

### Cuestionario de Historia Familiar/Genética

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 asquenazi  | <input type="checkbox"/> Italiana                | <input type="checkbox"/> Filipina               | <input type="checkbox"/> Coreana                   |
| <input type="checkbox"/> Cajun            | <input type="checkbox"/> De Oriente Medio        | <input type="checkbox"/> Japonés                | <input type="checkbox"/> Otra del Sureste Asiático |
| <input type="checkbox"/> Guamená          | <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)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿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"/> Blanco           | <input type="checkbox"/> Francocanadiense        | <input type="checkbox"/> Samoano                | <input type="checkbox"/> Vietnamita                |
| <input type="checkbox"/> Africano (negro) | <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense | <input type="checkbox"/> Chino                  | <input type="checkbox"/> Laosiana                  |
| <input type="checkbox"/> Hispano          | <input type="checkbox"/> Griego                  | <input type="checkbox"/> Camboyano              | <input type="checkbox"/> Taiwanes                  |
| <input type="checkbox"/> Judío asquenazi  | <input type="checkbox"/> Italiano                | <input type="checkbox"/> Filipino               | <input type="checkbox"/> Coreano                   |
| <input type="checkbox"/> Cajun            | <input type="checkbox"/> De Oriente Medio        | <input type="checkbox"/> Japonés                | <input type="checkbox"/> Otra del Sureste Asiático |
| <input type="checkbox"/> Guamenó          | <input type="checkbox"/> Hawaiano                | <input type="checkbox"/> Indio de Asia Oriental | <input type="checkbox"/> Raza desconocido          |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____      | <input type="checkbox"/> Otro: _____             |   |  |

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

¿Es este embarazo producto de una fertilización in vitro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así: ¿Se utilizó una donante de óvulos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la edad del donante? \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

## Cuestionario de Historia Familiar/Genética

¿Tiene usted, el padre de este bebe, o algún pariente cercano alguna de las siguientes condiciones médicas?

- |  |                          |    |                          |    |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Talasemia (origen griego, mediterráneo, asiático), volumen globular medio <80                | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Anomalia congénita del tubo neural (myelomeningocele, espina bífida o anencefalia)           | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Cardiopatía congénita  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Síndrome de Down   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Enfermedad de Tay-Sachs (Judía, Cajun, Francocanadiense)                                     | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Anemia drepanocítica o rasgo drepanocítico (Africana)  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Hemofilia o problemas relacionados con la coagulación  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Distrofia muscular   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Fibrosis quística  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Enfermedad de Canavan  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Retraso mental, autismo o trastorno de aprendizaje   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿se hizo la prueba del síndrome del cromosoma X frágil?       | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Corea de Huntington  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Otro trastorno cromosómico o genético heredado   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Trastorno metabólico materno (bebés insulino-dependientes, fenilcetonuria)                   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Tuvo la paciente o el padre del bebé un hijo con anomalías congénitas NO mencionada arriba? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

Si la respuesta es afirmativa, describa: \_\_\_\_\_

- |   |                          |    |                          |    |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| Perdidas de embarazo o mortinatos recurrentes                                   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Ceguera o Sordera   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Trastorno óseo o esquelético (enanismo)   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Cáncer de senos, ovario o colon   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Trastornos renales  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Tiene usted, alguno de sus padres, hermanos o hijos diabetes?                  | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| Coágulos sanguíneos o accidente cerebrovascular                                 | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Ha tomado medicamentos que no sean vitaminas prenatales desde que se embarazó? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Ha consumido alguna droga durante el embarazo?                                 | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Si la respuesta es afirmativa, que tipo de droga? _____                        |                          |    |                          |    |
| ¿Con que frecuencia? _____  |                          |    |                          |    |
| ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica durante el embarazo?                     | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Si la respuesta es afirmativa, que tipo de bebida? _____                       |                          |    |                          |    |
| ¿Con que frecuencia? _____  |                          |    |                          |    |
| ¿Fumas actualmente?   | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Hay alguna otra enfermedad recurrente en la familia? _____                     | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

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

---

### Cuestionario: Revisión de Sistemas

¿Ha sido examinada para ver si es portadora de enfermedades hereditarias como fibrosis quística, talasemia, anemia falciforme, atrofia muscular espinal o x frágil?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿es portadora de alguna enfermedad hereditaria conocida?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ha viajado usted o su pareja a Florida o al cualquier lugar fuera de los Estados Unidos este embarazo?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿a dónde y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de preeclampsia en cualquier embarazo anterior?    Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

**Cuestionario: Revision de Sistemas**

**¿Toma o ha tomado medicamentos durante el ultimo ano?**

Medicamento que tomo	Dosis	Frecuencia	Fecha de comienzo

**¿Tiene alergias conocidas a algún medicamento?**

Medicamento	Reaccion	Gravedad (Leve, Moderada, Severa)

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

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, indique de que afecciones se trata y cuando fueron diagnosticadas.

