

Austin Maternal-Fetal Medicine

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Antecedentes de Embarazos

El Embarazo Actual: UPM _____ FVE _____

# total de embarazos	# de nacimientos plazo (>37 semanas)	# de nacimientos prematuros (<37 semanas)	# de abortos	# de abortos involuntarios	# de embarazos ectópicos	# de nacimientos múltiples (gemelos, etc.)	# de niños que viven

#	Mes/Año	semanas de Embarazo	Peso de Nacimiento	Sexo M/F	Tipo de Entrega (Vaginal, Cesárea, de Vaco, VBAC, D&C)	Lugar de Entrega	Comentarios/Complicaciones (Diabetes, Hipertensión, Pre-Eclampsia, antes de termino el parto, etc.)
1							
2							
3							
4							
5							
6							

*Por favor continúe en la parte posterior si embarazos anteriores >6

Historial Medico

	S/N	En caso afirmativo, Incluir fechas, el tratamiento, y el medico		S/N	En caso afirmativo, Incluir fechas, el tratamiento, y el medico
Diabetes			Las alergias a medicamentos o látex / reacciones		
Hipertensión			Desordenes gastrointestinales		
Enfermedades del corazón / Soplo			Anemia / Transfusión de Sangre		
Infarto / Coágulos de sangre / Embolia pulmonar			Hepatitis / Enfermedad del Hígado		
Enfermedad del riñon / Infección del tracto urinario			Depresión / Ansiedad o Trastorno Psiquiátrico		
Desorden autoinmune			Historia de la prueba de Papanicolaou anormal		
Neurológicos / Convulsiones (migrañas)			Pecho		
Pulmonar (TB, Asma)			Anormalidades Uterinas		
Disfunción de la Tiroides			Tratamientos de Fertilidad / Infertilidad		

Para cualquier antecedentes familiares de Interés, por favor indique la enfermedad y la relación:

Austin Maternal-Fetal Medicine

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Historia Quirúrgica

Cirugía General	Sí	No	Comentarios	Ginecológica Surgery	Sí	No	Comentarios
Amigdalotomía				LEEP			
Colecistectomía				Cold Knife Conization			
Apendectomía				Miomectomía			
Cirugía de Espalda				Histeroscopia			
Cirugía Gastrointestinal				Ooforectomía / Cistectomía			
Tiroidectomía				Salpingectomía			

Medicamentos Actuales/ Farmacia Preferida (incluyendo vitaminas y suplementos)

	Nombre del Medicamento	Dosis y Frecuencia		Nombre del Medicamento	Dosis y Frecuencia
1			4		
2			5		
3			6		

Farmacia Preferida –Nombre/Número de teléfono:

* Por favor, utilice el reverso del formulario, si hay más de seis medicamentos.

Historia Social

	Cantidad por día, antes del embarazo	Cantidad por día, durante el embarazo	Número de años
Consumo de Tabaco			
Consumo de Alcohol			
Uso de Drogas Recreativas			

1. ¿Está usted en una dieta especial? _____
2. ¿Ha estado en o está en una relación abusiva? _____
3. ¿Va a aceptar productos de sangre en caso de emergencia? _____
4. ¿Ha estado expuesto a cualquier enfermedad Infecciosa a haber tenido recientemente una erupción o fiebre? _____

Historia Genética

Historia Personal o Familiar	Sí	No		Historia Personal o Familiar	Sí	No	
Mayores de 35 años al momento de parto				Hemofilia o Otros Trastornos de la Sangre			
Thalassemia (Italian, Greek Mediterranean or Asian Background) MCV <80				Distrofia Muscular/Enfermedad Neuromuscular			
Defecto del Tubo Neural (Espina bifida, Anencefalia a Meningocele)				Fibrosis Quística			
Defecto Cardíaco Congénito				Huntington's Chorea			
Síndrome de Down				Retraso Mental a Autismo (If yes, were they tested for Fragile X? Yes No)			
Tay Sachs (Jewish, Cajun, French Canadian)				Labia Leporina a Paladar			
Enfermedad de Canavan				Consanguinidad (related)			
Enfermedad de Célula Falciforme (African)				Otro Trastorno Cromosómico Heredado (no enlistado)			

