



ALERGIAS:

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 círculo 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



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



**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



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

*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.