

Registración Médica

Favor de completar toda la información. Si no recuerda detalles específicos, escriba el estimado que recuerde. Sus respuestas serán de ayuda para que la proveedora pueda entender de mejor manera su situación médica.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ Mes ____ Año _____.

Estado Civil: Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____
Codigo postal : _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (trabajo): _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

Ocupacion: _____

Nombre de su pareja : _____ Teléfono: _____

Ocupacion de su pareja: _____

Contacto de emergencia (Nombre) : _____ Teléfono : _____

Medico Primario: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Farmacia: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Razón de su visita:

¿Cuál es la razón de su visita?:

Examen anual _____ Cuidado prenatal _____ Problema de ginecología _____

Cuales son sus sintomas?: _____

Yo autorizo que CPM OBGYN envíe mensajes de texto para confirmar mis siguientes citas.

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ (am/pm)

Historial Médico Ninguno

Seleccione las que apliquen a usted:

Enfermedades	Si	Enfermedades	Si
Anemia		Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Ansiedad		Presión alta	
Artritis		Colesterol alto	
Asma		Hypotiroidismo	
Coágulo sanguíneo		Hypertiroidismo	
Transfusiones sanguíneas		Quiste Interstital	
Cáncer de mama		(IBS) Síndrome del intestino irritable	
Cáncer (Tipo):		Ictericia	
Enfermedad pulmonar		Migrañas	
Depresión		Epilepsia	
Diabetes tipo 1		Osteopenia	
Diabetes tipo 2		Osteoporosis	
Endometriosis		Cáncer de ovarios	
Fibromas		Convulsiones	
Fractura		Enfermedades de transmisión sexual	
Reflujo gastroesofágico		Ataque cardiaco	
Cardiopatía		Tuberculosis - TB	

Otro: _____

Alergias Ninguna

Favor de incluir alimentos o medicamentos que causen alguna reacción.

Alergia	Reacción

Historial Ginecológico

Seleccione las que apliquen a usted :

Papanicolaou: Si No Resultados: Normal Abnormal

Fecha: _____

LEEP: Si No

Fecha: _____

Colposcopia: Si No

Fecha: _____

Historial de Papiloma Humano (HPV): Si No

Fecha: _____

Recibido Vacuna (HPV): Si No

Inj 1 Inj 2 Inj 3

Mamografía: Si No Resultados: _____ Fecha: _____

Fecha del último periodo (1er día): _____ **Edad de su primer periodo:** _____

Duración de su periodo: _____

Frecuencia de su periodo: _____

Método anticonceptivo actual: _____ **Describe periodo:** Ligero Normal

Pesado

Está actualmente en terapia de sustitución hormonal: Si No

Está pasando actualmente pasando por la menopausia : Si No

Historial Quirúrgico: Ninguno

Año	Cirugía	Complicaciones

Medicamentos Actuales: Ninguno

Medicamento	Dosis (mg)	Frecuencia	Médico que prescribió

Historial Prenatal

# total de embarazos		Abortos Inducidos	
Término Completo		Aborto espontaneo	
Prematuro		Ectópicos	

No.	Fecha de nacimiento	# Semanas cuando se alivio	Sexo	Peso al nacer	Tipo de parto	Complicaciones	Lugar del parto
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Historial Genético: Ninguno

Incluye historial del paciente, padre del bebe o familiares.

Indique Si o No	Si	No		Si	No
Tay-sachs			Anemia Falciforme		
Defecto del tubo neural			Maternal Metabolic Disorder		
Otro tipo de trastorno genético			Autismo		
Thalassemia			Problemas con drogas/alcohol		
Hemofilia			Distrofia Muscular		
Fibrosis quística			Enfermedad de Huntington		
Síndrome de Down			Cardiopatía congénita		
Padre del bebe tiene algún trastorno			Pérdidas de embarazo recurrentes		

que no se encuentra en esta lista				
-----------------------------------	--	--	--	--

Historial Médico Familiar

No historial **Adoptado**

Favor de indicar cualquier problema médico importante de sus miembros familiares.

	Ninguno	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Abuela (Materna)	Abuela (Paterna)	Abuelo (Materno)	Abuelo (Paterno)	Tía	Tío
Coágulo sanguíneo											
Cáncer de mama											
Cáncer Cervical											
Cáncer de Colon											
Diabetes											
Cáncer de ovario											
Hipertensión											
Ataque cardiaco											
Cáncer Uterino											
Otro tipo de cáncer no mencionado											
Otras condiciones no mencionadas											

Farmacia

Nombre de su farmacia de preferencia? _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Historial Social

¿Está actualmente activa sexualmente? Si No Si la respuesta es Sí, A qué edad comenzó? ____

Su pareja (s) actual es: Hombre Mujer Hombre y Mujer

¿Ha tenido más de 5 parejas? Si No

¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual? (STDs): Si No

Si las ha tenido, ¿Cuáles? _____

¿Está interesada en realizarse exámenes de enfermedades de transmisión sexual? Si No

¿Toma bebidas alcohólicas? Si No Si las toma es, Casualmente Diariamente

¿Cuántas veces por semana? ____

¿Usa drogas recreacionales? Si No Si las usa, Cuales? _____

Usa productos de tabaco o fuma? Si No

Si fuma, Todos los días Algunos días En el pasado Nunca

Si fuma, ¿cuántos cigarrillos al día? _____

Estilo de vida

Seleccione si aplica a usted y favor de dar detalles.

