

## Medicina Materna Fetal De El Sur De La FL

16261 Bass Road, Suite 100, Fort Myers, FL 33908  
1172 Goodlette Frank Road, Suite 201, Naples, FL 24102  
210 Del Prado Blvd S, Suite 1, Cape Coral, FL 33990  
3420 Tamiami Trail, Suite 2, Port Charlotte, FL 33952

### *Registracion Del Paciente*

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Apartado De Correos \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_

### *Informacion Sobre El Empleador*

Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Ocupasion \_\_\_\_\_

### *Informacion Sobre Su Esposo*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero SS# \_\_\_\_\_

Nombre Del Empleador \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Ocupasion \_\_\_\_\_

### *En Caso De Emergencia*

Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Relacion De Usted \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Que bien hablas el ingles \_\_\_\_\_ muy bien \_\_\_\_\_ bien \_\_\_\_\_ no muy bien \_\_\_\_\_ no entiendo \_\_\_\_\_ lenguaje preferido es \_\_\_\_\_

Origen etnico: Hispano o No Hispano Raza: Asia Negro Blanco Otra: \_\_\_\_\_

## Autorizacion para obtener o entregar Informacion de Salud (Authorization To Use or Disclose Health Information)

16261 Bass Road, Suite 100 Fort Myers, Florida 33908  
26800 S. Tamiami Trail, #230, Bonita Springs, FL 34134  
210 Del Prado Boulevard South, Suite 100, Cape Coral, Florida 33990  
3420 Tamiami Trail, Suite 2 Port Charlotte, Florida 33952

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Yo autorizo el uso o el entrego de informacion de salud sobre individuo nombrado arriba segun descrito abajo. Iniciando los espacios abajo, yo especificamente autorizo el uso o entrego de la informacion siguientes:

_____ Records de Hospital	_____ Reportes de ultrasonidos
_____ Notas de doctores	_____ Reportes diagnosticos de imagen
_____ ACOG o otros expedientes prenatales	_____ informacion de laboratorio incluyendo el AFP

Esta informacion por que yo estoy dando autorizacion para entregar sera usada para evaluacion medico, diagnostico, y tratamiento

Yo entiendo que tengo el derecho para revocar esta autorizacion a cualquier tiempo. Yo entiendo que si yo revoco esta autorizacion yo tendre que hacerlo en escrito. Yo entiendo que la revocacion no sera aplicada a la informacion ya recibida en respuesta a esta autorizacion. Yo entiendo que la revocacion no sera aplicada para la compania de seguro mia cuando la ley proporciona mi segurante con el derecho a contestar un cargo bajo de mi plan.

A menos que yo especifique diferente esta autorizacion se expirara en \_\_\_\_\_ (fecha). Si yo no doy una fecha especifica la autorizacion expiraria en seis meses de la fecha firmada.

Yo entiendo que ya que la informacion sera entregada puede ser reentregada por el recipiente y la informacion no sera protegido por la ley federal de regulaciones.

Yo entiendo que por dar autorizacion para obtener o entregar informacion de la segun identificada arriba es voluntaria. Yo no necesito firmar esta autorizacion para recibir tratamiento de salud.

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

Firma del paciente o representante legal

Si firmado por un representante legal, la relacion al paciente \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que la informacion en mi expediente puede incluir resultados como infecciones transmitidos sexuales incluyendo el SIDA. Tambien puede incluir informacion como problemas mentales y servicios, tratamiento como para el abuso de drogas y alcohol. Yo entiendo que yo necesito dar autorizacion especifica para tal entrego de expediente.

