

Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.

Historial Ginecológico de la Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer día de la última menstruación: _____

Duración del ciclo desde el primer día de la menstruación hasta el primer día de la próxima: _____

Duración promedio del sangrado: _____ regular irregular

Tipo de sangrado: normal leve mucho con coágulos

Posmenopausia: sí no La última menstruación fue hace _____ años

¿Está embarazada actualmente? sí no Método de anticonceptivo utilizado: _____

Estatura: _____ Peso: _____

¿Cuántas veces ha estado embarazada?: _____

Cantidad de hijos: _____ Cantidad de abortos espontáneos: _____

Tipo de parto: vaginal _____ cesárea _____

Indique si actualmente tiene o existe historial de cualquiera de los siguientes:

<u>Actualmente</u>	<u>Historial de</u>		<u>Actualmente</u>	<u>Historial de</u>	
_____	_____	Dolores pélvicos	_____	_____	Sangrado anormal
_____	_____	Endometriosis	_____	_____	Adherencias pélvicas
_____	_____	Quistes ováricos	_____	_____	Tamoxifeno
_____	_____	Fibromas	_____	_____	Terapia de reemplazo de hormonas

Diagnósticos previos de cáncer: Útero Cérvix Ovarios Senos

Ecografía pélvica más reciente: Cuándo: _____ Dónde: _____

Cirugías ginecológicas previas (por ejemplo, ablación, dilatación y legrado, ligadura de trompas, histerectomía, etc.):

¿Por qué ordenó su médico el examen del día de hoy? (por ejemplo, dolor, sangrado anormal, quistes ováricos, localización del DIU, historial familiar de cáncer en los ovarios, útero o cervix):

Las ecografías pélvicas ginecológicas se hacen transvaginalmente en todas las pacientes que han tenido actividad sexual. Si nunca ha tenido actividad sexual, su examen se hará transabdominalmente.

Ha tenido actividad sexual: sí no

Firma de la paciente: _____

CENTRO DE MEDICINA MATERNO FETAL DE DELAWARE DE CHRISTIANA CARE, INC.**EXPEDIENTE DE INFORMACIÓN DE LA PACIENTE****(USE LETRA DE MOLDE)**

Ingresado electrónicamente por: _____

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

Fecha:	Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Apellido(s):		Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:	N.º de apartamento:	Ciudad, estado y código postal:	
Dirección de correo electrónico:		Estado civil (encierre en un círculo): Soltera / casada / divorciada / viuda / otro	
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (FACTURAS)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección:	Ciudad, estado y código postal:	
Fecha de nacimiento:	Número del Seguro Social:	N.º de teléfono de contacto:

INFORMACIÓN DE QUIÉN REFIERE

Ginecólogo obstetra que la refirió:	Teléfono del consultorio:
Médico de atención primaria:	Teléfono del consultorio:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario:	Necesita notificación de referido: (encierre en un círculo) Sí o No				
Nombre del titular:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	N.º de póliza:	N.º de grupo:	Copago:
					\$
Relación de la paciente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Misma persona	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de entrada en vigencia:
Seguro secundario (si corresponde):	Necesita notificación de referido: (encierre en un círculo) Sí o No				
Nombre del titular:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	N.º de póliza:	N.º de grupo:	Copago:
					\$
Relación de la paciente con el asegurado:	<input type="checkbox"/> Misma persona	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de entrada en vigencia:

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del contacto de emergencia:	Relación con el paciente:	Teléfono de contacto:

Por medio de la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos sobre los cuales tengo derecho al DCMFM of Christiana Care. Esta asignación permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación es tan válida como la original. Por medio de la presente autorizo al asignado antes mencionado a divulgar la información necesaria para cobrar el pago.

ENTIENDO QUE SERÉ FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, NO IMPORTA SI MI ASEGURADORA LOS PAGA O NO.

Autorizo el uso de este formulario para todas las presentaciones de reclamo a mi seguro.

Autorizo la divulgación de información a mi compañía aseguradora.

Autorizo a mi médico a actuar como mi agente para ayudarme a obtener el pago por parte de mi compañía aseguradora.