¿Ha sido alguna vez víctima de abuso o violencia doméstica? Si No

¿Se siente segura en casa? Si No

¿Se realiza autoexamen en sus senos? Si No

¿Consume diariamente productos lácteos? Si No

¿Consume pastillas de calcio? Si No

¿Hace ejercicio? Si No Si hace ejercicio, cuantas veces por semana? _____

AUTHORIZATION TO RECEIVE BLOOD TRANSFUSION / PRODUCTS

Although pregnancy and childbirth are very natural events, at times they can be complicated by problems which require the use of blood or blood products to be used. Refusal to accept a blood transfusion under these circumstances can endanger the life of the mother or baby and can lead to death, disability or prolonged recuperation. These problems are rare and occur in less than one hundred (1:100) pregnancies. There are infrequent, not serious risks from blood transfusions which may include infections such as Hepatitis, HIV or Transfusion reactions.

I authorize the transfusion of blood products to me, when deemed necessary by my physician, anesthesiologist, or their associates and assistants. I will give the physician at CPM OB-GYN a 30 day notice in writing if I wish to revoke this authorization.

Signature

Date

Witness

Date

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

A pesar de que el embarazo y el parto son eventos naturales, en algunas ocasiones pueden presentarse complicaciones que requieren el uso de sangre o derivados sanguíneos. Estas complicaciones pueden poner en peligro la vida de la madre o del bebé, o bien provocar enfermedades, causar una recuperación prolongada e incluso la muerte. Dichas complicaciones son raras y ocurren en menos de uno en cien (1:100) embarazos. Existen riesgos serios que no se presentan de manera frecuente, como lo son Hepatitis C, VIH o reacciones negativas a la transfusión.

Yo autorizo la transfusión de sangre y/o derivados sanguíneos en caso de que el personal médico lo considere necesario. Así mismo daré notificación, con 30 días de anticipación al personal médico de Clínica CPM OB-GYN en caso de revocar esta autorización.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y OTROS RECONOCIMIENTOS

Yo, el paciente (o representante autorizado), doy mi consentimiento y autorizo la realización de cualquier tratamiento, examen, medicamento, anestesia, servicio médico y procedimiento quirúrgico o de diagnóstico (entre otros, el uso de estudios radiográficos y de laboratorio). Según lo ordenado o aprobado por mi proveedor, reconozco y doy mi consentimiento a lo siguiente: Si bien se realiza de manera rutinaria. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi proveedor que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos de consentimiento adicionales relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo a todos los profesionales de atención médica a divulgar toda la información necesaria a cualquier compañía de seguros, plan de salud u otra entidad (tercero pagador) que pueda ser responsable de pagar mi atención. Autorizó y ordenó a todos los pagadores que paguen todos los beneficios adeudados por dicha atención directamente a North Atlanta OB-GYN, CPM OB-GYN y a todos los profesionales (incluidos los contratistas independientes) que brindan dicha atención y por la presente les asignó dichas sumas. Entiendo que esta autorización y cesión seguirán siendo válidas a menos que proporcione un aviso de revocación por escrito que no será efectiva como información divulgada y/o cargos incurridos antes de dicha revocación.

Al firmar este documento, certifico que he leído y comprendido su contenido y que la información proporcionada por mí es precisa y completa (incluida la información del seguro y la elegibilidad actual para los beneficios).

Firma: _____ Fecha de hoy: ___/___/____.

Suscríbese para recibir mensajes de texto con resultados de laboratorio.

Número de teléfono: _____

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con usted y sus necesidades de atención médica. Por favor comprenda que el pago de sus facturas se considera parte de su atención. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera. Requerimos que todos nuestros pacientes lean y firmen antes del tratamiento o consulta. Todos los pacientes deben completar nuestra información y proporcionar información del seguro antes de ver al proveedor.

EL PAGO TOTAL SE DEBE (BAJO SOLICITUD) AL MOMENTO DEL SERVICIO.

Para su comodidad, aceptamos Efectivo, Tarjetas de Crédito o Débito.

