

2025

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NUMERO DE ARCHIVO # _____

MEDICIO DE CABECERA/ OBGYN _____ N° DEL OB/ GYN PH # _____ FAX # _____

NOMBRE: _____ SEXO: F M CORREO ELECTRÓNICO: _____

N° DE SEGURIDAD SOCIAL # _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: C S V D

RELIGIÓN _____ EDAD _____ N° DE TEL CASA # _____ CELULA # _____ TRABAJO # _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ APT # _____ CÓDIGO POSTAL _____

LICENCIA DEL LA CONDUCTOR # _____ ESTADO DEL LICENCIA DE LA CONDUCTOR _____

EMPLEADOR / ESCUELA _____ TÍTULO _____ TELÉFONO # _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

NOMBRE DE CÓNYUGE/ ESPOSO: _____ AGE _____ DOB _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE _____ TÍTULO _____ TELÉFONO # _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

TRADUCTOR NECESARIO: SI NO LENGUA MATERNA _____ REFERIDO POR: _____

ALGUIEN PARA CONTACTAR LOCALMENTE EN CASO DE EMERGENCIA QUE CONVIVA CON USTED:

NOMBRE _____ TELÉFONO _____ RELACIÓN _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O SI EL SEGURO ES BAJO PADRES O TUTOR, POR FAVOR COMPLETE SIGUIENTE

NOMBRE DEL PADRE: _____ NOMBRE DE LA MADRE: _____

EMPLEADO POR: _____ EMPLEADO POR: _____

POSICIÓN: _____ POSICIÓN: _____

TELÉFONO: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACION DEL SEGURO PRINICIPAL

NOMBRE de SEGURO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ COD POSTAL _____

NUMERO DE TEL _____

NUMERO DE I.D. _____

NOMBRE O NUMERO DEL GRUPO# _____

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO _____

¿SE TRATA DE UN PLAN DE EMPLEADOR?: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO # _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SEGURADO: _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____

(Auto-Marido - Esposa - Hijo - Otro)

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE de SEGURO _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ COD POSTAL _____

NUMERO DE TEL _____

NUMERO DE I.D. _____

NOMBRE O NUMERO DEL GRUPO# _____

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO _____

¿SE TRATA DE UN PLAN DE EMPLEADOR?: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE ASEGURADO # _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL SEGURADO: _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO _____

(Auto-Marido - Esposa - Hijo - Otro)

AUTORIZACIÓN PARA DISCUTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

YO _____, AUTORIZO A LOS ASOCIADOS DE **S.E.PERINATAL** A REVELAR O DISCUTIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI CONDICIÓN MÉDICA (INCLUYENDO INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI PLAN DE TRATAMIENTO, INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS Y / O INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN) A LAS SIGUIENTES PERSONAS NOMBRADAS:

1. _____ Relación _____ Teléfono #: _____
2. _____ Relación _____ Teléfono #: _____
3. _____ Relación _____ Teléfono #: _____

➤ ***** POR FAVOR SEA ADVERTIDO QUE CUALQUIER PERSONA NO REFERIDA EN ESTA LISTA NO SERÁ DADO CUALQUIER INFORMACIÓN. USTED PUEDE CAMBIAR, RESTRINGIR O EXPANDIR ESTA LISTA EN CUALQUIER MOMENTO.**

➤ ***** NO ES NECESARIO LISAR NINGUN NOMBRE SI USTED NO DESEA**

INFORMACIÓN SOBRE LA FARMACIA

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ Ciudad: _____

Garantía de Pago

Entiendo plenamente que soy responsable del pago a los médicos en la oficina por todos los servicios médicos que me han prestado. También entiendo que todas las facturas son pagaderas y se vencen en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Estoy de acuerdo en pagar todos los costos de recolección incluyendo honorarios razonables de abogado y costo en el caso de que sea necesario presentar una demanda para efectuar el pago. Autorizo que los

Autorización para divulgar información

Por la presente autorizo a los médicos en esta oficina a divulgar cualquier información adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a mi compañía de seguros con el propósito de procesar cualquier reclamo de seguro.

