

MRN: N.º de historia clínica: _____



Today's Date: Fecha de hoy: _____

Patient Information: Información del paciente:

Name: Nombre: _____ Date of Birth: Fecha de nacimiento: _____

SSN#: N.º de Seguro Social: _____ Marital Status: Estado civil: S M C D W V

Address: Dirección: _____

City: Ciudad: _____ State: Estado: _____ Zip: Código postal: _____

Home Phone: Teléfono particular: _____ Cell Phone: Teléfono celular: _____

Emergency Contact: Contacto de emergencia: _____ Phone: Teléfono: _____ Relationship: Relación: _____

Patient Employer: Empleador del paciente: _____ Phone: Teléfono: _____

Address: Dirección: _____ City: Ciudad: _____ State: Estado: _____ Zip: Código postal: _____

Referring Physician: Médico que deriva: _____ LMP: Último período menstrual: _____

Due Date: Fecha de finalización: _____

Primary language? ¿Idioma principal? _____

How well do you speak English? ¿Cómo es su nivel de inglés? Well Bueno Fair Intermedio Poor Malo

Email: Correo electrónico: _____

Spouse's Information: Información del cónyuge:

Spouse's Name: Nombre del cónyuge: _____ Date of Birth: Fecha de nacimiento: _____

SSN#: N.º de Seguro Social: _____ Phone #: N.º de teléfono: _____

Employer: Empleador: _____ Phone #: N.º de teléfono: _____

Insurance Information: Información del seguro:

Primary Insurance: Seguro principal: _____ Group #: N.º de grupo: _____ ID#: N.º de identificación: _____

Insured's Name: Nombre del asegurado: _____ Date of Birth: Fecha de nacimiento: _____

SSN#: N.º de Seguro Social: _____ Relationship to patient: Relación con el paciente: _____ HMO PPO POS EPO

Insurance Co. Address: Dirección de la compañía de seguros: _____ City: Ciudad: _____

State: Estado: _____ Zip: Código postal: _____ Phone #: N.º de teléfono: _____

Secondary Insurance: Seguro secundario: _____ Group #: N.º de grupo: _____

ID#: N.º de identificación: _____

Insured's Name: Nombre del asegurado: _____ Date of Birth: Fecha de nacimiento: _____

SSN#: N.º de Seguro Social: _____ Relationship to patient: Relación con el paciente: _____ HMO PPO POS EPO

Insurance Co. Address: Dirección de la compañía de seguros: _____ City: Ciudad: _____

State: Estado: _____ Zip: Código postal: _____ Phone #: N.º de teléfono: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
A FAMILIA Y AMIGOS

Autorizo al consultorio a tratar fechas de citas, horas, ubicación, antecedentes personales, diagnóstico, tratamiento, resultados de laboratorio realizados por Integrated Genetics/LabCorp, pronosis, información financiera, del seguro y facturación con los indicados a continuación. Comprendo que mi proveedor de atención médica o el de mi hijo/a utilizará su criterio para compartir esta información con el fin de promover la continuidad de la atención médica. La divulgación de copias de la historia clínica requerirá una autorización firmada conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Este permiso se considerará en curso hasta que indique lo contrario por escrito.

La información médica personal se puede divulgar a las siguientes personas:

1. _____
2. _____
3. _____

Sí **No** El personal del consultorio tiene mi permiso para compartir mi información médica personal o la de mi hijo/a con familiares u otras personas que se encuentren en la habitación conmigo o con nosotros durante la cita.

EL PERSONAL DEL CONSULTORIO TIENE MI AUTORIZACIÓN PARA DEJAR MENSAJES SOBRE EL TRATAMIENTO (POR EJ., RESULTADOS DE LABORATORIO) EN MI:

- Número de teléfono particular: _____ Número de teléfono celular: _____
- SIN INFORMACIÓN:** No autorizo a divulgar ninguna información verbal (que no sean los recordatorios de citas a los números que he proporcionado).

