

Perinatal Center of Oklahoma. PLLC

INFORMACIÓN DEL PACIENTE POR FAVOR LEA TODA FORMA

Queremos darle la bienvenida al centro Perinatal de Oklahoma.
Abajo se encuentra información útil sobre su cita.

No necesitamos que lleguen temprano a su cita. Por favor llegue a tiempo o unos minutos antes de su cita. Si tiene más de 15 minutos tarde a su cita se le pedirá que reprogramar su cita. Por favor esté seguro y llame a nuestra oficina si piensa que usted va a llegar tarde.

Emergencias imprevistas- Tenga en cuenta que no somos una oficina de OB/GYN típica. Tenemos emergencias ocasionales que requieren nuestra atención inmediata. Haremos siempre nuestro mejor intento para mantenerle informado, pero por favor entiendan si su cita se retrasa que intentamos proporcionar el óptimo cuidado a todos nuestros pacientes. Nos disculpamos por cualquier retraso que puede suceder. Entendemos que su tiempo es valioso, pero le pedimos que anticipe estar dos horas para su cita. Esto incluye cualquier tiempo de espera y el tiempo de su cita. Por favor lea nuestra polisa para el tiempo de espera en cuanto llegue a su cita.

No necesita beber grandes cantidades de agua antes de su examen.

No se permite que los ultrasonidos sean vídeo grabados o grabado por los pacientes o sus familiares. Le daremos sus imagines por correo electrónicos o texto para que pueda compartirlo con sus familiares y amigos también para que pueda sacar las copeas que usted gustaría.

A menos que se han establecido acuerdos de pago, el pago se debe al tiempo se prestan los servicios.

Puede acceder a nuestro sitio Web en www.perinatalok.com. Proporciona Información adicional útil sobre el centro Perinatal de Oklahoma.

Por favor llene la informacion en ambos lados de este formulario

Perinatal Center of Oklahoma, PLLC

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Telefono de casa: _____ Telefono de trabajo: _____ Telefono celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Numero de Seguro Social: _____

Empleador: _____

EN CASO DE CAMBIO DE CITA O DE EMERGENCIA NOTIFIQUE:

Nombre: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Llene la información del titular de la póliza aunque tengamos copia de la tarjeta. Esta es informacion que no se puede obtener de la tarjeta.

Seguro #1 Nombre:	Seguro #2 Nombre:
Nombre del titular	Nombre del titular
Numero de seguro social	Numero de seguro social
Fecha de nacimiento: Relacion con el paciente:	Fecha de nacimiento: Relacion con el paciente:
Empleador:	Empleador:

Médico de referencia: _____ Telefono: _____

Farmacia: _____ Telefono: _____

(Por favor firme las tres lineas)

Autorizo el tratamiento médico para mí o mi familiar. Entiendo que soy responsable de todos los gastos incurridos independiente del estado del seguro . Estoy de acuerdo en pagar por los servicios que se prestan y pagar con prontitud a la recepción de un comunicado

X _____
FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar estos proveedores de servicios presentadas en mi nombre. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Yo autorizo que la información necesaria para garantizar el pago de mi seguro.

X _____
FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Reconozco que he estado provisto de un AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE que proporciona una descripción del uso de la información y divulgaciones.

X _____
FIRMA DEL PACIENTE O Representante legal _____ FECHA _____

Por favor llene la informacion en ambos lados de este formulario

Perinatal Center of Oklahoma, PLLC

Nombre: _____ fecha de su visita: _____ fecha de nacimiento: _____

Rasa: _____ Su edad cuando de a luz: _____ Edad del papa del bebe: _____

Rason por su visita / Problema actual: _____

ANOTE TODOS SUS EMBARAZOS PREVIOS ABAJO JUNTO CON CUALQUIER COMPLICACION QUE AYA TENIDO

Año	Circule Pario <i>Aborto Involuntario</i> o Aborto	Circule tipo de entrega	Semanas a parir	Sexo	Peso al nacer	Complicaciones
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		
	P I A	Vag C/S		M F		

Numero total de hijos vivos _____

Historial de Embarazo/Ginecologico (favor de circular su respuesta, Si es si for favor explique en la linea)

Fecha del ultimo ciclo menstrual: _____ Ciclos regulares : **S N** _____ Fecha de parto: _____

Fertilización in vitro: **S N** – Fecha de Transferencia: _____

Alguna vez le an dicho que tiene una abnormalidad uterina: **S N** _____

Alguna vez a sido diagnosticada con una enfermedad de transmission sexual: **S N** _____

