

## deAyala OB/GYN Associates de Houston

### IIINFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ #Móvil: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**(Correo electrónico/#Móvil se utilizará para configurar una cuenta del portal del paciente para comunicarnos con los pacientes en línea)**

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Raza:

Indio americano/Nativo de Alaska

Asiático

Hawaiano nativo/Pacífico Isleño

Negro o Afroamericano

Blanco

Hispana

Otros

Prefieren no responder

Etnicidad:

Hispanos o latinos

No hispanos o latinos

Prefieren no responder

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**(Nuestra oficina solo envía recetas electrónicas; por lo tanto, se requiere una farmacia)**

Referido por: \_\_\_\_\_ Número de Tel (si otro médico o partera): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA/LIBERACIÓN DE REGISTROS:** Además de mis médicos y instituciones médicas, autorizo a deAyala OB/GYN Associates de Houston, PLLC. para liberar y discutir mi historia médica, tratamiento y expedientes al individuo siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### IIINFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario: \_\_\_\_\_ # de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Seguro primario: \_\_\_\_\_ # de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(Responsabilidad financiera solo para menores)

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho, a deAyala OB/GYN Associates de Houston. Entiendo que soy responsable de todos los cargos si son pagados por mi seguro o no.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS:** Autorizo la liberación de cualquier información médica, incluido el diagnóstico y el tratamiento, necesario para procesar reclamaciones por servicios y para el pago de mi compañía de seguros que se realizará directamente a deAyala OB/GYN Associates de Houston.

### **HIPAA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y RECIBO ACKNOWLEDGEMENT:**

La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida y debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas.

Yo, \_\_\_\_\_ he sido consciente de la notificación de prácticas de privacidad de deAyala OB/GYN Associates de Houston, PLLC. entiendo que este aviso indica cómo deAyala OB/GYN Associates de Houston, PLLC. puede usar y revelar mi información de salud protegida ("PHI"). ENTIENDO QUE UNA COPIA DE ESTE AVISO ESTÁ DISPONIBLE A PETICIÓN.

### **Firma de Paciente**

Al firmar, estoy comprobando que he leído todas las secciones y consentimiento y estoy de acuerdo con la información indicada en cada sección.

Firma del paciente/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVAS**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

**Salud Preventiva: Por favor indique aproximadamente la fecha más reciente o escriba nunca**

	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha
Papanicolau		Gardasil		Mamografía		Vacuna de gripe	
Colposcopia		Colonoscopia		Densidad ósea		Rubéola	

**HISTORIA MEDICA: Por favor marque todos los que apliquen**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Presión alta            | <input type="checkbox"/> Problemas del estomago    |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Riñón                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Convulsiones, epilepsia | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria    |
| <input type="checkbox"/> Trastornos intestinales | <input type="checkbox"/> Lesiones graves         | <input type="checkbox"/> Infección sexual          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza       | <input type="checkbox"/> Otros: _____              |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Dermatitis              |  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas  |  |  |

**CIRUGIAS PREVIAS**

Año	Descripción	Año	Descripción

**MEDICAMENTOS ACTUALES**

Medicación	Dosis	Medicación	Dosis

**Alergias a Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR: Alguno de sus familiares cercanos ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**

Condición	Relación con usted	Materna/Paternal	Edad diagnosticada
Enfermedad de la Sangre			
Cáncer de mama			
Cáncer			
Diabetes			
Ataque cardíaco			
Presión alta			
Enfermedad pulmonar			
Cáncer Ovárico			
Derrame Cerebral			

**HISTORIA SOCIAL**

Fuma:  NO  Sí, # por día \_\_\_\_\_ Alcohol:  NO  Sí, bebidas/semana \_\_\_\_\_ Drogas ilícitas:  NO  Sí

Ejercicio:  Ninguno \_\_\_\_\_ Veces por semana Actividades: \_\_\_\_\_

Sexualmente Activa:  NO  Sí Orientación Sexual:  Heterosexual  Lesbiana  Bisexuales

**deAyala OB/GYN Associates de Houston**

**HISTORIA MENSTRUAL**

Edad al primer período \_\_\_\_\_ Primer día del último período \_\_\_\_\_  Regular  Irregular

Dolores Menstruales:  NO  Sí,  Leve  Moderado  Grave Medicación para los dolores: \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_ Menopausia:  NO  Sí, Síntomas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA OBSTÉTRICA**

