



ALERGIAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Melissa Aerts, MD    Javier Castillo, MD    Lissa Magloire, MD    Deirdre McCullough, MD    Theresa Stewart, MD

**Por favor complete TODAS las secciones en tinta azul o negra.**

\_\_\_\_ St Luke's    \_\_\_\_ MCH    \_\_\_\_ Westover Hills    \_\_\_\_ New Braunfels    \_\_\_\_ SW General    \_\_\_\_ Metropolitan  
Nombre del Ginecólogo haciendo la referencia: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ #Apto \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Soltera Casada Viuda Divorciada    Estudiante: (Si / No)  
# Licencia de Conducir / Estado: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre de Empleador / Escuela: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_  
Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_ # de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia, otra persona que no sea su esposo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE OBSTÉTRICA**

Primer Día de Periodo Menstrual \_\_\_\_\_ Fecha de Parto: \_\_\_\_\_ Por Ecografía o Periodo Menstrual (un circulo uno)  
# de Embarazos \_\_\_\_\_ Embarazos a término \_\_\_\_\_ Prematuro (menos de 37 semanas) \_\_\_\_\_ Malparto \_\_\_\_\_  
Ectópico \_\_\_\_\_ Terminaciones Electivas \_\_\_\_\_ Niños Vivos \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

SEGURO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ # ID: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_  
Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ # ID: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_  
Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**TEXAS PERINATAL GROUP SAN ANTONIO**

ST LUKE'S - 7950 Floyd Curl Drive, Suite 904, San Antonio, TX 78229 • 210.944.1738 • Fax: 210.593.0329  
MCH - 4330 Medical Drive, Suite 225, San Antonio, TX 78229 • 210.354.2229 • Fax: 210.354.9973  
WESTOVER HILLS - 3903 Wiseman Boulevard, Suite 121, San Antonio, TX 78251 • 210.521.1455 • Fax: 210.521.2379  
NEW BRAUNFELS - 2115 Stephen's Place, Suite 600, New Braunfels, TX 78130 • 830.312.4509 • Fax: 830.620.8468  
SOUTHWEST GENERAL - 7390 Barlite Boulevard, Suite 215, San Antonio, TX 78224 • 210.332.1450 • Fax: 210.332.1460  
METROPOLITAN - 1200 Brooklyn Avenue, Suite 350, San Antonio, TX 78212 • 210.614.2209 • Fax: 210.617.6364

## 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 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



Melissa Aerts, MD

Javier Castillo, MD

Lissa Magloire, MD

Deirdre McCullough, MD

Theresa Stewart, MD

## **POR FAVOR, LEA Y FIRME LA POLÍTICA SIGUIENTE**

**Amamos y nos preocupamos por los niños, sin embargo debido a la sensibilidad natural de nuestra práctica, no podemos permitir que menores de 10 años se encuentren en la oficina o en la sala de espera. Si llega con un niño menor de 10 años, su cita será reprogramada.**

**Gracias por su comprensión.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



Melissa Aerts, MD

Javier Castillo, MD

Lissa Magloire, MD

Deirdre McCullough, MD

Theresa Stewart, MD

**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@mednax.com** o una carta a:

Privacy Officer  
MEDNAX Services, 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



Melissa Aerts, MD    Javier Castillo, MD    Lissa Magloire, MD    Deirdre McCullough, MD    Theresa Stewart, MD

**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; pronosis; 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 mío 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

\_\_\_\_\_  
\*Nombre en imprenta del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante autorizado del paciente

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

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

Padre/tutor legal     Poder de representación

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