Asignación de beneficios de seguro

Si las reclamaciones de seguro son presentadas por su oficina en mi nombre, por la presente autorizo el pago directo de cualquier beneficio a los médicos en esta oficina por tratamiento médico o quirúrgico recibido por mí. En esta circunstancia, entiendo que soy completamente responsable por cualquier cargo no cubierto por el seguro. Permito que se use una copia de la autorización en lugar del original.

Firma _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Directiva avanzada

¿Tiene una directiva anticipada / testamento vital? _____ en caso afirmativo, favor de proporcionarnos una copia para nuestros registros. Si no, por favor háganos saber si necesita información.

Yo autorizo el uso y / o divulgación de cualquier número de teléfono proporcionado por mí o en mi nombre que esté asignado a una línea residencial, servicios de telefonía celular, servicios de paginación, máquina de fax, computadora o cualquier otro servicio o dispositivo para Que la parte llamada se cobra por la llamada a efectos de facturación y cobro por los servicios médicos que me han prestado. Este consentimiento se aplica a cualquier llamada realizada utilizando un sistema automático de marcación telefónica de voz artificial o pregrabada.

ACUERDO DEL PACIENTE PARA CANCELACIONES Y AUSENTE

Gracias por elegir nuestra práctica para su atención médica. Agradecemos su confianza y nos comprometemos a brindarle una asistencia médica compasiva y de alta calidad.

Valoramos a nuestros pacientes y adaptamos sus planes de tratamiento de acuerdo con sus necesidades únicas; Al hacerlo, asignamos tiempo para cada cita en consecuencia. Somos conscientes de que circunstancias fuera de su control pueden no permitirle proporcionar la notificación de 24 horas. El hecho de que un paciente no notifique a la oficina para cancelar o cambiar su cita sin previo aviso de 24 horas se considera un ausente. Para ayudar a recordar a los pacientes de su cita, hemos implementado un sistema de recordatorio automatizado. Asegúrese de que siempre tengamos sus números de teléfono o direcciones de correo electrónico correctos y más actualizados durante el curso de su tratamiento para permitirnos brindarle un mejor servicio.

Las citas de "Ausente" se documentarán en el registro del paciente.

Los cargos para la cita "Ausente" son los siguientes:

- **Visita al consultorio \$50.00**
- **Procedimiento o visita al centro quirúrgico \$100.00**

Esta carta servirá como un aviso sobre la política y las tarifas de cancelación y ausencia de la oficina.

Yo reconozco que he leído y entiendo la política:

Imprimir nombre

Firma

Fecha

Información Importante Sobre el Examen de Sonograma

Que es un Sonograma o Ultrasonido?

El sonograma o ultrasonido usa el mismo principio que el sonar. Ondas de sonido del instrumento (mas allá de la percepción del oído humano) rebotan del útero, placenta y bebe creando unos ecos que una computadora convierte en imágenes detalladas. En esencia, un sonograma o ultrasonido es una serie de retratos del bebe y los órganos en la pelvis materna.

Son seguros los sonogramas?

Ha habido una evaluación exhaustiva sobre la seguridad de los ultrasonidos o sonogramas diagnósticos. No hay evidencia documentada que un sonograma causa daño a la madre o al bebe cuando se usa la intensidad y frecuencia comúnmente utilizadas. Los sonogramas hechos en nuestras facilidades son realizados con el nivel de potencia mas bajo que puede alcanzar una imagen significativa.

Probara un sonogram normal que mi bebe no tiene ninguna anormalidad?

El sonograma puede detectar muchas anormalidades, pero, no todas las anormalidades son detectables por el sonograma. El examen da información sobre el tamaño y forma del bebe y sus órganos pero no puede dar información completa sobre su funcionamiento o decirnos si un bebe es completamente “saludable”. Anormalidades en la funcion del cerebro tal como retraso mental no pueden ser detectadas por el sonograma. Además, hay condiciones que evolucionan o cambian con el tiempo apareciendo normal al momento del sonograma pero pudiendo ser aparentes mas adelante en el embarazo.