<b>Total de embarazos:</b>	<b>Nacimientos a término:</b>	<b>Nacimientos prematuros:</b>	<b>Abortos:</b>
<b>Abortos electivos:</b>	<b>Embarazos ectópicos:</b>	<b>Múltiples (gemelos):</b>	<b>Niños vivos:</b>

Mes/día/año	Semanas de Parto	Sexo	Peso	Defectos	Vaginal o Cesárea	Complicaciones

**POR FAVOR, VERIFIQUE CUALQUIERA DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES QUE ACTUALMENTE APLICAN A USTED HOY**

**CONSTITUCIONAL**

- Pérdida de peso significativa
- Aumento de peso significativa
- Sudores
- Fatiga

**OJOS**

- Doble Visión
- Flotantes
- Cambios en la Visión

**OREJAS, NARIZ, GARGANTA**

- Zumbido en el Oído
- Dolor de Garganta
- Llagas en la boca
- Problemas Dentales

**SENO**

- Dolor en el Seno
- Secreción
- Anormalidad en el seno
- Implantes

**CARDIOVASCULAR**

- Dolor/dificultad a respirar
- Dolor de Pecho
- Hinchazón en las piernas
- Palpaciones de Corazón

**RESPIRATORIA**

- Sibilancia/Resuello
- Escupa Sangre
- Falta de Aliento
- Tos Crónica

**GASTROINTESTINAL**

- Diarrea Frecuente
- Sangre en las heces
- Náuseas / vómitos
- Estreñimiento

**GENITOURINARIO**

- Sangre en la Orina
- Dolor al Orinar
- Urinación Frecuente
- Incontinencia Urinaria
- Período Anormal
- relaciones sexuales dolorosas

**PEIL**

- Erupción/Sarpullido
- Ulceras

**NEUROLÓGICOS**

- Dolor de cabeza intenso
- Mareo
- Convulsiones
- Pérdida de la memoria
- Problemas para caminar

**MUSCULOESQUELÉTICO**

- Debilidad Muscular

**HORMONAL**

- Peil Seca
- Sed Excesiva
- Sofoco

**PSIQUIÁTRICO**

- Depresión
- llanto frecuente

**HEMATOLÓGICA / LINFÁTICO**

- Moretones Fáciles
- Linfático Agrandado
- Sangrado Fácil

**deAyala OB/GYN Associates de Houston**  
**INFORMACIÓN IMPORTANTE POLÍTICA**

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

**NO NIÑOS** Tenga en cuenta que no se permiten niños menores de 12 años en nuestra oficina, ni siquiera en la sala de espera, excepto para su recién nacido. Esto es por su seguridad y el bienestar de nuestros pacientes. Estaremos encantados de reprogramar su cita y nos disculpamos por adelantado por cualquier inconveniente que esto pueda causar.

**SEGUROS** Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que toda la información del seguro esté actualizada y sea precisa. También es mi responsabilidad asegurarme de que deAyala OB / Gyn Associates of Houston esté en contrato con mi plan de seguro. Le facturarán a mi seguro todos los servicios y yo soy responsable del pago de copagos, deducibles y / o coseguros o cualquier saldo que pueda tener. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta. Si soy un paciente que paga por su cuenta el día en que se me brindan los servicios, entiendo que la oficina no regresará y facturará esos servicios a ningún seguro. Me proporcionarán un recibo detallado que puedo enviar a mi seguro para que me reembolsen.

Entiendo que DEBO divulgar todos los planes de seguro activos a mi proveedor, incluidos los planes comerciales, Medicaid o CHIP Perinatal que pueda tener. deAyala OB / Gyn Associates of Houston DEBE facturar mi plan de seguro comercial ANTES de Medicaid o CHIP. Si no divulgo todos los seguros y hay una negación de servicios debido a esta razón, deAyala OB / Gyn Associates of Houston automáticamente hará que el saldo total sea mi responsabilidad por los servicios. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta.

**EXPEDIENTES MÉDICOS** En cualquier momento durante mi cuidado médico, puedo solicitar una copia de mis registros médicos. Hay una tarifa plana de \$ 25.00. Si estoy transfiriendo médicos, los registros se pueden transferir a mi nuevo médico sin costo. Se debe completar un formulario de solicitud de autorización médica para cualquier divulgación de registros y puede demorar de 3 a 5 días.

**FMLA/FORMAS DE INCAPACIDAD** Todos los formularios de FMLA que necesiten ser completados pueden tomar 3-5 días y hay una tarifa fija de \$25.00. Por favor proporcione todos los formularios de manera oportuna para que se completen en la fecha solicitada por su empleador.

