Aventura OBGYN Associates | Hallandale OBGYN | Elite OBGYN

Diplomates of the American Board of Obstetrics and Gynecology
*B. Mitchell Grabois, M.D., F.A.C.O.G. * Mark A. Firestone, M.D., F.A.C.O.G. * Liza I. Lizarraga O., M.D., F.A.C.O.G., MPH * Sweta Mehta D.O., F.A.C.O.O.G. * Melissa Kushlak, D.O., F.A.C.O.O.G. * Vivian Chona, APRN-C * Yessy Felipe, APRN-C*

Patient Information Form

Date: _____

First name:_____Middle:_____Last:_____

Date of Birth:_____SSN:_____

Address:_____Unit/Apt_____

City:_____State:_____Zip:_____

Phone:
Home:(_____)_____Cell:(_____)_____

Email:_____

Employer:(_____)_____Work Phone:(_____)_____

Marital Status:_____Religion:_____Ethnicity:_____

Language: _____Assigned Sex at Birth:_____

Sexual Orientation:_____Gender Identity: _____

Emergency Contact:_____Phone:_____Relation:_____

Allergies:_____

Primary care Doctor:_____Phone:(_____)_____

Referred by:_____

Do you Have a living Will? Yes or No _____

Insurance: 1)_____2)_____

Guarantee of Payment

I fully understand that I am directly responsible for the payment to the physician's office for all medical and surgical services rendered to me. I also understand that bills are payable and become due at the time services are rendered, unless other arrangements have been made. I agree to pay all collection costs, including reasonable attorney's fees and costs, in the event it becomes necessary to file a suit to effect payment.

I hereby authorize the providers in this office to release any information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance company for the purpose of processing my insurance claims.

If this office files any claims on my behalf, I hereby authorize direct payment of any benefits to the providers in this office for medical or surgical treatment received by me. I understand that I am financially responsible for any co-payments, co-insurance, deductibles and/or any charges not covered by my insurance**. If I do not provide the office with 24 hours cancellation notice, I will be responsible for a $25.00 fee**.

I understand that benefits quoted by my insurance company are an estimate and not a guarantee of payment. The ultimate decision for payment will be reached when my insurance processes the claim.

X _____

Patient Signature- If you are a minor, a parent or guardian must sign.

Aventura OBGYN Associates | Hallandale OBGYN | Elite OBGYN

Diplomates of the American Board of Obstetrics and Gynecology
*B. Mitchell Grabois, M.D., F.A.C.O.G. * Mark A. Firestone, M.D., F.A.C.O.G. * Liza I. Lizarraga O., M.D., F.A.C.O.G., MPH * Sweta Mehta D.O., F.A.C.O.O.G. * Melissa Kushlak, D.O., F.A.C.O.O.G. * Vivian Chona, APRN-C * Yessy Felipe, APRN-C*

Acknowledgement of Privacy Practices

I acknowledge and have read the Notice of Privacy Practices of the Medical Practice(s) named at the top of this page.

Print Name of Patient: _____

Signature of Patient: _____ Date: _____

Patient's Date of Birth: _____

**If patient has a personal representative:

Print Name of Personal Representative: _____

Describe Personal Representative Relationship (Parent, guardian, etc):
_____

Signature of Personal Representative: _____Date: _____

Below space is for Office use only:

_____
_____
_____
_____
_____

_____ _____

Signature of Office Employee Date

Aventura OBGYN Associates | Hallandale OBGYN | Elite OBGYN

Diplomates of the American Board of Obstetrics and Gynecology
*B. Mitchell Grabois, M.D., F.A.C.O.G. * Mark A. Firestone, M.D., F.A.C.O.G. * Liza I. Lizarraga O., M.D., F.A.C.O.G., MPH * Sweta Mehta D.O., F.A.C.O.O.G. * Melissa Kushlak, D.O., F.A.C.O.O.G. * Vivian Chona, APRN-C * Yessy Felipe, APRN-C*

Wellness Exam Notice

Welcome to the office of Aventura OBGYN & Associates, Hallandale OBGYN and Elite OBGYN. This letter is to inform you that most health plans only cover one (1) Annual Wellness Exam per year (one visit as a Well Woman in a 365-day period).

For most insurance plans, a Wellness exam consists of the following evaluation:

1. A General Gynecological Exam
2. A PAP Smear
3. Renewal of Contraceptives or Hormone Replacement

NOTE: You will need a referral for any new starts of Birth Control or Hormone Replacement Therapy

** The Wellness exam only covers the cost of being evaluated by the physician if you have NO PROBLEMS, COMPLAINTS, SYMPTOMS, MISSING PERIODS, ETC. If the doctor should evaluate a problem regarding ANYTHING other than what is included in a Well Patient Exam, such as Menopause, Infection, Hormone Problems, Infertility, etc., the patient will be responsible to pay the amount required by their insurance plan before being seen. Some insurances may also require patient to obtain a referral from their primary care physician before the doctor can further evaluate anything other than what is included in a Wellness exam.