Cribado Genético

¿Usted o su pareja tenía la prueba de portador a ha tenido alguna de las siguientes pruebas? Por favor marque

	Tú	Compañero	First Trimester Screen	Sí	No
Cystic Fibrosis					
Spinal Muscular Atrophy (SMA)			Cell Free DNA (Harmony, Panorama etc.)		
Fragile X			Chorionic Villi Sampling (CVS)		
Other genetic disorders			Amniocentesis (Amnio)		

¿Le gustaría **alguna de** las pruebas anteriormente u otras pruebas que no figuran? ¿Cuáles? _____

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos que va a afectar a su atención médica? _____

Patient Registration Form Austin Maternal Fetal Medicine

INFORMACION DEL PACIENTE

(Por favor escriba)

Dr. Sr Sra. Srta.

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) ____ Nombre previo _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____ Número Móvil, _____ Número de Trabajo _____ Ext. _____

Proveedor Primario (PCP) _____ Proveedor que to Recomienda _____

Nombre del proveedor de la prestación (este practica) _____ Correo Electrónico; _____

Fecha de Nacimiento Mes ____ /Día ____ /Año _____ Sexo F — Femenino M — Masculina Transgenero

Raza indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otra isla del Pacífica Negro o afro-Americanos

Bianco Decline

Origen Étnico Hispano a Latino No Hispano o Latino Decline

Lenguaje Ingles Español Japonés Chino Coreano Francés Alemán Ruso Otro _____

Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) Legalmente Otro

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Nombre del Empleador _____

Situación laboral 1 - Tiempo completo 2 -Tiempo parcial 3 - Sin empleo 04 - Cuenta propia 5 - Jubilado 6 - Militar Activo Estudiante

F- Estudiante de tiempo complete P - Estudiante de tiempo parcial N - No es un estudiante

Contacto de Emergencia Apellido _____ Nombre _____

Numero de Teléfono _____ 6Tiene usted un testamento en vida? Sí No

Parentesco del contacto de emergencia at paciente _____ Guardián

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Cedita Postal _____

Número de Teléfono _____ Número de Trabajo _____ Ext. _____

Nombre del Proveedor quo to Recomienda _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE

(información se utilizara pare las declaraciones de balance del paciente)

Persona Responsable Ciro Paciente Garante Yo

Marque aquí si la Información es Igual a del paciente

Nombre de la Persona Responsable (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

Número de cuenta del garante _____ Fecha de Nacimiento Moe ____ /Día ____ / Año _____

Número de Seguro Social _____ Teléfono _____

Correo Electrónico _____ Sexo F Femenino M - Masculino

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Numero de Trébol& _____

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

(proporcionar su tarjeta de seguro médico at momento de anunciarse)

Campania Aseguradora / Número de teléfono _____ (____) _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Refacción del paciente con el asegurado _____

Fecha de Nacimiento Mes ____ /Día ____ /Año _____

INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIA

(proporcionar su tarjeta de seguro médico at momento de anunciarse)

Campania Aseguradora / Número de teléfono _____ (____) _____

Nombre del Asegurado(a) _____ Fecha de Nacimiento Mes ____ /Día ____ /Año _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento la informaticen proporcionada en este formulario es correcta y este actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma _____ **Fecha** _____

Austin Maternal Fetal Medicine

_____ (Iniciales del Paciente) **Responsabilidad Financiera:**

Yo entiendo que la facturación del seguro es un servicio como una cortesía y que en todo momento la responsabilidad financiera a North Austin Maternal-Fetal Medicine y/o sus entidades afiliadas de los cargos no cubiertos por las prestaciones de salud. Es mi responsabilidad de notificar a North Austin Maternal-Fetal Medicine de cualquier cambio en mi cobertura de salud. En algunos casos los beneficios exactos de seguro no se puede determinar hasta que la compañía de seguros recibe la reclamación. Yo soy responsable de toda la factura o el saldo de la cuenta según lo determinado por North Austin Maternal-Fetal Medicine y/o mi compañía de seguros si las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellos se les niega el pago. Yo entiendo que al firmar este formulario acepto la responsabilidad financiera como se explica anteriormente para todos los pagos por los servicios médicos y/o suministros recibidos.