Firma del representante autorizado/paciente

Fecha de la firma

Nombre del paciente en letra de imprenta

Autoridad del representante autorizado* para actuar en nombre del paciente: Padre, madre/tutor legal Poder

*Se debe proporcionar evidencia de autoridad y debe estar en el archivo con la consulta.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RATIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de Privacidad («Aviso») brinda información sobre: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes y 2) cómo podemos usar y divulgar la información médica protegida sobre nuestros pacientes. Las regulaciones federales requieren que proporcionemos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados nuestro Aviso antes de firmar esta ratificación. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo electrónico) a privacy_officer@pediatrix.com o una carta a:

Funcionario de Privacidad
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

Al firmar este formulario, solo está ratificando que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha



NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Nuestros médicos y personal están preocupados por el costo de su atención médica y han realizado un esfuerzo considerable para fijar nuestros honorarios. Le garantizamos que nuestros cargos reflejan la capacidad y la experiencia requerida para la evaluación y la gestión de su afección. Participamos en numerosos planes de atención de salud administrados. Sin embargo, si tiene preguntas con respecto a nuestra participación en su plan específico, no dude en preguntar o contactarse con su proveedor del seguro para su aclaración. Si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra política financiera o nuestros honorarios, no dude en tratarlas con nuestra oficina de facturación llamando al 888-822-2855. De acuerdo con SB1731, a pedido, se le proporcionará una declaración detallada de cargos que incluya una explicación de dichos cargos dentro de un período de diez (10) días hábiles. Los participantes de Medicaid o HMO comprenden que es su responsabilidad proporcionar toda la información de cobertura necesaria, como así también obtener autorización previa de su médico de atención primaria.

Tenga en cuenta: Si no brinda esta información, tendrá como resultado que sea financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS REGISTROS

Por medio del presente, autorizo a Obstetrix Medical Group of Dallas a divulgar cualquier información médica, incluso, entre otros, información con respecto a las enfermedades transmisibles como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, antecedentes personales, notas de progreso o cualquier otra información relacionada a: 1) Representantes de agencias locales, estatales o federales de acuerdo con la ley. 2) Mi compañía de seguros o sus representantes designados. 3) Personas financieramente responsables de mi atención médica o tratamiento para obtener el pago de los gastos incurridos.

COMPRENDO QUE MI INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER NECESARIA PARA QUE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PROCESA UN RECLAMO. ADEMÁS, COMPRENDO QUE AL NO FIRMAR ESTA DIVULGACIÓN, ACEPTO RESPONSABILIDAD FINANCIERA COMPLETA Y PAGARÉ TODOS LOS CARGOS EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Aunque nos complace ayudarlo a presentar y apelar su reclamo, comprenda que su política del seguro es un acuerdo entre usted y la compañía de seguros. Usted es responsable de todos los gastos incurridos legalmente, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no.

En el momento en que se prestan los servicios, se requieren sus deducibles, copago o parte del porcentaje.

Aceptamos MasterCard, Visa, Discover y American Express, cheques, dinero en efectivo u órdenes de pago.

Por medio del presente, autorizo a transferir todos los beneficios o para mi beneficio conforme a la internación, enfermedad, accidente o cualquier otra cobertura del seguro para el pago de los servicios prestados para Obstetrix Medical Group of Dallas. Comprendo que si esta cuenta se vuelve morosa, seré responsable financieramente del cobro y los honorarios del abogado.

Acepto cumplir con todas las disposiciones de la política requeridas por mi compañía de seguros.

Mi firma o la de mi representante confirman mi comprensión de lo anterior.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente en letra de imprenta

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta

INFORMACIÓN IMPORTANTE CON RESPECTO A LA ECOGRAFÍA

¿Qué es la ecografía?

La ecografía utiliza el mismo principio que el sonar. Las ondas sonoras de la sonda de ultrasonido (más allá del rango de audición del ser humano) rebota del útero, la placenta y el bebé, y hace ecos que una computadora convierte en imágenes detalladas. En esencia, una ecografía es una serie de imágenes del bebé y los órganos en la pelvis de la madre.

¿Es segura la ecografía?

Ha habido una evaluación extensiva de la seguridad de la ecografía de diagnóstico. No existe evidencia documentada de que la ecografía de diagnóstico cause daños a la madre o al bebé cuando se usa energía y frecuencia normal. Las ecografías realizadas en nuestro centro médico se realizan con el nivel de energía más bajo que razonablemente puede lograr una imagen significativa.

¿Una ecografía normal prueba que mi bebé no tendrá anomalías?

La ecografía puede detectar muchas anomalías, pero algunas no son detectables mediante el ultrasonido. El examen le brinda información sobre el tamaño y la forma del bebé, y los órganos del bebé, pero no brinda información completa sobre la función de los órganos del bebé ni nos informa que el bebé esté completamente «saludable». Las anomalías del cerebro funcionan como un retraso mental que no se puede detectar mediante una ecografía. Además, existen muchas afecciones que evolucionan con el paso del tiempo, que parecieran normales en el momento de la ecografía pero se vuelven evidentes posteriormente en el embarazo. Debe saber que incluso con una ecografía completa, es posible que no podamos encontrar anomalías fetales existentes o dichas anomalías que aparecen posteriormente en el embarazo o después de nacer. Por lo tanto, aunque la ecografía es una herramienta de diagnóstico muy útil, no se debería considerar prueba absoluta de que el bebé sea normal.