Thank you for your cooperation with this matter,

The physicians and staff of Aventura OBGYN Associates, Hallandale OBGYN and Elite OBGYN

Please sign acknowledging you read and understand this form:

Print Patients Name: _____

Patients Signature: _____

Today's Date: _____

Witness (for office staff only):

_____

Cuestionario de Salud Pélvica

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Vejiga (Seleccione uno):

1. ¿Con que frecuencia se le escapa la orina (Seleccione una opción)?
   - 0 □ Nada
   - 1 □ Una vez a la semana o menos
   - 2 □ Dos o tres veces por semana
   - 3 □ Una vez al día
   - 4 □ Varias veces al día
   - 5 □ Todo el tiempo
2. Nos gustaría saber cuanta orina cree que se le escapa. ¿Cuánta orina pierde usted habitualmente (bien sea que use protección o no)? Seleccione una opción:
   - 0 □ Nada
   - 2 □ Una pequeña cantidad
   - 4 □ Una cantidad moderada
   - 6 □ Mucha cantidad
3. ¿En qué medida afectan su vida diaria estos escapes de orina que tiene? Por favor, haga un círculo en un número entre 0 (nada en absoluto) y 10 (mucho)

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

   Nada Mucho

ICIQ puntaje: sume 1 + 2 + 3 = _____

4. ¿En qué situaciones se le escapa la orina? (Favor señale todas las que aplican a usted)
   - □ Nunca (La orina no se escapa)
   - □ Antes de llegar al baño
   - □ Al toser o estornudar
   - □ Mientras duerme
   - □ Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
   - □ Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
   - □ Sin motive evidente
   - □ De forma continua (todo el tiempo)

¿Utiliza usted pañales, protectores diarios o toallas sanitarias, debido a los escapes de orina? □ Si □ No

¿Sufre de incomodidad por el número de veces que va al baño o orinar? □ Si □ No

¿Tiene usted que despertar en la noche para ir a orinar? □ Si □ No

Si su respuesta fue Si, ¿Cuántas veces? _____

¿Siente que tiene que apurarse en llegar el baño para evitar una perdida de orina accidental? □ Si □ No

Intestinos:

1. ¿Se le escapa el excremento de forma accidental? □ Si □ No
2. ¿Tiene que hacer mucho esfuerzo para tener evacuaciones intestinales? □ Si □ No
3. ¿Se le escapan los gases cuando usted no lo desea? □ Si □ No

Ginecológico:

1. ¿Experimenta usted dolor pélvico? □ Si □ No
2. ¿Ha experimentado o experimenta dolor mientras tiene relaciones sexuales? □ Si □ No
3. ¿Tiene usted la sensación de tener "una pelota" dentro de su vagina? □ Si □ No
4. ¿Tuvo usted una histerectomía? □ Si □ No
5. ¿Experimenta resequedad vaginal? □ Si □ No
6. Número de partos naturales (por vía vaginal) _____
7. Número de cesáreas _____

MYRIAD myRisk® Hereditary Cancer

Cuestionario sobre Antecedentes Familiares de Cáncer

Información personal			
Nombre del paciente	**Fecha de nacimiento**	**Proveedor de atención médica**	**Fecha de hoy**

Instrucciones: Conocer sus antecedentes personales y familiares de cáncer es importante para poder brindarle la mejor atención posible. Complete el siguiente cuadro según sus antecedentes personales y familiares de cáncer. Deje el casillero en blanco cuando no sepa la respuesta.
Debe considerar a los siguientes familiares: Padres, hermanos, medio hermanos, hijos, abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinas y sobrinos tanto por parte materna como paterna.

Tiene antecedentes personales de:	¿Sí (S) o No (N)?	¿Qué tipo de cáncer?	¿Edad al momento del diagnóstico?
Cáncer de mama, de ovario o **de páncreas** diagnosticado a cualquier edad	☐ S ☐ N		
Cáncer colorrectal o **de útero** diagnosticado a los 64 años de edad o antes	☐ S ☐ N		

Tiene antecedentes familiares de:	¿Sí (S) o No (N)?	¿Qué familiar?	¿Por parte materna (M) o paterna (P) de la familia?	¿Edad al momento del diagnóstico?
Cáncer de mama a los 49 años de edad o antes	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Dos **casos de cáncer de mama** (bilateral) en un familiar a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Tres **casos de cáncer de mama** en familiares del mismo lado de la familia a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Cáncer de ovario a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Cáncer de páncreas a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Cáncer de mama en hombres a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Cáncer de próstata metastásico a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Cáncer de colon a los 49 años de edad o antes	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Cáncer de útero a los 49 años de edad o antes	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
Ascendencia judía asquenazí con **cáncer de mama** a cualquier edad	☐ S ☐ N		☐ M ☐ P	
¿Tiene antecedentes familiares de algún **otro tipo de cáncer**?	☐ S ☐ N	**Indíquelos aquí:**		
¿Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba genética para el cáncer hereditario?	☐ S ☐ N	**¿Quién?**	**¿Qué gen(es)?**	**¿Cuál fue el resultado?**

Revisión de la Evaluación del Riesgo de Cáncer (para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha _____

Office Use Only (Para uso interno solamente) Patient offered hereditary cancer genetic testing? ☐ Yes ☐ No ☐ Accepted ☐ Declined

If yes, which test? ☐ BRAC*Analysis*® with Myriad myRisk® ☐ Multisite 3 BRAC*Analysis*® REFLEX to BRAC*Analysis*® with Myriad myRisk®
☐ COLARIS®PLUS with Myriad myRisk® ☐ COLARIS AP®PLUS with Myriad myRisk® ☐ Single Site Testing ☐ Myriad myRisk® Update
☐ Other: _____

Follow-up appointment scheduled? ☐ Yes ☐ No Date of next appointment: _____