(Por favor ponga sus iniciales después de cada número)

1. ___ Es responsabilidad del paciente confirmar que el proveedor está en su plan de seguro y que sus beneficios están activos. Nuestra oficina presentará reclamos a su compañía de seguros por los servicios profesionales prestados. No podemos facturarle a su compañía de seguros a menos que nos brinde la información de su seguro actual. Atención - Recuerde. **LA COBERTURA DEL SEGURO ES UN CONTRATO LEGAL ENTRE EL PACIENTE Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.**
2. ___ Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta en su totalidad al final de los 90 días, el saldo se transferirá a su responsabilidad por el pago total.
3. ___ Todos los copagos, coseguros y deducibles vencen en el momento del tratamiento.
4. ___ Si el paciente no puede asistir a la cita programada, es responsabilidad del paciente avisar a nuestra oficina con al menos 24 horas de antelación sobre la cancelación. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$80 por citas perdidas o canceladas. Los procedimientos en el consultorio que se cancelen con menos de 1 semana de anticipación estarán sujetos a una tarifa de servicio de pago por cuenta propia no reembolsable de \$300.
5. ___ Si lo entregan a un agente de cobranza, se le cobrará una tarifa de procesamiento/presentación de \$50.00, así como una tarifa del 40% del saldo agregado a su cuenta.
- 6.

HE LEÍDO Y ACEPTO LA POLÍTICA FINANCIERA DE LA OFICINA.

Firma del paciente, tutor legal o parte responsable

Fecha: ___/___/___



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y AVISO DE PRIVACIDAD

Yo, _____, entiendo que, como parte de la prestación de servicios de atención médica, CPM OB-GYN crea y mantiene registros médicos que describen mi información médica. Esto incluye, entre otros, mi historial médico, síntomas, diagnósticos, resultados de exámenes y pruebas, y cualquier plan para tratamientos futuros, información personal y datos del seguro. He leído y/o me han proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de cierta información de atención médica.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para usar y divulgar mi información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto cuando ya se hayan realizado divulgaciones basándose en mi consentimiento previo.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** ___/___/___

Testigo: _____ **Fecha:** ___/___/___

Por la presente autorizo y doy permiso a CPM OB-GYN para revelar y discutir cualquier información relacionada con mi(s) condición(es) médica(s) a/con las siguientes personas:

Nombre **Relación**

Nombre **Relación**

O no compartir mi información con nadie fuera de mi PCP, médico de referencia y compañía de seguros.

Deseo ser contactado de la siguiente manera:

___ Casa/Trabajo/Número de celular: _____ O: ___ Comunicación escrita: _____

___ Deje un mensaje sencillo con un número para devolver la llamada _____

___ Está bien enviar un fax a este número _____

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que CPM OB-GYN considere necesaria, incluida la transferencia de registros médicos para respaldar las derivaciones médicamente necesarias a otros proveedores de atención médica.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** ___/___/___

HEALTH INSURANCE VERIFICATION

Información del paciente:

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información del seguro médico:

Seguro médico:

- Aetna
- Ambetter of PeachState (**CORE**)
- Blue Cross Blue Shield
- Cigna
- Medicaid
- Amerigroup
- Caresource
- Peach State
- United Healthcare
- Oscar

Otro: _____

Member ID: _____ Group Number: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación del suscriptor con la paciente: _____

Verificación del seguro médico:

¿Está activa la cobertura del seguro? Yes No
Fecha que comenzó: _____ Fecha que termina: _____
Tipo de plan: HMO PPO Medicaid Medicare Otro: _____
Requisitos de referidos para visitas a especialistas: Requerido No es requerido

Date Verified: _____ Verified by: _____



1628 Market Place Blvd
Cumming, Georgia 30041
Ph: 770-888-3102 Fax: 470-297-8032

5720 Buford Hwy Suite 102
Norcross, Georgia 30071
Ph: 770-888-3102 Fax: 770-729-1676

MEDICAL RECORDS RELEASE REQUEST

Patient Information:

Patient Name: _____ Contact Number _____
DOB: ____/____/____ SS# _____
Home Address: _____
City, State and Zip: _____

I, _____ authorize the above listed person/s, firm, or entity (or its agents, representatives or employee: to release for inspection and copying and use, any and all of the Personal health Information (PHI) listed below that pertains to my treatment, hospitalization or care from date/s of: ____/____/____ to ____/____/____

To/From:

CPM OB-GYN
1628 Market Place
Cumming, Georgia, 30071
Fax: 470-297-8032

To/From:

Name: _____
Address: _____
City, State, Zip: _____
Fax: _____

5720 Buford Hwy Suite 102
Norcross, Georgia 30041
FAX: 770-729-1676

Note: All records will be reviewed by the provider prior to being released. This may take up to 72 hours. Please note, a fee of \$25 will be required if the records are released **to you.**

What Records Do You Need:

- Entire Record
- Radiology/X ray Reports
- Operative Reports
- Pathology Reports
- Laboratory Results.
- Labor & Delivery Records
- ER/Hospital Reports
- Other: _____

Reason For Records Request: Relocation___ Insurance Change___ Patient Discontent___
Second Opinion___ Employment Request___ Other_____

Patient Signature Of Release: _____ **Date** ____/____/____