¿Puede la ecografía determinar si existen anomalías cromosómicas?

Los hallazgos en una ecografía pueden ser un indicador de posibles anomalías cromosómicas, pero no son definitivas. Actualmente, la única forma de evaluar los cromosomas del bebé con certeza es realmente obtener una muestra de las células del bebé mediante amniocentesis, muestras de vellosidades coriónicas o muestras de sangre fetal. Algunos embarazos son de alto riesgo por las anomalías cromosómicas fetales, debido a la edad de la madre, los resultados de los análisis de sangre o los hallazgos en la ecografía. Es importante comprender que una ecografía no puede afirmar con seguridad si el recuento de cromosomas del bebé es normal o anormal. Una ecografía normal no garantiza que los cromosomas sean normales. Si tiene alguna pregunta con respecto a la ecografía, no dude en preguntar al ecógrafo, perinatólogo o a su médico. Se requiere que firme este documento antes de la ecografía para ratificar que ha leído y comprendido la información de este formulario y ha tenido la oportunidad de formular preguntas.

Firma del paciente/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Today's Date *Fecha de hoy:* _____

Patient Name *Nombre* _____

Date of Birth *Fecha de Nacimiento* _____

Social Security Number *Numero de Seguro Social:* XXX-XX-_____

Are you currently Pregnant? Yes/Si No
Esta embarazada

What is your height? _____
Su estatura

What was the first day of your last menstrual period?: _____
Cuando fue el primer dia de su ultima regla

What is your due date?: _____
Cual es la fecha supuesta de parto

What is your blood type?: _____
Tipo de sangre

Have you had a sonogram / ultrasound during the current pregnancy? Yes/Si No
Ha tenido un sonograma / ultrasonido durante este embarazo

Do you wish to know the sex of the baby? Yes/Si No
Desea saber el sexo del bebe'

Is this an IVF pregnancy? *Embarazo in vitro fertilization* Yes/Si No

Are there any problems with your current pregnancy?: _____
Tiene problems con este embarazo? Si la respuesta es si, describelos abajo

Prior Pregnancies: *Embarazos anteriores:*

____ Number of total pregnancies / *Numero de embarazos*

____ Number of pregnancies carried to full term / *Numero de embarazos continuado a termino entregados prematuramente*

____ Number of pregnancies delivered prematurely / *Numero de embarazos*

____ Number of miscarriages / *Aborto espontaneos (aborto natural)*

____ Number of tubal / ectopic pregnancies / *Numero de embarazos de trompa / ectopicos*

____ Number of abortions / *Numero de abortos*

____ Number of multiple births / *Numero de embarazos multiples (gemelos, trillizos)*

____ Number of living children / *Numero de hijos viv*

Complete the table below for each pregnancy (living or deceased) start with your first pregnancy

Llena la informacion en el cuadro abajo para cada embarazo, empezando con el primero

Year <i>Año</i>	Weeks (full term = 40 wks) <i>Semanas</i>	Labor Length <i>Duracion de parto</i>	Birth Weight <i>Peso de nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i>	Type of Delivery (Vaginal / C-section) <i>Tipo de parto</i> (vaginal o cesarean)	Type of Anesthesia <i>Anestesia</i>	Place of Birth <i>Lugar de Nacimiento</i>

How would you describe your ancestry (check all that apply):

Como describirias tu ascendencia (marca todos los aplicables)

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> White
<i>Blanco</i> | <input type="checkbox"/> French Canadian
<i>Canadiense Frances</i> | <input type="checkbox"/> Samoan
<i>Samoano</i> | <input type="checkbox"/> Vietnamese
<i>Vietnames</i> | <input type="checkbox"/> Asian-East Indian
<i>Asiatico – Indias Orientales</i> |
| <input type="checkbox"/> African
<i>Africano</i> | <input type="checkbox"/> Native American
<i>Americano Nativo</i> | <input type="checkbox"/> Chinese
<i>Chino</i> | <input type="checkbox"/> Laos | <input type="checkbox"/> Hawaiian
<i>Hawaiano</i> |
| <input type="checkbox"/> Hispanic
<i>Hispano</i> | <input type="checkbox"/> Greek
<i>Griego</i> | <input type="checkbox"/> Cambodian
<i>Camboyano</i> | <input type="checkbox"/> Taiwanese
<i>Taiwanes</i> | <input type="checkbox"/> Guamanian
<i>Guamaniano</i> |
| <input type="checkbox"/> Ashkenazi Jewish
<i>Judio Askenazi</i> | <input type="checkbox"/> Italian
<i>Italiano</i> | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Korean
<i>Coreano</i> | <input type="checkbox"/> Middle Eastern
<i>Medio Oriental</i> |
| <input type="checkbox"/> Japanese <i>Japones</i> | <input type="checkbox"/> Other Southeast Asian | <input type="checkbox"/> Unknown Race <i>Raza desconocida</i> | <input type="checkbox"/> Other _____ | |