Fecha	Condicion

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

Problema Medico	Fecha

**Cirugías realizadas: (ejemplos: apendicectomia, conizacion cervical, procedimiento de extirpacion electroquirurgico de lazo [Loop Electrosurgical Excision Procedure, LEEP], laparoscopia, histeroscopia)**

Cirugia	Fecha

**Embarazos Previos:**

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

**CONSENTIMIENTO PARA ENVIO ELECTRONICO DE RECETAS E HISTORIAL DE MEDICAMENTOS**

Entiendo que, como parte de mi expediente medico electrónico, Obstetrix Medical Group of Houston enviara mis recetas de forma electrónica, según lo permitido, a la farmacia que yo delegue como mi principal proveedor farmacéutico. Asimismo, Obstetrix Medical Group of Houston obtendrá el historial de todas mis recetas de los últimos dos años a través de administradores de beneficios de farmacia y entiendo que esas recetas se incluirán como parte de mi expediente medico electrónico.

Las recetas electrónicas reducen en gran medida los errores de medicamentos y mejoran la seguridad del paciente.

Las características del programa ePrescribe incluyen:

- Transacciones de formularios y beneficios: nos brinda información sobre que medicamentos están cubiertos por el plan de beneficios para medicamentos.
- Transacciones del historial de medicamentos: nos brinda información acerca de los medicamentos que usted ya está tomando.
- Notificación del estado de la receta: nos envía un aviso electrónico de que su receta ha sido recibida.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted nos da su autorización para emitir recetas electrónicas para usted y solicitar su historial de medicamentos recetados de otros profesionales médicos y/o pagadores de beneficios de farmacia con fines de tratamiento.

- Por la presente doy mi consentimiento informado para inscribirme en el programa ePrescribe.
- Rechazo esta opción. No doy mi consentimiento para acceder a la información mencionada anteriormente.

**Información de la Farmacia**

**Nombre de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante legal**

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

## INFORMACION IMPORTANTE SOBRE EL EXAMEN ECOGRAFICO

### ¿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 que 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 adelante del 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 de sangre 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 representante legal**

---

**Fecha**

---

**Nombre en letra de imprenta**

---

**Fecha de Nacimiento**

# Houston Center for Maternal Fetal Medicine



## FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

### INFORMACION DEL PACIENTE

¿Qué tan bien hablas Ingles? \_\_\_ Muy Bien \_\_\_ Bien \_\_\_ Mal \_\_\_ No Hablo Ingles

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zip: \_\_\_\_\_

Tel#: \_\_\_\_\_ Alt#: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltera \_\_\_ Casada \_\_\_ Divorciada \_\_\_ Viuda \_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

### CONYUGE/GUARDIAN INFORMACION

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

### RESPONSIBILAD DEL PACIENTE

Yo autorizo la liberación de cualquier información medica u otra necesaria para procesar mis reclamaciones de seguros 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: \_\_\_\_\_

## HOUSTON CENTER FOR MATERNAL FETAL MEDICINE

### POLIZA SOBRE LOS NINOS

Nuestra practica esta cometida a la atención centrada a la familia y los miembros de la familia están bienvenidos a las visitas clínicas de rutina. Para garantizar que los miembros de nuestro personal puedan dedicar toda su atención a cada paciente, si va a traer a un niño menor de 10 años a su cita, también traiga a otro adulto para que le brinde asistencia durante su examen, procedimientos o discusiones críticas.

Las enfermedades virales e infecciosas, comunes en los niños, pueden ser perjudiciales para el feto en el embarazo. Para proteger a nuestros pacientes y a sus bebés por nacer, absténgase de llevar a un niño a su cita que presente signos de enfermedad, como tos, síntomas de resfrió o fiebre.

Por favor firme abajo para reconocer que ha leído y entendido nuestra póliza.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD  
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad (“el Aviso”) proporciona información acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) como podremos usar y divulgar información medica 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 a **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

## 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 \_\_\_\_\_

