



FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Name)

Numero de Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Home Phone Number) (DOB)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Address)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
(City) (State) (Zip Code)

Numero de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
(SS#)

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_  
(Employer) (Work #)

**Cónyuge/Guardián Información:**

Nombre de su esposo/compañero: \_\_\_\_\_  
(Name of Spouse/Partner)

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
(Relationship to Patient)

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
(Phone #) (SS#)

Yo autorizo el desbloquear de cualquier información médica u otra necesaria para procesar demandas en mi favor. Acuerdo ser completamente responsable para todas las deudas legales incurridas en por me para los servicios rendidos sí o no cubiertos por el seguro.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Carta a los pacientes,

Nuestra oficina trata a las mujeres que están activamente tratando de concebir o han concebido recientemente. Es nuestra obligación proteger a nuestros pacientes de enfermedades virales e infecciosas que quizá perjudicial para el feto en el embarazo temprano. Debido a que estos son más comunes en los niños, le pedimos amablemente que no traigan a los niños a sus citas. Nos disculpamos por cualquier dificultad en que esto puede causar. En caso de que llegue a su cita con un niño(s), la cita será reprogramada. Gracias por su comprensión. Por favor, acusar recibo con su firma y la fecha.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL EXAMEN ECOGRÁFICO

### **¿Qué es una ecografía?**

Una ecografía (ultrasonido) utiliza el mismo principio del sonar. Las ondas sonoras de la sonda ecográfica (que ocurren muy por encima de los límites del oído humano) rebotan desde el útero, la placenta y el bebé, produciendo ecos que una computadora convierte en imágenes detalladas. Fundamentalmente, un examen ecográfico es una serie de imágenes del bebé y sus órganos en la pelvis de la madre.

### **¿Es segura una ecografía?**

Se ha evaluado extensamente la seguridad de las ecografías como herramientas de diagnóstico. No existe ninguna evidencia documentada de que un diagnóstico por ecografía ocasione daños a la madre o al bebé cuando se utilizan potencias y frecuencias ordinarias. Los exámenes por ecografía realizados en nuestro centro se hacen utilizando el nivel de potencia más bajo con el que razonablemente se pueda lograr una imagen útil.

### **¿Prueba una ecografía normal que mi bebé no tendrá ninguna anomalía?**

Un examen ecográfico puede detectar muchas anomalías, pero algunas de estas no son detectables por ecografía. El examen brinda información sobre el tamaño y la forma del bebé y sus órganos, pero no proporciona información completa sobre la función de los órganos del bebé ni indica si el bebé es completamente "sano". Las anomalías de la función cerebral, tales como el retraso mental, no se pueden detectar mediante una ecografía. Además, hay muchas afecciones que evolucionan con el tiempo, apareciendo normales al momento de realizar el examen ecográfico, pero volviéndose evidentes más adentrado el embarazo.

Usted debe saber que incluso con un examen ecográfico completo, quizás no se puedan encontrar anomalías fetales presentes o anomalías que puedan aparecer más tarde durante el embarazo o después del nacimiento. Por lo tanto, a pesar de que un examen por ecografía es una herramienta de diagnóstico sumamente útil, no debe considerarse como una prueba absoluta de que el bebé es normal.

### **¿Puede una ecografía determinar si existen anomalías cromosómicas?**

Los hallazgos derivados de un examen ecográfico pueden ser un indicador de posibles anomalías cromosómicas, pero no son definitivos. En la actualidad, la única manera de evaluar los cromosomas de un bebé con certeza es obteniendo una muestra de sus células por amniocentesis, mediante un muestreo de vellosidades coriónicas o con un muestreo sanguíneo fetal. Algunos embarazos corren un riesgo mayor de sufrir anomalías cromosómicas, ya sea debido a la edad de la madre, a los resultados de un análisis sanguíneo o a hallazgos derivados del examen ecográfico. Es importante saber que un examen ecográfico no puede indicar con certeza si el recuento cromosómico de un



an affiliate of **MEDNAX**

bebé es normal o anormal. Un examen ecográfico normal no es garantía de que los cromosomas son normales.

Si tiene alguna pregunta sobre las ecografías, diríjase al tecnólogo especialista en ecografías, a su perinatólogo o a su médico. Se le solicita firmar este documento antes de someterse al examen ecográfico, para admitir que ha leído y comprendido la información suministrada en este formulario y que ha tenido la oportunidad de formular preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento



## ASSIGNMENT OF BENEFITS

This Assignment of Benefits allows Pediatrix Medical Group to be paid directly by my health insurance carrier for medical services rendered by its providers. By signing this I assign and transfer to Pediatrix Medical Group all rights, title and interest in all benefits payable for the services rendered, which are provided in any and all insurance policies and health benefit plans from which my dependents or I are entitled to recover.

I hereby designate Pediatrix Medical Group to act as my representative during insurance or plan benefits appeal in the event of a coverage limitation or denial. I understand that Pediatrix Medical Group has the right to decline or accept this designation at the time a limitation or denial is received. The outcome of any appeal is not guaranteed and I understand that I may be responsible for any charges that remain unpaid by the insurance or benefit plan regardless of the outcome of any appeal. I have read this assignment of benefits, and I have signed this document freely and without inducement.