How would you describe the ancestry of the father of this baby (check all that apply):

Como describirias tu ascendencia del padre este bebe (marca todos los aplicables)

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> White
<i>Blanco</i> | <input type="checkbox"/> French Canadian
<i>Canadiense Frances</i> | <input type="checkbox"/> Samoan
<i>Samoano</i> | <input type="checkbox"/> Vietnamese
<i>Vietnames</i> | <input type="checkbox"/> Asian-East Indian
<i>Asiatico – Indias Orientales</i> |
| <input type="checkbox"/> African
<i>Africano</i> | <input type="checkbox"/> Native American
<i>Americano Nativo</i> | <input type="checkbox"/> Chinese
<i>Chino</i> | <input type="checkbox"/> Laos | <input type="checkbox"/> Hawaiian
<i>Hawaiano</i> |
| <input type="checkbox"/> Hispanic
<i>Hispano</i> | <input type="checkbox"/> Greek
<i>Griego</i> | <input type="checkbox"/> Cambodian
<i>Camboyano</i> | <input type="checkbox"/> Taiwanese
<i>Taiwanes</i> | <input type="checkbox"/> Guamanian
<i>Guamaniano</i> |
| <input type="checkbox"/> Ashkenazi Jewish
<i>Judio Askenazi</i> | <input type="checkbox"/> Italian
<i>Italiano</i> | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Korean
<i>Coreano</i> | <input type="checkbox"/> Middle Eastern
<i>Medio Oriental</i> |
| <input type="checkbox"/> Japanese <i>Japones</i> | <input type="checkbox"/> Other Southeast Asian | <input type="checkbox"/> Unknown Race <i>Raza desconocida</i> | <input type="checkbox"/> Other _____ | |

- **Are you and the father of this baby blood relatives (ex: cousins)?** Yes/Si No
Son parientes de sangre tu y el padre de este bebe? (por ejemplo, primos)

- **What is your occupation? /Cual es su ocupacion** _____

- **What is the name of the father of this baby?** _____
Cual es nombre del padre de este bebe

- **What is the occupation of the father of this baby?** _____
Cual es la ocupacion del padre de este bebe

- **What is the age of the father of this baby? Cual es la edad del padre de este bebe** _____

- **Is the father of this baby your partner? Es el padre de este bebe tu pareja** Yes/Si No

- **Have you had exposure to:** *Ha tenido exposicion a:*

<input type="checkbox"/> Cat litter / Arena higienica de gato	<input type="checkbox"/> X-Rays/ Rayos X	<input type="checkbox"/> Chemicals/ Quimicos
<input type="checkbox"/> Fever/ Fiebre	<input type="checkbox"/> Infections/ Infeccion	<input type="checkbox"/> Rashes/ Erupcion

- **Do you or have you taken any medications in the last year?** Yes/Si No
Tomas actualmente o has tomado medicamentos durante el ultimo ano

Medications taken / Medicamentos tomados	Date taken / Fecha que se tomaron

- **Have you taken any medications other than Prenatal vitamins since becoming Pregnant?** Yes/Si No
Has tomado algun medicamento aparte de las vitaminas prenatales desde qu quedaste embarazada
If yes what type / que tipo: _____

- **Do you smoke? Usted fuma** Yes/Si No **If yes, how much? Si la respuesta es si, cuento** _____

- **Have you used any street drugs since becoming pregnant** Yes/Si No
Has usado drogas desde que quedaste embarazada
If yes what type / que tipo _____

- **Have you consumed any alcoholic beverages since becoming pregnant** Yes/Si No
Has ingenido bebidas alcoholicas desde que quedaste embarazada
If yes what type / que tipo _____

- **Are you allergic to any drugs or any other known allergies? If so, please specify** _____
Tienes alergias a drogas/medicamento o tipo de alergias?? Si la respuesta es si, anotalos aqui

- **Any other not mentioned above / Cualesquier otras afecciones herencia de familia** Yes/Si No
Comments /Comentarios: _____

Do you, the father of this baby, or any close relatives have any of the following?

