

## INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: (solo en California) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE SU PAREJA (Si está embarazada, "pareja" se refiere al papá del bebé)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PARA COMUNICARNOS CON EL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN:

Teléfono de Móvil: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Podríamos dejarle mensajes detallados que incluyan **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**?  No  Si

Si su respuesta es "Si" por favor provea un número de teléfono confidencial: \_\_\_\_\_

• Usted como paciente tiene el derecho de revocar este permiso • El paciente asume responsabilidad por la información dejada en el correo de voz confidencial

¿Podríamos dejarle un mensaje con alguna otra persona sobre los resultados de sus pruebas?  No  Si

Si su respuesta es "Si", provea la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL DOCTOR O CLINICA QUE LE REFIRIÓ:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EXPOSICIONES Y EL EMBARAZO

¿Está usted embarazada?  NO  SI  Fecha del parto: \_\_\_\_\_

Ha tomado algún medicamento durante este embarazo (aparte de vitaminas prenatales o Tylenol)?  NO  SI

Si marcó "Si" por favor indique cuales: \_\_\_\_\_

#### **Desde que se embarazó, ha tenido o tomado:**

(o si no está embarazada indique a que ha estado expuesta)

Drogas ilícitas  NO  SI \_\_\_\_\_

Cigarros  NO  SI \_\_\_\_\_

Alcohol  NO  SI \_\_\_\_\_

Fiebre (Mas de 101°F)  NO  SI \_\_\_\_\_

Rayos X (no dentales)  NO  SI \_\_\_\_\_

#### **¿Tiene usted las siguientes condiciones?**

¿Diabetes?  NO  SI

¿Epilepsia?  NO  SI

¿Lupus?  NO  SI

¿Fue usted adoptada?  NO  Si

¿Su pareja fue adoptado?  NO  Si

**TODA LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA SEGÚN MI SABER Y ENTENDER**

**FIRMA DE LA PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Integrated Genetics is a business unit of Esoterix Genetic Laboratories, LLC, a wholly-owned subsidiary of Laboratory Corporation of America Holdings.