Insurance Policy Holder Name \_\_\_\_\_

Insurance Policy Holder Signature \_\_\_\_\_

Signature Date \_\_\_\_\_

## CESIÓN DE BENEFICIOS

La presente Cesión de Beneficios permite que Pediatrix Medical Group sea pagado directamente por mi asegurador médico por los servicios médicos provistos por sus proveedores. Con mi firma en el presente documento, cedo y transfiero a Pediatrix Medical Group todos los derechos, título e interés en todos los beneficios pagaderos por los servicios provistos, que sean dispuestos en todas y cualesquier pólizas de seguro y planes de beneficios médicos de los cuales mis dependientes o yo tengamos derecho a recuperar.

Por este medio designo a Pediatrix Medical Group para que actúe como mi representante durante apelaciones de seguro o planes de beneficios en caso de una limitación o rechazo de cobertura. Entiendo que Pediatrix Medical Group tiene el derecho de rechazar o aceptar esta designación en el momento del recibo de una limitación o rechazo. No se garantiza el resultado de cualquier apelación y entiendo que podré ser responsable de cualesquier cargos que quedasen sin pagar por el plan de seguro o beneficios, sin importar el resultado de cualquier apelación. He leído la presente cesión de beneficios y he firmado el presente documento voluntariamente y sin aliciente alguno.

Nombre de titular de la póliza de seguro \_\_\_\_\_

Firma del titular de la póliza de seguro \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA  
A FAMILIARES Y AMIGOS**

Autorizo a la clínica a hablar sobre fechas y horarios de consultas; lugar; historia clínica; diagnóstico; tratamiento; pronóstico; información financiera y de seguro, y facturación con las personas en la lista de abajo. Comprendo que el proveedor de atención médica de mi hijo o mía usará su criterio para determinar si debe compartir esta información con el objetivo de fomentar la continuidad de la atención. La divulgación de copias de los registros médicos requerirá una autorización firmada de cumplimiento con el HIPAA. Este permiso será considerado vigente hasta que indique lo contrario por escrito.

**La información médica protegida podría entregarse a los siguientes individuos:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**Sí**  **No** El personal de la clínica tiene mi permiso para dar a conocer la información médica personal de mi hijo o mía a miembros de la familia u otros que estén en la sala conmigo/con nosotros durante la consulta.

**El personal de la clínica tiene mi permiso para dejar mensajes respecto del tratamiento (como ser resultados de análisis clínicos) en mi: (Marque todas las que correspondan)**

Mensaje de voz en el hogar o Contestador automático Número del teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: Número de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Mensaje de voz en el trabajo Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

**NINGUNA INFORMACIÓN:** No autorizo la divulgación de información verbal (fuera de recordatorios de consultas al número que he indicado).

Nombre del paciente en imprenta  
autorizado

\*Nombre en imprenta del representante

Firma del paciente/representante autorizado del paciente Fecha de la firma

Autoridad\* del representante autorizado para actuar en representación del  
paciente:

o Padre/tutor legal

o Poder de representación

\*Se debe brindar evidencia de autoridad y dejar constancia en la clínica.



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad ("el Aviso") proporciona información acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podremos usar y divulgar información médica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigen que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo-e) a [privacy\\_officer@pediatrix.com](mailto:privacy_officer@pediatrix.com) o una carta a:

Privacy Officer  
Pediatrix Medical Group, Inc.  
1301 Concord Terrace  
Sunrise, FL 33323

Con su firma en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del  
representante autorizado

## Cuestionario sobre antecedentes familiares/genéticos

**Nombre de la paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su ascendencia? Marque todas las opciones que correspondan.

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanca           | <input type="checkbox"/> Francocanadiense        | <input type="checkbox"/> Samoana                | <input type="checkbox"/> Vietnamita                |
| <input type="checkbox"/> Africana (negra) | <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense | <input type="checkbox"/> China                  | <input type="checkbox"/> Laosiana                  |
| <input type="checkbox"/> Hispana          | <input type="checkbox"/> Griega                  | <input type="checkbox"/> Camboyana              | <input type="checkbox"/> Taiwanesa                 |
| <input type="checkbox"/> Judía asquenazí  | <input type="checkbox"/> Italiana                | <input type="checkbox"/> Filipina               | <input type="checkbox"/> Coreana                   |
| <input type="checkbox"/> Cajún            | <input type="checkbox"/> De Oriente Medio        | <input type="checkbox"/> Japonesa               | <input type="checkbox"/> Otra del Sureste Asiático |
| <input type="checkbox"/> Guameña          | <input type="checkbox"/> Hawaiana                | <input type="checkbox"/> Indio de Asia Oriental | <input type="checkbox"/> Raza desconocida          |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____      |  | <input type="checkbox"/> Otra: _____            |  |