If yes, please specify which relative:

Tienes tu, el padre de este bebe o cualquier familiar inmediato cualquiera de las siguientes afecciones

<ul style="list-style-type: none"> • Thalassemia (Greek, Mediterranean, or Asian Background) MCV <80 <i>Talasemia (ascendencia griego, mediterranea o asiatico) MCV<80</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Neural Tube Defect (Meningomyelocele Spina Bifida, or Anencephaly) <i>Defecto tubarico neural (meningomielocele espina bifida or anencefalia)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Congenital Heart Defect / Defecto cardiac congenito 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Down Syndrome / Syndrome de Down 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Tay-Sachs (Jewish, Cajun, French Canadian) <i>(p.ej., Judo, Cajun, Canadiense frances)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Sickle Cell Disease or Trait (African) <i>Enfermedad o caracterstica drepanocitica (African)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Hemophilia or Bleeding Problems / Hemofilia o problemas hemorragicos 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Muscular Dystrophy / Distrofia muscular 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Cystic Fibrosis / Fibrosis quistica 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Canavan Disease / Enfermedad de Canavan 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Mental Retardation/Autism/Learning Disorder <i>Atraso mental/autismo/trastomo de aprendizaje</i> If Yes; Tested for Fragile X? Si la respuesta es si, prueba de X fragil 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Huntington Chorea / Corea de Huntington 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Other Inherited Genetic or Chromosomal Disorder <i>Otro trastomo genetico o chromosomal heredado</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Maternal Metabolic Disorder (Insulin dependent diabetic, PKU) <i>Trastomo metabolico materno (p.ej. diabetes dependiente de insulin, PKU)</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Patient of Baby's Father had a child with Birth Defects not listed. <i>Pacienta o padre de este bebe a tenido un hijo con defectos no en esta lista</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Recurrent Pregnancy Loss or Stillbirth <i>Perididas de embarazo o nacimientos muertos recurrentes</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Blindness or Deafness / Ceguera o sordera 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Bone or Skeletal Disorder (Dwarfism) / Trastomo oseo o esqueletico (enanismo) 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Breast, Ovarian or Colon Cancer / Cancer de mamas, ovarico o de colon 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Kidney Disorder / Trastorno renal 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Do either you or any parents, siblings, or children have diabetes? <i>Tienes diabetes tu, tupaadre/madre, hermanos/hermanas o hijos</i> 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No
<ul style="list-style-type: none"> • Blood Clots, Stroke / Coagulos sanguineos, apoplejia 	<input type="checkbox"/> Yes/Si _____	<input type="checkbox"/> No

Do you have or have you had any of the following conditions / Tienes o has tenido cualquiera de las siguientes afecciones

Unexplained Fever / Fiebre inexplicada	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Ashtma / Asma	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Lung Problems / Problemas Pulmonares	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Heart Murmur / Mumullo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Heart Disease / Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Heart Problems / Otros Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
High Blood Pressure in Pregnancy / Alta Presion Durante el Embarazo	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
High Blood Pressure, Other / Alta Presion, otra	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Liver Problems / Problemas Hepaticos	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Bladder or Kidney Infections / Infecciones de la Vejiga o Renales	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Kidney Stones / Calculos Renales	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Diabetes (High Blood Sugar) / Diabetes (azucar en sangre alto)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Thyroid Problems / Problemas Tiroideos	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Hormone Problems / Otros Problemas Hormonales	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Epilepsy, Seizure Disorder / Epilepsia, Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Migraine, Cluster Headaches / Jaqueca , Cefalea Histaminica	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Other Recurring Headaches / Otros Dolores de Cabeza Recurrentes	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Depression / Depresion	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Panic Attack Disorder / Ataques de Panico, Trastorno de Panico	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Pyschiatric, Mental, Emotional Problems / Problemas Psiquiatricos, Mentales, emocionales	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Skin Problems / Problemas de la Piel	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Arthritis, Joint Pains / Arthritis, Dolor de las Articulaciones	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Lupus	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Rheumatic Fever / Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Blood Transfusions / Tranfusiones de Sangre	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Bleeding Tendency / Tendencia Hemorragica	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Blood Clots, Thrombophlebitis / Coagulos Sanguineos, Tromboflebitis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Rh Sensitized / Sensibilizacion del Factor Rh	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Any Known Allergies / Tiene Alergias Conocidas	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura
Any Past Surgeries (If yes, please list below) Intervenciones Quirugicas previas (escribir abajo)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure No Segura

Past Surgeries / Intervenciones Quirugicas Previas

Year / Ano	Type of Surgery / Tipo de Operacion	Type of Anesthesia / Tipo de Anestesia	Hospital/City Hospital/ Ciudad

Reviewed by: _____

Providers Name