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

Firma del paciente o representante legal

Si firmado por un representante legal, la relacion al paciente \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# **MEDICINA MATERNA FETAL**

## **Consentimiento de Pago**

### **Pago Del Paciente**

Yo entiendo que soy responsable por el pago completo de los servicios proveidos por medicina materna fetal. Yo reconosco que cualquier cantidad que sea designada al paciente es mi responsabilidad. Tambien entiendo que el pago deber ser hecho cuando termine mi consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### ***Covertage De Seguro***

Yo entiendo que Medicina Materna Fetal llenara los papeles necesarios con mi compania de segura. Estoy de acuerdo en pagar cualquier deducible o co-pago que es considerado responsabilidad del paciente

Si mi compania de seguro determina que no cubrira los servicios yo sere responsable de la cuenta.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### ***Consentimiento De Entregar El Expediente Clinico***

En orden de que la compania de seguro prosese el reclamo nosotros necesitaremos que usted autorise. Que su expediente clinico sea revisado por la compania de seguro. Ellos usaran este consentimiento como el original

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Medicina Materna Fetal De El Sur De La Fl**

### **Datos Sobre La Fibrosis Quistica**

#### **Que es la fibrosis quistica?**

- La fibrosis quistica (o CF en ingles) es un desorden hereditario que afecta mas de 25,000 ninos Americanos.
- Los sintomas de CF pueden variar de persona a persona pero principalmente incluye congestión del pulmón (el conducir a problemas respirando y infecciones recurrentes) diarrea, y no creciendo bien. La mayoría de los ninos con CF tiene problemas medicas severas y algunos pueden morir de edad joven. Otros tienen bien poquitos sintomas que ellos ni cuenta se dan que tiene el CF.
- La inteligencia es normal en personas con CF
- Aunque no hay cura para el CF en este momento, comoquiera el progreso esta hecho en mejorando el tratamiento y investigacion para el curo. Augues muchos ninos con el CF han muerto muchos todavia viven has las 20 a 30 anos.

#### **Possibilidades que mi bebe puede tener el Fibrosis Quistica?**

- Usted puede tener un bebe con CF aunque no hay historia en la familia. El riesgo aproximado que una pareja sin algun historia familiar de CF que tengan un bebe con CF es:

<u>Fondo Etnico</u>	<u>Riesgo aproximado</u>
Parejas Caucásico	1 en 2,500
Parejas Hispanos	1 en 8,000
Parejas Americanos Africanos	1 en 15,000
Parejas Asianos	1 en 32,000
Otros	dato insuficiente

- Si hay historia de CF en las familia, entocens el riesgo de una pareja tener un bebe con CF puede ser mas alto que el riesgo arriba.
- Analysis de CF puede determinar si usted es cargador y estar de riesgo para tener un bebe con CF.
- Portadores tiene un gene trabajando y un gene no trabajando. Ellos no tiene un problema de salud mayor relacionado con ser portador.
- Personas con el CF tienen dos genes que no estan trabajando.
- Si la pareja son los dos portadores hay un riesgo de 1 in 4 (25%) chance con cada embarazo que ellos pueden tener un bebe con el CF

#### **Que analysis son disponible?**

- Hay un examen de sangre que puede detectar si usted o su socio son portadores del CF.
- El instituto de salud nacional declaracion Sin embargo, la certitud del examen es diferente en personas de diferente origen etnico y racial. En algunos grupos etnicos el examen para portador tiene una certitud de 97% mientras que para otros grupos etnicos so lamente tiene una certitud de 30%. El examen para detectar a los portadores se puede hacer tomando una pepuena muestera de sangre, o removiendo celulas del interior de la boca una brochita.

Cuando los dos miembros de una pareja son portadores de CF, la posibilidad de tener un hijo con CF es 25% (1en 4). O, se dice con mas optimismo, dicha pareja tiene la posibilidad de 75% (3 chances en 4), en cada embrazo, de que su hijo no tenga CF. La posibilidad es la misma si el bebe es varon o hembra.

Cuado los dos miembros de una pareja saben que son portadores de CF, ellos tienen la opcion de hacerse un examen de diagnostico prenatal. Por ejemplo, una amnocentesis o una biopsia de vellosidades corionicas (CVS en ingles), son examenes para saber si hay un problema durante el embrazo. Consejeros de genetica y los proveedores de salud pueden explicar las complejidades de los examenes para detectar portadores y el diagnostico prenatal.

#### **A quien le puede beneficiar el examen de portador CF?**

Individuos que tienen un partiente con CF, parejas que estan planeando un embarazo en el futuro, O parajas que estan embarazadas, puede que les interese hacerse el examen de portador de CF. Preguntele a su proveedor de salud o consejero de genticas si examen de portador o el diagnostico prenatal es apropiado para usted.