Alguna vez le an dicho que tuvo una prueba de Papanicolaou abnormal: **S N** _____

Alguna vez a tenido un procedimiento de cuello del útero: **S N** _____

A tenido un ultrasonido con este embarazo: **S N** A cuantas semanas? _____

A tenido pruebas para el syndrome de down, espina Bifida y trisomia 18: **S N**

Cuando y sabe los resultados? _____

A tenido alguna complicacion con **este** embarazo?: **S N**

Por favor explique: _____

Usted tiene alguna pregunta o preocupacion que le gustaría hablar con el médico de hoy: **S N**

Por favor explique: _____

Historial Medico de usted (favor de circular su respuesta, Si es si for favor explique en la linea)

1. Corazon/Cardiaco.....S/N _____ 13. Alergies (medicina or latex) _____

2. Diabetes.....S/N _____ 14. Cirujias (tipo y año) _____

3. Ataques/Epilepsia.....S/N _____ _____

4. Precion Alta.....S/N _____

5. Asma.....S/N _____ 15. Alguna otra condicion significativa _____

6. Depresion.....S/N _____ _____

7. Tuberculosis.....S/N _____

8. Hepatitis.....S/N _____ 16. Medicamentos actuales (prescrito, sin receta, suplementos

9. Disfunción de la tiroides...S/N _____ a base de hierbas, y vitaminas)

10. Desorden sanguineo transfusiones .S/N _____ **Medicamento: Dosis: Frecuencia:**

11. Trastorno autoinmune....S/N _____ _____

12. Uso de alcohol, tabaco o drogas ilegales...S/N _____

Tipo: Actual o en el pasado: Cantidad diaria:

Por favor llene la informacion en ambos lados de este formulario

Perinatal Center of Oklahoma, PLLC

Nombre del paciente: _____

HISTORIA GENETICA:

Usted o alguien de su familia a tenido:

Familia del paciente

Papa del bebe

Un hijo/a con retraso mental?

Si No

Si No

Un hijo/a con syndrome de down?

Si No

Si No

Un hijo/a con problemas cromosomicos?

Si No

Si No

Problemas de aprendizaje o retraso en el desarrollo?

Si No

Si No

Labio leporino o paladar hendido?

Si No

Si No

Defecto del corazon?

Si No

Si No

Espina Bifida, defeto del craneo o anencefalia?

Si No

Si No

Fibrosis quística?

Si No

Si No

A tenido prueba de fibrosis quistica con este embarazo?

Si No

Si No

Enfermedad de musculo o neuromuscular?

Si No

Si No

Hemofilia?

Si No

Si No

Anemia falciforme, talasemia o algun otro desorden de sangre?

Si No

Si No

Trastorno renal?

Si No

Si No

Enfermedad de Huntington?

Si No

Si No

Tay Sach's, enfermedad de Canavan o Familiar Dysautonomia?

Si No

Si No

Algun defecto de nacimiento o desorden genetico no descrito arriba?

Si No

Si No

Son usted y el padre del bebé relacionados por sangre?

Si No

Si su respuesta es "si" a alguna de las preguntas de arriba, Porfavor describa el parentesco con su familiar y los detalles de su condicion. _____

Por favor llene la informacion en ambos lados de este formulario

PERINATAL CENTER OF OKLAHOMA

Imagen consentimiento de correo

Este acuerdo de exención de responsabilidad y autorización establece los términos y condiciones en las que, el paciente autoriza a PERINATAL CENTER OF OKLAHOMA para transmitir sus imágenes de ultrasonido a una dirección de correo electrónico de su elección . Este acuerdo entrará en efecto de la fecha de su firma y terminará después de que todas las imágenes de todo el embarazo sean enviadas a usted. PERINATAL CENTER OF OKLAHOMA no es responsable de la seguridad de las imágenes de ultrasonido una vez que los destinatarios de correo electrónico que haya descarga las imágenes . Al dirigir a PERINATAL CENTER OF OKLAHOMA para transmitir las imágenes a un correo electrónico que usted especifique, se autoriza a PERINATAL CENTER OF OKLAHOMA proporcionar imágenes de la persona que posee o utiliza el correo electrónico y toda persona que pueda tener acceso a ese correo electrónico

Quiero que mis imágenes de ultrasonido entregados digitalmente como un archivo adjunto de correo electrónico.

Correo electronico: _____

Autorizo el envío de imágenes durante el embarazo.

He leído, entendido y aceptado esta exención de responsabilidad

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Aviso de prácticas de privacidad Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios médicos.
- Administramos su plan médico.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos el historial médico y de reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.
Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

- Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.
Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.
Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos

permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.