Debe entender que aun con un sonograma completo, pudiéramos no encontrar alguna anormalidad fetal existente o alguna de las que puede aparecer mas tarde en el embarazo o al nacer. Por lo tanto, aunque el sonograma es una herramienta diagnostica sumamente util, no debe ser considerada prueba absoluta de que el bebe es normal.

Puede un sonograma determinar si hay anormalidades cromosómicas?

Algunos hallazgos del sonograma pueden ser indicadores de anormalidades cromosómicas potenciales pero no son definitivos. Actualmente la única manera de evaluar los cromosomas del bebe con certeza es obteniendo una muestra de las células del bebe con una amniocentesis, biopsia de vellosidad coriónica o muestra sanguínea del bebe. Algunos embarazos tienen un riesgo aumentado para anormalidades cromosomicas fetales ya sea debido a la edad materna, por los resultados de la prueba de sangre de ceñimiento o por los hallazgos del sonograma. Es importante entender que el sonograma no puede decir con certeza si los cromosomas del bebe están normales o anormales. Un sonograma normal no garantiza que los cromosomas sean normales.

Si Usted tiene alguna pregunta sobre el sonograma por favor no dude en preguntar a la Sonografista, Perinatologo o su Medico Obstetra. Le pedimos firmar este documento antes de realizar el estudio por sonograma como confirmación de que ha leído y entendido la informacion provista en esta forma y que ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Fecha de Nacimiento



Southeast Perinatal Associates

Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries.

Jaime Rodriguez, M.D., F.A.C.O.G
Cesar Rosa, M.D., F.A.C.O.G
Adolfo Gonzalez Garcia, M.D., F.A.C.O.G
Jerry Gilles, M.D., F.A.C.O.G
Marcella Rodriguez, D.O.
Jamie Lenis, APRN

Acuso de Recibo Del Aviso de Practicas de Privacidad

Al firmar abajo, reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la compañía y sus subsidiaria y afiliadas. Se requiere que el Aviso de prácticas de privacidad que debe facilitarse a mi bajo la Ley de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad, en Tecnologías de la información de la Salud Ley de Salud Económica y Clínica para (el "Ley de Recuperación y Reinversión y cualquier normativa de desarrollo.

Fecha de vigencia del Aviso: 23 de Septiembre 2013

Paciente: _____
(Letra de imprenta)

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

O

Representante de Paciente: _____

Fecha: _____

Relacion con el paciente: _____



Southeast Perinatal Associates

Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries.

Jaime Rodriguez, M.D., F.A.C.O.G
Cesar Rosa, M.D., F.A.C.O.G
Adolfo Gonzalez Garcia, M.D., F.A.C.O.G
Jerry Gilles, M.D., F.A.C.O.G
Marcella Rodriguez, D.O.
Jamie Lenis, APRN

LA FILOSOFIA DE LA OFICINA

Como especialistas en Perinatología, nosotros entendemos que es muy importante dedicarle el tiempo necesario a cada paciente para poder atender todos los problemas médicos que usted y/o su(s) bebe(s) puedan tener. El Dedicar este tiempo también nos permite explicar con detalle nuestras impresiones, sugerencias y recomendaciones. Además, nos permite contestar cualquier pregunta que usted tenga durante su visita. El personal de nuestra oficina programa las citas de la forma más eficiente posible para asegurar que podamos ver a cada paciente a la hora fijada, facilitando así su horario de entrada y salida de nuestro consultorio. Por favor siéntase segura de que nuestra oficina y nuestro personal valora su tiempo personal. Sin embargo, debido a la naturaleza de nuestras consultas, es común que tenga un tiempo de espera prolongado o más largo de lo previsto. En ocasiones, las perinatologías se retrasan por motivos de problemas médicos de otros pacientes que requieren atención inmediata, llamadas de Hospitales, llamadas de otros médicos, y/o emergencias de algún otro tipo. Estos motivos no siempre son previstos, pero deben ser atendidos apropiadamente y de inmediato. Independientemente del tiempo que esto requiera, las perinatologías no se van de esta oficina hasta que todas las pacientes sean vistas y todos sus problemas médicos sean atendidos,