Entiendo que soy responsable de obtener todas las notificaciones de referidos que sean necesarias.

Entiendo que cualquier parte o toda mi información médica puede ser utilizada para investigaciones de datos a ciegas en las que ningún dato será vinculado a mi identidad.

Entiendo que mi información médica puede ser presentada electrónicamente a todos o a cualquiera de los médicos, hospitales y/o entidades de la salud que me atiendan.

Firma: _____ Relación con la paciente: _____ Fecha: _____

Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc. Formulario de consentimiento para una ecografía

Su médico ha pedido que a usted se le haga una ecografía. Existen distintos motivos por los que se le puede haber pedido este examen de diagnóstico. A usted se le hará una evaluación de la pelvis, que puede incluir el útero, los ovarios y los anexos. La calidad de una ecografía depende en gran medida del equipo utilizado, el ecografista que esté haciendo la ecografía, la constitución física de la paciente, las cirugías abdominales/pélvicas previas y del médico que interprete el examen.

No se ha demostrado que las ecografías sean dañinas. Esto no es una radiografía. En la ecografía se utilizan ondas de sonido. El equipo de ecografía produce un pequeño sonido de alta frecuencia y después escucha el "eco" de ese sonido en su cuerpo. Luego, una computadora integra esa información para crear la imagen que usted ve en la pantalla. Se pueden ver muchas cosas que conciernen a sus órganos pélvicos.

Si usted no se hace la ecografía, podría ser más difícil para el médico hacer un diagnóstico y atenderle de la mejor manera posible. Existe la posibilidad de que haya anomalías en su pelvis que podrían beneficiarse de diagnóstico y tratamiento.

Nosotros le brindaremos el mayor cuidado y atención posible. Aun así, la ecografía no es una ciencia perfecta y es posible que no detecte o no vea algo dependiendo de la posición de sus órganos y la composición de su cuerpo. Hay algunas anomalías que no se ven nunca en una ecografía.

Entiendo que la ecografía no puede verlo todo, pero que puede ser una herramienta útil para ayudar a manejar mi atención médica. He leído este consentimiento, entiendo perfectamente la información anterior y todas mis preguntas fueron contestadas satisfactoriamente.

_____ **Autorizo** que se me haga una ecografía.

_____ **No autorizo** que se me haga una ecografía.

Firma de la paciente _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____

Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.

Política de Cambio de Información

Todas las pacientes deberán informar a nuestra oficina cualquier cambio, entre otros:

- Cambio en el seguro(s) primario, secundario y terciario
- Cambio de nombre
- Cambio de dirección
- Cambio en el número de teléfono

No informar los cambios al momento del servicio podría causar que la compañía aseguradora niegue su reclamo de cobertura, y en consecuencia la paciente será responsable del pago total por el servicio.

Nosotros tenemos treinta (30) días para presentar un reclamo nuevo con las compañías aseguradoras, y luego de transcurrir treinta (30) días los reclamos se pueden denegar por haber sido presentados después del plazo establecido.

He leído la política y entiendo que se me facturarán todos los cargos si no cumplo con esta política:

Nombre de la paciente
(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Fecha

Firma de la paciente

Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.



Formulario de Autorización para el Pago con Tarjeta de Crédito

Por este medio autorizo al Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc., a cargar mi cuenta de tarjeta de crédito en caso de que yo no **salde mi cuenta o que no haga arreglos de pago dentro de 7 días** de recibir mi primer cobro.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ FDN del paciente: _____

Información de cobro a la tarjeta de crédito (por favor escriba en letra de molde):

Nombre _____

Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono en el día _____ En la tarde _____

Información de pago



No. de Cuenta _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de vencimiento _____

Nombre del titular (por favor escriba en letra de molde): _____

Firma del titular _____

Delaware Center for Maternal and Fetal Medicine of Christiana Care, Inc.

Información importante para nuestros pacientes

Horario de atención habitual

Nuestro horario de atención habitual es de 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. Estamos disponibles por teléfono de 7:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.