_____ (Iniciales del Paciente) **Asignación De Los Beneficios:**

Yo autorizo el pago directo de las remesas de todos los beneficios de seguros, incluyendo Medicare, si soy beneficiario de Medicare, a North Austin Maternal-fetal Medicine de todos los servicios cubiertos y suministros médicos proporcionados a mí durante todos los cursos de tratamiento y la atención recibida por North Austin Maternal-Fetal Medicine y/o sus entidades afiliadas e de otra manera a su dirección. Entiendo y estoy de acuerdo en que esta asignación de beneficios tendrá efecto continuo durante el tiempo que estoy siendo tratado o atendido por North Austin Maternal-Fetal Medicine, y constituiré una autorización continua, mantenida en el archivo de North Austin Maternal-Fetal Medicine, que autorizaré y permitirá el pago directo a North Austin Maternal-Fetal Medicine de todos los beneficios del seguro aplicables y elegibles para todos los tratamientos posteriores y continuos, servicios, suministros y/o asistencia médica prestados a mí por North Austin Maternal-Fetal Medicine.

_____ (Iniciales del Paciente) **Aviso De Practicas De Privacidad**

Reconozco que se me ha dado el aviso de prácticas de privacidad de North Austin Maternal-Fetal Medicine. Yo entiendo que si tengo preguntas a quejas debo de comunicarme con el Oficial de privacidad.

_____ (Iniciales del Paciente) Atención: North Austin Maternal Fetal Medicine NO acepta los siguientes planes de seguro:

- Seton MEDICAID
- Seton EPN
- Covenant Management Systems by Seton Health Plan
- Scott & White Insurance, y
- Scott & White Right Care

Si usted tiene alguno de los planes de seguro nombrados arriba por favor vea a la recepcionista INMEDIATAMENTE. Para todos los otros planes de seguro por favor complete lo siguiente:

SEGURO DE COBERTURA DE NAMFM:

SI SE DETERMINA QUE MI ELEGIBILIDAD PARA LA COBERTURA NO PUEDE SER CONFIRMADA EN ESTE MOMENTO, ENTIENDO QUE YO SERE RESPONSABLE POR EL PAGO DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN NAMFM

Austin Maternal Fetal Medicine

Consentimiento General de Atención y Consentimiento de Tratamiento

PARA EL PACIENTE: Como paciente, usted tiene derecho a estar informado sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado (para que se utilice para que pueda tomar la decisión si se someterá a no al procedimiento a tratamiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros relacionados. En este punto de su atención, no se le ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente está destinado a obtener su permiso para llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el tratamiento o procedimiento adecuado para su afección identificada

Mediante este consentimiento, se nos autoriza a llevar a cabo el tratamiento, los análisis y los exámenes médicos necesarios. Con su firma a continuación, usted indica que (1) sabe que este consentimiento es de carácter continuo después de obtener un diagnóstico específico y de recomendar un tratamiento; y (2) acepta someterse al tratamiento en este consultorio o cualquier otro consultorio de nuestra propiedad. El consentimiento continuará plenamente vigente hasta que se revoque por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir el servicio en cualquier momento.

Tiene derecho a hablar con su médico acerca de la finalidad, y los posibles riesgos y beneficios de cualquier examen que se le indique. Si tiene inquietudes relacionadas con algún examen o tratamiento recomendado por su prestador de atención médica, no dude en consultarnos.

Solicito voluntariamente al médico o prestador de nivel intermedio (Enfermera Profesional, Asistente del Médico o Especialista en Enfermería Clínica) y a otros prestadores de atención médica o personas designadas, según fuera necesario, a llevar a cabo el tratamiento, las pruebas y los exámenes médicos necesarios para la afección por la cual he concurrido a este establecimiento. Comprendo que si se recomienda realizar otras pruebas o procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá leer y firmar otros formularios de consentimiento antes de llevar a cabo las pruebas o los procedimientos.

Certifico que he leído y comprendo la totalidad de las declaraciones anteriores, y acepto de manera completa y voluntaria su contenido.

Firma del Paciente o Representante Persona

Fecha

Nombre en **Letra de Imprenta** del Paciente o Representante Personal

Vínculo con el Paciente

Nombre en **Letra de Imprenta** del Testigo

Título Laboral del Empleado

Firma del Testigo

Fecha