**LABORATORIOS** Entiendo que deAyala OB / Gyn Associates of Houston realiza pruebas de laboratorio y proporciona al laboratorio mi información personal que puede incluir, entre otros, mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, seguro y diagnóstico. Entiendo que mi compañía de seguros procesará el reclamo y aplicará los beneficios en consecuencia. Entiendo que cualquier diferencia en los pagos es totalmente mi responsabilidad con el proveedor del laboratorio.

**CIRUGIAS** Si estoy programando una cirugía con deAyala OB / Gyn Associates of Houston, llamarán a mi seguro y les proporcionarán información sobre la cirugía para determinar los beneficios. Se me proporcionará una estimación de mi responsabilidad financiera. Estas tarifas son pagaderas ANTES de mi cirugía. Entiendo que los beneficios citados no son una garantía de pago de mi seguro y que existe la posibilidad de que tenga un saldo adeudado adicional. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta.

**EMBARAZOS** Si estoy embarazada y tengo un plan de seguro comercial, deAyala OB / Gyn Associates of Houston preparará una tarifa global de OB que vencerá aproximadamente a las 36 semanas de embarazo. Esta tarifa global es para atención prenatal de rutina, parto y atención posparto de rutina. Los laboratorios y el ultrasonido no están incluidos en la tarifa. Si tengo una visita problemática, se considerará una visita separado y puede estar sujeta a copago, deducible y / o coseguro y es mi responsabilidad.

**ULTRASONIDOS** Entiendo que la recomendación de mi proveedor de hacerse un ultrasonido no garantiza de ninguna manera ni implica ningún nivel de cobertura de seguro. Entiendo que si mi compañía de seguros no cubre el ultrasonido, seré financieramente responsable de los servicios.

**CIRCUNCISIONES** Si elijo que el Dr. deAyala circuncide a mi bebé, la oficina le facturará a mi seguro. Entiendo que soy responsable del pago de copagos, deducibles y / o coseguros o cualquier saldo que pueda tener. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta. Si tengo CHIP Perinatal, entiendo que mi plan no cubre las circuncisiones de mi bebé. Si elijo que el Dr. deAyala circuncide a mi bebé, hay una tarifa de \$ 250 que debe pagarse en su totalidad antes del parto.

**LIGADURAS TUBÁRICAS BILATERALES** Si tengo Medicaid, puedo solicitar una ligadura de trompas bilateral. Entiendo que debo firmar un formulario de consentimiento al menos 30 días antes del procedimiento y que mi plan debe tener al menos 21 años de edad para cubrir estos servicios. Si tengo CHIP Perinatal, entiendo que mi plan no cubre los procedimientos bilaterales de ligadura de trompas. Si elijo hacer el procedimiento, hay una tarifa de \$ 450 que debe pagarse en su totalidad antes de la entrega. No incluye tarifa de hospital adicional. Si parto por vía vaginal, la tarifa del hospital es de \$ 900.00, si parto por sección C, la tarifa del hospital es de \$ 300.00. Si tengo un plan de seguro comercial, la oficina le facturará a mi seguro. Entiendo que soy responsable del pago de copagos, deducibles y / o coseguros o cualquier saldo que pueda tener. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta.

Certifico que la información anterior fue revisada conmigo y que entiendo estas políticas para deAyala OB / GYN Associates of Houston. Si tengo alguna pregunta sobre estas políticas, puedo comunicarme con la oficina al 713-827-4744.

Nombre del paciente/ Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**deAyala OB/GYN Associates de Houston**  
**INFORMACIÓN IMPORTANTE POLÍTICA**

**NO NIÑOS** Tenga en cuenta que no se permiten niños menores de 12 años en nuestra oficina, ni siquiera en la sala de espera, excepto para su recién nacido. Esto es por su seguridad y el bienestar de nuestros pacientes. Estaremos encantados de reprogramar su cita y nos disculpamos por adelantado por cualquier inconveniente que esto pueda causar.

**SEGUROS** Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que toda la información del seguro esté actualizada y sea precisa. También es mi responsabilidad asegurarme de que deAyala OB / Gyn Associates of Houston esté en contrato con mi plan de seguro. Le facturarán a mi seguro todos los servicios y yo soy responsable del pago de copagos, deducibles y / o coseguros o cualquier saldo que pueda tener. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta. Si soy un paciente que paga por su cuenta el día en que se me brindan los servicios, entiendo que la oficina no regresará y facturará esos servicios a ningún seguro. Me proporcionarán un recibo detallado que puedo enviar a mi seguro para que me reembolsen.

