopsia del seno | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugia cosmética | _____ Tipo _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otras | _____ | | | | |

3. Medicinas:

Ninguna

- | | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivas | _____ Nombre/Dosis | <input type="checkbox"/> Corazón | _____ Nombre/Dosis |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | _____ | <input type="checkbox"/> Hormonas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiroide | _____ | <input type="checkbox"/> Vitaminas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | _____ | <input type="checkbox"/> Insulina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras | _____ | | |

4. Alergias:

Ninguna

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Cinta pegante/Esparadrapo | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Comidas |
| <input type="checkbox"/> Otras: | _____ | |

5. Historia de la familia: Desconocida

Solo padres, abuelos y hermanos(as)

Escriba cual familiar junto al diagnóstico

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer del cuello de la matriz | <input type="checkbox"/> Cancer de la matriz | <input type="checkbox"/> Cancer del ovario |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Coágulos en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sicklemia | <input type="checkbox"/> Problemas mentales |
| <input type="checkbox"/> Cancer del seno | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Problemas genéticos |
| <input type="checkbox"/> Otro cancer (tipo) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

6. Historia de su menstruación:

En el cambio de vida/Menopausia No Si A que edad: _____

Si ya está en el cambio de vida, continúe en la sección 8

Edad de su primera regla: _____ Cada cuantos días le vuelve la regla: _____

Cuantos días le dura la regla: _____

Cantidad: Ligera Moderada Abundante Ninguna

Fecha de su última regla: _____

7. Contracepción: Ninguna

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ligación de trompas | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Ritmo |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Espuma | <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo, Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Supositorios | <input type="checkbox"/> Esponja |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones Depo-Provera | <input type="checkbox"/> Parche | <input type="checkbox"/> Ejaculación externa |
| <input type="checkbox"/> Anillo vaginal | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas - Nombre _____ | | |

8. Historia de sus embarazos: Ninguno

	Número	Año(s)
<input type="checkbox"/> Pérdidas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Abortos	_____	_____

Año	Sexo	Parto		Complicaciones
		Vaginal	Cesarea	

9. Abitos: Ninguno

SI	NO	Pasado	Presente	Cantidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual: _____

- Ejercicio frecuente
- Seguridad en su casa/Violencia doméstica

- Vacuna de HPV (Gardasil™ o Cervarix™)
- Vacuna de Hepatitis

- Usted a completado un Advance Directive for Health Care (ADHC), Living Will, o POLST (Physician Orders for Life Sustaining Therapy)?

Razón de su visita hoy _____