Nosotros podremos darle mas informacion segun analysis and contestarle algunas preguntas adicionales. Porfavor indique si gustaria mas informacion o estas interesada en el fibrosis quistico .

\_\_\_ Si, Yo gustaria mas informacion del Fibrosis Quistico.

\_\_\_ No, No estoy interesada en recibiendo mas informacion segun este examen.

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

Fecha \_\_\_\_\_

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

Fecha \_\_\_\_\_

**MATERNAL FETAL MEDICINE OF SOUTHWEST FLORIDA  
DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS EN PROVEER LA INFORMACIÓN  
ACERCA DE LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**

La Terminación de Embarazo (aborto provocado) es un tema difícil para todo el mundo, tanto para la mujer como para sus médicos. Como médicos de Maternal Fetal Medicine, tenemos la obligación médica de discutir todas sus opciones pertinentes, incluso la terminación del embarazo en ciertas situaciones. Si le ofendemos en cumplir con nuestras obligaciones médicas, queremos que sepa que no era nuestra intención, y le pedimos aceptar nuestras disculpas.

El embarazo es uno de los eventos más felices en la vida de una persona, pero unos embarazos se complican por bebés con defectos graves, enfermedades médicas peligrosas, y graves complicaciones de embarazo. En los Estados Unidos de América, la terminación del embarazo es una opción legal. Los médicos y los empleados de Maternal Fetal Medicine of Southwest Florida somos defensores de los derechos de nuestros pacientes. En discutir su caso y sus opciones, no queremos tener ninguna influencia en su decisión, aparte de proveerle a Ud. la información suficiente para que pueda tomar su propia decisión. Mantenemos una posición neutral respecto a este tema tan importante. Sabemos que tenemos una obligación de proporcionar a nuestros pacientes la información necesaria acerca de su situación médica, y tratamos de no promover una posición u otra.

En el estado de Florida, la terminación del embarazo es una opción legal hasta que el feto haya logrado la habilidad de sobrevivir afuera de la madre (esa habilidad se desarrolla entre las 22 hasta las 24 semanas de embarazo.) Las leyes acerca de terminación de embarazo de los varios Estados son parecidas, pero no son idénticas. En ciertos Estados, la opción de terminar el embarazo se extiende hasta los principios del tercer trimestre. Terminación del embarazo puede efectuarse por media médica o por técnicas quirúrgicas, después de consideraciones de varios factores, incluso la edad del feto, la salud materno, las indicaciones para la terminación, y otros factores.

Puede que su seguro no pague los gastos de la terminación del embarazo. Factores que a veces tienen que ver con el pago para los gastos de terminación incluyen beneficios específicos de su plan, sus circunstancias individuales, arreglos con el procedimiento de la terminación, así como otros factores. Si Ud. necesita más información acerca de sus opciones para la terminación de su embarazo, pregúntele a nuestros médicos o empleados. Ellos tratarán de proporcionarle esa información de una manera discreta.

Reconozco haber recibido y leído esta información. Se me han explicado mis preguntas, y entiendo la información que he recibido.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

## 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 Fecha de nacimiento

**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

COMPLY.PRI.014.002 Rev. Date 9/23/2013

# Verificación de Información del Paciente

## Datos Demográficos Sobre el Paciente:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su dirección recientemente?  Sí  No

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono en la casa:  \_\_\_\_\_ Teléfono Celular:  \_\_\_\_\_

Teléfono en el trabajo:  \_\_\_\_\_ Por favor indique cual número de teléfono es mejor para noticias.

Dirección para Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## Información del Seguro:

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado su seguro recientemente?  Sí  No

## Contacto de Emergencia:

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## Farmacias:

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_ Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

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

Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: FL Código Postal: \_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: FL Código Postal: \_\_\_\_\_

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

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

Intersección: \_\_\_\_\_ Intersección: \_\_\_\_\_

## Misceláneo:

Nombre de obstetra o clínica que la refirió: \_\_\_\_\_

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