Luego de su evaluación, y con la brevedad posible, nosotros le enviamos a su médico un informe completo sobre nuestra impresión diagnostica y recomendaciones. Nuestro personal de la oficina está altamente entrenado y preparado para ayudarle a resolver cualquier dificultad que se presente antes, durante y después de su visita.

Nosotros valoramos sus comentarios y sugerencias.

Gracias,

Jaime Rodriguez, M.D., F.A.C.O.G
Cesar Rosa, M.D., F.A.C.O.G
Adolfo Gonzalez Garcia, M.D., F.A.C.O.G
Jerry Gilles, M.D., F.A.C.O.G
Marcella Rodriguez, D.O.
Jamie Lenis, APRN

Yo leí y entiendo La Filosofía de la Oficina:

Name: _____

Date: _____



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN PÉLVICO / ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL DURANTE LA DURACIÓN DE ESTE EMBARAZO

Su perinatólogo le ha recomendado una ecografía endovaginal para evaluar mejor su cuello uterino, feto, útero y / o ovarios. Para el procedimiento, uno de nuestros ecografistas o médicos inserta un instrumento de ecografía en la vagina.

El examen es seguro para su bebé y no provocará trabajo de parto, contracciones o sangrado vaginal. Los resultados del examen nos ayudarán a guiar su atención médica.

Con su firma, usted acepta el examen anterior e indica que todas sus preguntas sobre el examen han sido respondidas.

SÍ CONSENTO hacer el sonograma endovaginal:

Firma del Paciente / Fecha

NO CONSENTO hacer el sonograma endovaginal:

Firma del Paciente / Fecha

Firma del testigo / Fecha

**Southeast Perinatal Associates
Maternal - Fetal Medicine
Health Information Form**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Referida por Dr.: _____ Razon para la visita: _____

1er dia de la ultima menstruacion: _____ Fecha para tener el bebe: _____

Historia de sus embarazos: (incluir a los ABORTOS, PERDIDAS ECTOPICOS, TERMINACIONES, etc)

Año	Semanas al paria	Peso del bebe	Niño o Niña	Parto vaginal?	Parto por cesarean?	Razon para cesarean?	ALLERGIAS A MEDICAMENTOS
							Complicaciones?

Historial familiar genetico: Origen etnico (Italiano, Africano-American, Hispano, etc.):

Describe su origen etnico: _____ Origen etnico del padre del bebe: _____

Selecciones los que la aplican a usted:

- Usted tendra 35 o mas años al nacer el bebe Expuesta a medicamentos durante el embarazo
 El padre del bebe tiene 50 o mas años de edad Expuesta a rayos X durante el embarazo

Usted o el padre del bebe tienen alguna de las siguientes condiciones?:

	Si	No		Si	No		Si	No
Discapacidad Intelectual			Anemia del Mediterraneo			Autismo		
Sindrome Down			Sickle cell disease			Espina bifida o anencefalia		
Fragile X			Fibrosis quistica			Defecto cardiaco congenito		
Tay sachs			Distrofia muscular			Anomalias congenitas		
						Otros:		

Historial Gynecologico: Ha tenido alguna de las siguientes?