Entiendo que DEBO divulgar todos los planes de seguro activos a mi proveedor, incluidos los planes comerciales, Medicaid o CHIP Perinatal que pueda tener. deAyala OB / Gyn Associates of Houston DEBE facturar mi plan de seguro comercial ANTES de Medicaid o CHIP. Si no divulgo todos los seguros y hay una negación de servicios debido a esta razón, deAyala OB / Gyn Associates of Houston automáticamente hará que el saldo total sea mi responsabilidad por los servicios. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta.

**EXPEDIENTES MÉDICOS** En cualquier momento durante mi cuidado médico, puedo solicitar una copia de mis registros médicos. Hay una tarifa plana de \$ 25.00. Si estoy transfiriendo médicos, los registros se pueden transferir a mi nuevo médico sin costo. Se debe completar un formulario de solicitud de autorización médica para cualquier divulgación de registros y puede demorar de 3 a 5 días.

**FMLA/FORMAS DE INCAPACIDAD** Todos los formularios de FMLA que necesiten ser completados pueden tomar 3-5 días y hay una tarifa fija de \$25.00. Por favor proporcione todos los formularios de manera oportuna para que se completen en la fecha solicitada por su empleador.

**LABORATORIOS** Entiendo que deAyala OB / Gyn Associates of Houston realiza pruebas de laboratorio y proporciona al laboratorio mi información personal que puede incluir, entre otros, mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, seguro y diagnóstico. Entiendo que mi compañía de seguros procesará el reclamo y aplicará los beneficios en consecuencia. Entiendo que cualquier diferencia en los pagos es totalmente mi responsabilidad con el proveedor del laboratorio.

**CIRUGIAS** Si estoy programando una cirugía con deAyala OB / Gyn Associates of Houston, llamarán a mi seguro y les proporcionarán información sobre la cirugía para determinar los beneficios. Se me proporcionará una estimación de mi responsabilidad financiera. Estas tarifas son pagaderas ANTES de mi cirugía. Entiendo que los beneficios citados no son una garantía de pago de mi seguro y que existe la posibilidad de que tenga un saldo adeudado adicional. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta.

**EMBARAZOS** Si estoy embarazada y tengo un plan de seguro comercial, deAyala OB / Gyn Associates of Houston preparará una tarifa global de OB que vencerá aproximadamente a las 36 semanas de embarazo. Esta tarifa global es para atención prenatal de rutina, parto y atención posparto de rutina. Los laboratorios y el ultrasonido no están incluidos en la tarifa. Si tengo una visita problemática, se considerará una visita separado y puede estar sujeta a copago, deducible y / o coseguro y es mi responsabilidad.

**ULTRASONIDOS** Entiendo que la recomendación de mi proveedor de hacerse un ultrasonido no garantiza de ninguna manera ni implica ningún nivel de cobertura de seguro. Entiendo que si mi compañía de seguros no cubre el ultrasonido, seré financieramente responsable de los servicios.

**CIRCUNCISIONES** Si elijo que el Dr. deAyala circuncide a mi bebé, la oficina le facturará a mi seguro. Entiendo que soy responsable del pago de copagos, deducibles y / o coseguros o cualquier saldo que pueda tener. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta. Si tengo CHIP Perinatal, entiendo que mi plan no cubre las circuncisiones de mi bebé. Si elijo que el Dr. deAyala circuncide a mi bebé, hay una tarifa de \$ 250 que debe pagarse en su totalidad antes del parto.

**LIGADURAS TUBÁRICAS BILATERALES** Si tengo Medicaid, puedo solicitar una ligadura de trompas bilateral. Entiendo que debo firmar un formulario de consentimiento al menos 30 días antes del procedimiento y que mi plan debe tener al menos 21 años de edad para cubrir estos servicios. Si tengo CHIP Perinatal, entiendo que mi plan no cubre los procedimientos bilaterales de ligadura de trompas. Si elijo hacer el procedimiento, hay una tarifa de \$ 450 que debe pagarse en su totalidad antes de la entrega. No incluye tarifa de hospital adicional. Si parto por vía vaginal, la tarifa del hospital es de \$ 900.00, si parto por sección C, la tarifa del hospital es de \$ 300.00. Si tengo un plan de seguro comercial, la oficina le facturará a mi seguro. Entiendo que soy responsable del pago de copagos, deducibles y / o coseguros o cualquier saldo que pueda tener. Todos los saldos vencen dentro de los 90 días de la fecha inicial del estado de cuenta.

**COPIA DEL PACIENTE**