



**Farmacia de Preferencia**

Nombre de la Farmacia:

Dirección de la Farmacia:

Ciudad/Estado/Codigo Postal:

Farmacia Numero de Telefono

Firma del paciente/Tutor Legal:

Fecha:

## SAN MARTIN OB/GYN & WOMEN'S HEALTHCARE

Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de la información protegida de la Salud por medio de la presente doy mi consentimiento para San Martín OB/GYN and Women's Healthcare para usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud (TPC). Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. San Martin OB/GYN and Women's Healthcare se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso de privacidad puede ser obtenida mediante el reenvío de solicitud por escrito a la siguiente dirección 286 Ed English Dr. Unit C Shenandoah, TX, 77385.

Con este consentimiento, San Martin OB/GYN and Women's Healthcare pueden comunicarse, por una llamada, por correo postal, por correo electrónico, dejar un mensaje en el correo de voz o en persona, a mi casa o cualquier otra ubicación alternativa en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de las TPC. Estos elementos incluyen: recordatorio de la cita, las llamadas y cartas, declaraciones del paciente, información de los seguros y las llamadas relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio.

Tengo el derecho de pedir que San Martín OB/GYN and Womens Healthcare limite en la manera que utiliza o divulga la PHI para realizar un TPC. La práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por el presente acuerdo.

Yo autorizó a mi compañía de seguros para liberar información sobre mi cobertura a San Martin OB/GYN and Women's Healthcare. Autorizo también agentes de cualquier hospital o centro de tratamiento o medicos que he visto anteriormente para que puedan proporcionar a San Martin OB/GYN and Womens Healthcare copias de los registros de mi historial médico, servicios o tratamientos. Yo también autorizar la liberación de mi información médica y/o informes relacionados con el tratamiento a cualquier agencia federal, estatal o de acreditación, o a cualquier médico o compañía de seguros, según sea necesario. También estoy de acuerdo con una revisión de mis registros para fines de auditorías internas, investigación y revisiones de control de calidad en esta oficina.

Al firmar este formulario, estoy consiente de que San Martín OB/GYN and Women's Healthcare pueda usar y divulgar la información médica protegida (PHI) para llevar a cabo las TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho declaraciones en relación con mi consentimiento previo. Si yo no firmo este consentimiento, o lo revoco después, San Martín OB/GYN and Women's Healthcare puede negarse a proporcionarme tratamiento.

Firma del paciente o Tutor Legal	Relación con paciente
Relación con paciente	Fecha:

## SAN MARTIN OB/GYN & WOMEN'S HEALTHCARE

### Liberacion de la Información Médica

**(OPCIONAL): SÓLO FIRMAR SI USTED DESEA QUE PODAMOS LIBERAR SU INFORMACIÓN MÉDICA A ALGUIEN MÁS.**

Con la firma del siguiente formulario Yo, \_\_\_\_\_, autorizó que la siguiente persona, \_\_\_\_\_ (nombre del pariente o cónyuge a quien le gustaría que su información se divulgue) para tener acceso a mi información médica asociada a San Martin OB/GYN and Women's Healthcare. Esto incluye cualquier tipo de información personal que debe ser documentado en la historia clínica, los resultados de laboratorio y llamadas telefónicas.

Si desea que su información medica se comparta a más de una persona, por favor liste los nombres y la relación que tiene con usted en la parte de abajo...

---

---

Firma del paciente o Tutor Legal	Fecha:
----------------------------------	--------

### Formulario de Consentimiento para paciente

Para tratamiento medico y/o quirúrgico

Autorizo al médico en San Martin OB/GYN and Women's Healthcare para que brinde atención médica, incluidos, sin limitaciones, procedimientos de diagnóstico de rutina y tratamiento médico, que incluye cualquier procedimiento que se consideren necesarios por el médico tratante o de otros médicos o asistentes, que el medico pueda designar para recibir atención médica.

Entiendo que San Martin Ob/gyn and Women's Healthcare, no ha otorgado garantía en cuanto a los resultados de cualquier tratamiento, examen u otro tipo de atención médica.

Firma de Paciente	Fecha:
-------------------	--------

Firma del paciente o Tutor Legal	Fecha:
----------------------------------	--------

## Política Financiera y los Procedimientos

San Martín OB/GYN and Women's Healthcare considera que todos los pacientes merecen la mejor atención médica que se puede prestar. Con el fin de proporcionar la más alta calidad de servicios médicos y tecnología actual, debemos garantizar que podemos hacer frente a los gastos necesarios para operar este servicio. Para asegurarse de que estos gastos se han cumplido, le proporcionamos con este acuerdo para que usted se familiarice con la política financiera.

### Pago en el momento de servicio

---

Como cortesía, se le cobrará a su seguro por todas las visitas medicas, procedimientos, cirugías y atención obstétrica y parto. Le pedimos que usted pague cualquier porción no cubierta por su seguro debido a deducibles o copagos en el día que se proporcione el servicio.