	Si	No		Si	No		Si	No
Infertilidad			Cuello incompetente			Enfermedades venereas		
Embarazo por IVF			Fibromas en la matriz					
Donate de óvulos/Eesperma			Utero anormal					
Cirugia en el cervix uterino			Citologia o Pap anormal					

Historial Medico - Ha tenido alguna de las siguientes?:

	Si	No		Si	No		Si	No
Hipertension			Epilepsia o convulsiones			Anemia o transfusiones		
Diabetes			Hepatitis			Infecciones del riñon		
Asma			Ulceras			Artritis		
Problemas del corazon			Enfermedad de la tiroides			HIV o SIDA		
Fiebre reumalica			Cancer			Lupus		
Depresion			Migrañas			Otros:		

Medicinas que toma al momento: incluir prenatales

Cirugias que halla tenido:

Historial Social:

Fuma Si No Numero de cigarillos al dia: _____

Usa alcohol Si No Cuantos tragos al dia: _____

Usa drogas Si No Tipo de drogas: _____

Usa cinturon Si No

Ejercicio regular Si No

Indique si he tenido alguno de los siguientes:

No he tenido ninguno

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cansancio o fatiga | <input type="checkbox"/> Ulceras en la boca | <input type="checkbox"/> Sed pronunciada | <input type="checkbox"/> Adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Vision doble | <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Sangre en la exereta | <input type="checkbox"/> Depresion |
| <input type="checkbox"/> Manchas delante de los ojos | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Estrenimiento | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Cambio en la vista | <input type="checkbox"/> Retencion de liquido | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sangre |
| <input type="checkbox"/> Dolor de oido | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Nausea o vomitos | <input type="checkbox"/> Urgencia al orinar |
| <input type="checkbox"/> Ruido en los oidos | <input type="checkbox"/> Pitido al respirar | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Corta de respiracion | | |

Completado por: Paciente Personal de la oficina Medico

Firma del paciente: _____

Firma del medico: _____ **Fecha en que se reviso por el medico:** _____



ANUNCIO DEL PORTAL DEL PACIENTE

Acceda a su propio portal personal para pacientes en línea

Nos complace ofrecer nuestro nuevo portal seguro para pacientes basado en la web a través de eClinicalWorks, un sistema de gestión de registros electrónicos. La función "Envision" del portal del paciente utiliza tecnología de vanguardia para promover la atención médica y permitirle un acceso conveniente a su información médica desde la comodidad y privacidad de su propio hogar u oficina.

Los pacientes participantes reciben identificaciones de usuario y contraseñas seguras, lo que les permite acceder al portal para ver ciertas partes del registro de salud electrónico, como documentos personales, resumen de visitas y registro de salud personal que puede incluir alergias, lista de problemas, medicamentos, procedimientos, signos vitales, vacunas, resultados de laboratorio, antecedentes sociales y familiares, así como otra información de salud. Podrá comunicarse con nuestra oficina a través del sistema de correo electrónico del portal del paciente.

Recibirá una invitación por correo electrónico de Sheridan Healthcare para registrarse y obtener acceso al portal del paciente; siga las instrucciones para registrarse. A continuación, recibirá una confirmación por correo electrónico de la activación, que incluirá la información de inicio de sesión generada automáticamente. Dirija cualquier pregunta relacionada con el portal del paciente a SEPA@envisionhealth.com. Este correo electrónico será monitoreado de lunes a viernes, espere de 24 a 48 horas para recibir una respuesta. Estamos muy entusiasmados con la oportunidad de ofrecerle esta adición a la atención de su paciente. Creemos que el portal del paciente le brindará un acceso más fácil y eficiente a sus registros médicos, al tiempo que le brindará una experiencia de atención médica más agradable.

Nota: El portal del paciente no está diseñado para su uso en emergencias. Si usted requiere Atención médica inmediata, llame al 911.

HEALOW APP

Una mejora reciente de esta capacidad es la capacidad de acceder a sus registros médicos de forma remota utilizando su dispositivo móvil a través de la aplicación móvil Healow. La aplicación Healow es una aplicación segura que le ayuda a administrar su información de salud cuando está en movimiento. Esta plataforma en línea de salud y bienestar está disponible a través de App Store y Google Play usando este enlace <https://www.healow.com/> puede acceder a la información y descargarla en su dispositivo