Fuera del horario de atención para atención de urgencia

La atención de urgencia se define como un asunto que no puede esperar hasta el horario de atención habitual. Las llamadas recibidas fuera del horario de atención o los días en que la oficina está cerrada se reenviarán a nuestro servicio de respuesta para el médico de turno. Todos los asuntos deben dirigirse a su obstetra. Tenga en cuenta que hay un cargo de \$50.00 para los pacientes que envíen mensajes al localizador del médico de turno por asuntos no médicos.

Atención de emergencia

En caso de que le ocurra una emergencia grave, llame al 9-1-1 inmediatamente.

Fotografía y videograbación

No se permiten dispositivos de grabación en la sala de reconocimiento. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente: cámaras digitales, videocámaras, cámaras de teléfonos celulares, cámaras de computadoras portátiles, etc. Se le entregarán las imágenes de la ecografía al final del examen.

Información e identificación del paciente

Los pacientes deben presentar una identificación válida con foto y todas las tarjetas actuales del seguro en todas las visitas. Los pacientes deben notificar al consultorio por escrito en forma inmediata en relación con cualquier cambio en su información demográfica o del seguro. Los pacientes también deben responder inmediatamente a cualquier solicitud de información de sus compañías de seguro. El incumplimiento de cualquiera de estas disposiciones puede generar la responsabilidad del paciente en relación con nuestra tarifa completa para los servicios prestados.

Confirmaciones de citas

Haremos todo lo posible para realizar una llamada recordatoria a su número de teléfono principal antes de su cita programada. Dejaremos un mensaje en su casilla de correo si usted no responde.

Cancelaciones de citas

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, requerimos notificación con, al menos, un día hábil de anticipación. Si llega tarde a su cita, es posible que tenga que reprogramarla. El hecho de no avisar de manera oportuna puede generar un cargo por inasistencia a la cita de \$50 que se le facturará directamente a usted, no a su compañía de seguros. Los cargos por inasistencia a

la cita deben pagarse antes del servicio o al momento en que este se brinde. Varias inasistencias a las citas pueden provocar el cese de los servicios médicos.

Notificación del saldo del paciente

También puede recibir una llamada telefónica de cortesía antes de su cita para notificarle cualquier saldo que venza en su próxima visita.

Listas de tarifas

Nuestra lista de tarifas se ha calculado para incluir una reducción para pacientes que pagan por cuenta propia y miembros del Programa de Acceso a la Atención Médica Comunitaria (Community Healthcare Access Program, CHAPS). No se ofrecerá un descuento adicional. Una copia de nuestra lista de tarifas se encuentra disponible a pedido.

Compañías de seguro (Participantes)

Participamos con algunas compañías de seguro, no con todas. Una lista de las compañías con las que participamos se encuentra disponible a pedido. Si es miembro de una compañía de seguros con la que participamos, presentaremos reclamos directamente a su plan en su nombre y aceptaremos su cargo permitido máximo como pago total. Usted es responsable de pagar el monto correspondiente para el deducible, el coseguro o el copago según lo determine su compañía de seguros. Este pago vence al momento del servicio previo a su cita. Una responsabilidad adicional del paciente identificada por su compañía de seguros en su explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB) será pagadera inmediatamente.

Tenga en cuenta que una cotización de beneficios por parte de su compañía de seguros puede variar con respecto a la determinación final de beneficios durante el procesamiento de los reclamos. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se determinaron los beneficios que necesita, comuníquese con su compañía de seguros directamente.

Compañías de seguro (No participantes)

Si tiene la cobertura de una compañía de seguros no participante, se exigirá el pago total al momento del registro. Como cortesía, presentaremos un formulario de reclamo HCFA 1500 a su compañía de seguros.

Autorización de la remisión/Certificación previa

Muchas compañías de seguros requieren la autorización de la remisión o la certificación previa para los servicios especializados. Familiarícese con los requisitos de su compañía de seguros. Si no recibimos la autorización correspondiente de la remisión en nuestra oficina antes de su visita, es posible que se re programe su cita. Si su compañía de seguros deniega un servicio por falta de una remisión, es su responsabilidad pagar la factura en su totalidad. Es importante para usted recordar comunicarse con su médico de atención primaria o su ginecólogo antes de solicitar los servicios de un especialista.