¿Usted y el padre de este bebé son parientes consanguíneos (por ejemplo, primos)? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre del padre de este bebé? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la ocupación del padre de este bebé? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la edad del padre de este bebé? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría la ascendencia del padre de este bebé? (Marque todas las opciones que correspondan):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanca           | <input type="checkbox"/> Francocanadiense        | <input type="checkbox"/> Samoana                | <input type="checkbox"/> Vietnamita                |
| <input type="checkbox"/> Africana (negra) | <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense | <input type="checkbox"/> China                  | <input type="checkbox"/> Laosiana                  |
| <input type="checkbox"/> Hispana          | <input type="checkbox"/> Griega                  | <input type="checkbox"/> Camboyana              | <input type="checkbox"/> Taiwanesa                 |
| <input type="checkbox"/> Judía asquenazí  | <input type="checkbox"/> Italiana                | <input type="checkbox"/> Filipina               | <input type="checkbox"/> Coreana                   |
| <input type="checkbox"/> Cajún            | <input type="checkbox"/> De Oriente Medio        | <input type="checkbox"/> Japonesa               | <input type="checkbox"/> Otra del Sureste Asiático |
| <input type="checkbox"/> Guameña          | <input type="checkbox"/> Hawaiana                | <input type="checkbox"/> Indio de Asia Oriental | <input type="checkbox"/> Raza desconocida          |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____      |  | <input type="checkbox"/> Otra: _____            |  |

¿Es el padre de este bebé su pareja? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

¿Es este embarazo producto de una fecundación in vitro? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí Si la respuesta es afirmativa:

¿Se utilizó una donante de óvulos? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

¿Cuál es la edad de la donante? \_\_\_\_\_

Comentarios:

---



---



---



---



## Cuestionario sobre antecedentes familiares/genéticos

¿Padece usted, el padre de este bebé, o algún pariente cercano alguna de las siguientes afecciones?:

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Talasemia (origen griego, mediterráneo, asiático), volumen globular medio < 80                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Anomalia congénita del tubo neural (mielomeningocele, espina bífida o anencefalia)            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Síndrome de Down  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Tay-Sachs (judía, cajún, francocanadiense)                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Anemia drepanocítica o rasgo drepanocítico (africana)   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Hemofilia o problemas relacionados con la coagulación   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Distrofia muscular  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Fibrosis quística   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Canavan   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Retraso mental, autismo o trastorno de aprendizaje  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿se hizo la prueba del síndrome del cromosoma X frágil?        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Corea de Huntington   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otro trastorno cromosómico o genético heredado  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Trastorno metabólico materno (bebés insulino dependientes, fenilcetonuria)                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tuvo la paciente o el padre del bebé un hijo con anomalías congénitas NO mencionadas arriba? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta es afirmativa, describa: _____  |                             |                             |
| Pérdidas de embarazo o mortinatos recurrentes   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Ceguera o Sordera   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Trastorno óseo o esquelético (enanismo)   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer de mama, ovario o colon  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Trastornos renales  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene usted, alguno de sus padres, hermanos o hijos diabetes?                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Coágulos sanguíneos o accidente cerebrovascular   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Hay alguna otra enfermedad recurrente en la familia? _____                                   |                             |                             |
| ¿Otra afección? _____   |                             |                             |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_

¿Toma o ha tomado medicamentos durante el último año?:

Medicamentos que tomó	Dosis	Frecuencia	Fecha de comienzo

¿Tiene alergias conocidas a algún medicamento?


¿Tiene antecedentes actuales o pasados de trastornos psiquiátricos, depresión o depresión posparto?

\_\_\_ No \_\_\_ Sí *Si la respuesta es afirmativa, indique de qué afecciones se trata y cuándo fueron diagnosticadas.*

Fecha	Enfermedad

¿Fuma actualmente? \_\_\_ No \_\_\_ Sí

¿Ha consumido alguna bebida alcohólica durante el embarazo? \_\_\_ No \_\_\_ Sí *Si la respuesta es afirmativa, indique qué tipo de bebida consumió y con qué frecuencia lo hizo.* \_\_\_\_\_

¿Ha consumido alguna droga durante el embarazo? \_\_\_ No \_\_\_ Sí *Si la respuesta es afirmativa, indique qué tipo de droga consumió y con qué frecuencia lo hizo.* \_\_\_\_\_

**Cirugías realizadas: (ejemplos: apendicectomía, conización cervical, procedimiento de extirpación electroquirúrgico de lazo [Loop Electrosurgical Excision Procedure, LEEP], laparoscopia, histeroscopia)**

Cirugía	Fecha

¿Tiene algún problema médico (por ejemplo, diabetes o hipertensión arterial)?

Problema médico	Fecha

**Embarazos previos:**

Año	Resultado (a término, prematuro, aborto espontáneo, interrupción)	Tipo de parto (vaginal, cesárea, fórceps, ventosa)	Peso y sexo	Complicaciones

Farmacia preferida \_\_\_\_\_ Número telefónico \_\_\_\_\_