### Política de citas

---

Debido a la naturaleza de nuestra ocupada actividad práctica, si usted esta más de 15 minutos de retraso, se le pedirá reprogramar su cita. Si usted necesita cancelar su cita, por favor llame con 24 horas de aviso previo. Falta de notificación en el plazo de 24 horas tendrá como resultado una cuota de \$25.00

### Reclamaciones al seguro

---

Vamos a presentar los reclamos a su compañía de seguro. Sin embargo, es importante recordar su seguro es un contrato entre usted y su compañía aseguradora. A pesar de que presentemos reclamaciones a los seguros como cortesía, usted sigue siendo responsable por el pago de los servicios, independientemente de la cantidad que pague su Seguro.

### Saldos pendientes despues que el Seguro a pagado

---

Tendra 30 días para pagar culaquier saldo pendiente después que su compañía de seguros paga su parte. Vamos a recoger los saldos pendientes antes de brindarle cualquier servicio, pero se trata de una estimación. Usted recibirá una declaración de nuestra oficina en relación con el saldo adeudado.

### Los saldos pendientes

---

Le pedimos mantener su cuenta al corriente. Los saldos pendientes necesitaran pagarse antes de programar una cita. Los saldos pendientes que este pasados de la fecha de pago se enviaron a una agencia externa de colecciones. En este punto, la cuenta está fuera de nuestras manos. Para las citas de cuentas han sido enviados a un organismo externo, deberá borrar su cuenta con la agencia de cobranza. Usted será el responsable del monto total del su saldo de su cuenta y los gastos incurridos con esta agencia. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina si existen circunstancias especiales con respecto a su cuenta antes que su cuenta se transfiera a una agencia externa de colecciones.

### Opciones de Pago

---

Nuestra oficina acepta VISA, MasterCard, Discover, American Express, efectivo o cheque. Se cobrará \$35.00 por cheques devueltos.

Firma de Paciente:	Fecha:
--------------------	--------

Firma del responsable:	Fecha:
------------------------	--------

Relación al Paciente:
-----------------------

## Historial Ginecologica:

¿Cuál fue el primer día de tu último período?

A qué edad comenzó sus períodos?

Con qué frecuencia tienen un período?

Cuántos días le dura su período? Cada \_\_\_\_\_ Dias

Dolor con tu periodo?  Si  No

Cambios en sus periodos?  Si  No

Cuándo fue la última prueba de Papanicolaou?

Alguna vez ha tenido un pap anormal?  Si  No

Si si, Cuando?

Si si, explicar:

¿Está sexualmente activa?  Si  No

Si no, has tenido alguna una relacion sexual?  Si  No

Algun descargo vaginal?  Si  No

Has tenido atencion medica por una infección pelvica?  Si  No

Dolor con sexo?  Si  No

Alguna vez has recibido tratamiento por infertilidad?  Si  No

Alguna vez ha tenido herpes?  Si  No

El método actual de control de natalidad

Está tratando de quedar embarazada?  Si  No

## Antecedentes Obstétricos

	Numero		Numero		Numero
Total de Embarazos		Abortos		Abortos espontáneos	
Prematuros				Viviendo	

Nº	Fecha de nacimiento	Peso	Sexo	Edad Gestacional en el momento del parto	Vaginal o c Seccion	Complicaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Historia de diabetes, alta presión o pre-clampsia en tus embarazos?

Historia de depresión?

Historia de varicela o vacuna de varicela?

Historia de fiebre reumática o enfermedad del corazón?

## Historial Medico

¿Es usted alérgico a algún medicamento?

Si

No

En caso afirmativo, indique el nombre y la reacción

## Alguna historia de...

Asma	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de Alimentacion	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ulcera o Gastritis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas en el Hgado	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de la sangre	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas del riñon	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ataque de Corazon	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Altra presion	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ritmo Cardiaco anormal	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Coagulos de Sangre	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Lupus	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedad de transmisi3n sexual	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Cancer Si / No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Si su respuesta es si, donde?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

## Historial de Familia

Historia de estos en un padre, hermano, hijo, abuelo u otro pariente?

Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de Corazon	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ataque de Corazon	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Presion Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Ritmo Cardiaco Anormal	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Coagulos de Sangre en las piernas o pulmones	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Presion baja	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Celulas Falciformes o Talasemia	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Defectos hereditarios	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Fibrosis Quistica	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Arthritis or Gout	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Cancer	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Si su respuesta es si, donde?	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

---

Enfermedad Grave? Si la respuesta es sí, explique...

---

---

---

Hospitalización? Si la respuesta es sí, explique...

---

---

---

Transfusión de sangre? Si la respuesta es sí, anotar la fecha:

---

---

---

Cirugías? Si la respuesta es sí, explique...

---

---

---

Vacunas recientes: Hepatitis B? El Tetanos?

---

---

---

### Historia Social

---

Estado Civil:  Soltera/o  Casada/o  Acompañada/o  Viuda/o  Divorciada/o

Tabaco:  Nunca he fumado  Ya lo deje  Fumo  años que fume,  
 Cuantos paquetes por día

---

Alcohol:  Nunca  Si  0-1 por semana  1-5 por semana  Otros

---

Use de drogas:  Si  No

---

Usa Cinturon de seguridad:  Si  No

---

Ejercicio de forma regular:  Si  No

---

Toma calico o productos lacteos  Si  No

---

Ha sido herida por alguien:  Si  No

---

Tienes un testamento:  Si  No

---

---

### Razón/Preocupaciones de la Visita hoy:

---

---

---

---

---

---

---

---