Opciones de pago

El pago vence al momento de prestación de los servicios. Venga preparado para pagar el monto correspondiente pagadero en cada cita. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, MasterCard, Visa, Discover y Care Credit.

Efectivo

Aceptamos pagos en efectivo y le proporcionamos un recibo impreso para todas las transacciones en efectivo.

Cheques

No aceptamos cheques con fecha posterior. Se le cobrará un cargo por cheque devuelto de \$30 por los cheques que nos devuelvan por fondos insuficientes. Los pagos futuros deberán ser en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.

Tarjetas de crédito

Aceptamos MasterCard, Visa, Discover y Care Credit para pacientes que están interesados en financiar sus gastos de atención médica a través del tiempo. Los pagos con tarjeta de crédito pueden realizarse por teléfono al 302-319-5680 int. 141 o en nuestro sitio web en www.dcmfm.com. Se le cobrará un cargo de \$30 por cada transacción rechazada.

Excepción: El pago con Care Credit solo puede hacerse al momento del servicio o en el sitio web de Care Credit, www.carecredit.com.

Cobros

Las cuentas de pacientes que están vencidas serán derivadas a una agencia de cobros. Se puede agregar un cargo administrativo de cobro de fase 1 del 25 % a la cuenta al momento de la derivación. Se puede evaluar un cargo administrativo de cobro adicional del 25 % para cuentas que están en agencias de cobros durante más de 90 días. Las cuentas derivadas a una agencia de cobros también pueden informarse a agencias de informe crediticio (Equifax, Experian y TransUnion). Esto puede afectar su clasificación crediticia. Su compañía de seguros también puede interpretar el incumplimiento en el pago de sus responsabilidades financieras luego del seguro como una violación contractual.

Cese de los servicios médicos

Se puede poner fin a los servicios médicos de los pacientes. Los motivos para el cese pueden incluir, entre otros, falta de pago, inasistencias excesivas a las citas, incumplimiento del plan de tratamiento acordado o negativa de un paciente a mantener una conducta aceptable.

Expediente médico

Todas las solicitudes de copias de expedientes médicos pueden presentarse por escrito. Se debe pagar en nuestra oficina un cargo por los expedientes médicos antes de la divulgación del expediente. Los cargos están disponibles a pedido.

Con mi firma, certifico que comprendo y acepto lo anterior.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Representante de DCMFM (en letra de imprenta): _____



Formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente de HIPAA

HIPAA

Formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente

Muchas de nuestras pacientes permiten que familiares como sus cónyuges, padres y otros llamen y soliciten información, lo que incluye día y hora de una cita, resultados de exámenes y resultados de procedimientos. De acuerdo con los requisitos de la ley HIPAA, no podemos darle esta información a ninguna persona sin el consentimiento por escrito de la paciente. Si desea que su información de salud protegida se comparta con sus familiares, debe revisar, completar y firmar este formulario. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto donde ya hayamos compartido su información en virtud de su consentimiento anterior. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que nuestra paciente lo revoque o lo solicite por escrito.

Autorizo a el **Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.** a divulgar información sobre mi atención, que incluye los días y horas de las citas y los resultados de exámenes y procedimientos y la información de facturación a las siguientes personas:

1. Nombre: _____ Relación con la paciente: _____

de telefono _____

2. Nombre: _____ Relación con la paciente: _____

de telefono _____

DCMFMCC puede dejar mensajes de voz en el teléfono de mi casa _____ o en mi celular _____.

Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la paciente o persona encargada: _____

Recibo y reconocimiento del formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente de DCMFM

Al firmar y poner la fecha aquí, usted reconoce que recibió el formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente de DCMFM y que ha revisado estas prácticas y procedimientos y los entiende completamente. Usted tiene derecho a que DCMFM le entregue una copia impresa o puede descargar una copia de este documento aquí:

www.dcmfm.com/forms/.

Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la paciente o persona encargada: _____