

Obstetrix Medical Group

Patient Demographic Sheet

PATIENT INFORMATION

Today's date: ____/____/____ (Fecha de hoy)	
Name Last (Apellido)	First (Nombre) MI
Address (Domicilio)	Phone (Teléfono)
City (Ciudad) Zip (Codigo Postal)	Home (Casa) Work (Trabajo) Cell Email
Date of Birth ____/____/____ (Fecha de Nacimiento)	Social Security # (# del Seguro Social)
Last menstrual Period ____/____/____ (Fecha de su Ultima Menstruación)	
Occupation (Ocupación)	Marital Status <u> </u> M <u> </u> D <u> </u> W <u> </u> S (Estado Civil) <u> </u> C <u> </u> D <u> </u> V <u> </u> S
Employer (Empleador)	Employer Address (Dirección del Empleador)
Name of Referring MD (Nombre del Medico que la Refirió)	Emergency Contact/Phone (Contacto de Emergencia)

PRIMARY INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DE SU SEGURO PRIMARIO)

Patient's relationship to Insured <u> </u> Self <u> </u> Spouse <u> </u> Other	
NAME OF INSURANCE CO. (Nombre de su Seguro)	Group # (# del Grupo) ID # (# De identificación)
Policy Holders Name (Nombre del Asegurado)	Policy Holders DOB (Fecha de Nacimiento del Asegurado)
Policy Holders SS# (# del Seguro Social del Asegurado)	Phone (Teléfono) Home: Work: (Casa) (Trabajo)
Policy Holders Employer (Empleador del Asegurado)	Employer Address (Dirección del Empleador)

SECONDARY INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DE SU SEGURO SECUNDARIO)

NAME OF INSURANCE CO. (Nombre de su Seguro)	Group # (# del Grupo) ID # (# De identificación)
Policy Holders Name (Nombre del Asegurado)	Policy Holder's DOB (Fecha de Nacimiento del Asegurado)
Policy Holder's SS# (# del Seguro Social del Asegurado)	Phone (Teléfono) Home Work (Casa) (Trabajo)
Policy Holders Employer (Empleador del Asegurado)	Employer Address (Dirección del Empleador)

**PEDIATRIX-OBSTRIX MEDICAL GROUP AND AFFILIATES
PATIENT ACKNOWLEDGMENT FORM**

Our Notice of Privacy Practices ("Notice") provides information about: 1) the privacy rights of our patients; and 2) how we may use and disclose protected health information ("PHI") about our patients.

Federal regulation requires that we give our patients or their authorized representatives ("You") the opportunity to review Notice before signing this acknowledgement. A one-page summary of our Notice is displayed in our offices and in the hospitals we serve. A copy of our Notice will be made available to you and you may also view our Notice by visiting our Internet web site, www.pediatrix.com/HIPAA Privacy/Notice of Privacy Practices.

If you have any questions about your rights or our privacy practices please send an electronic message (e-mail) to privacy_officer@pediatrix.com or a letter to:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

We will respond to you within five (5) business days.

By signing this form, you acknowledge only that we have provided you with immediate access to our Notice of Privacy Practices.

Signature of Patient or Authorized Representative

Date

Print Name of Patient

Print Name of Authorized Representative

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
DE PEDIATRIX-OBSTETRIX MEDICAL GROUP Y SUS AFILIADOS**

Nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad ("Notificación") provee información sobre: 1) el derecho a la privacidad que tienen nuestros pacientes; y 2) la manera en que podemos utilizar y revelar información médica protegida ("IMP") sobre nuestros pacientes.

Las leyes federales requieren que demos a nuestros pacientes o a sus representantes autorizados ("Usted") la oportunidad de revisar nuestra Notificación antes de firmar este consentimiento. Para su conveniencia, hemos colocado un resumen de una página en nuestras oficinas y en los hospitales donde rendimos nuestros servicios. Le vamos a facilitar por escrito una copia de nuestra Notificación y también puede leerla si visita nuestra página Web en el Internet, www.pediatrix.com/HIPAA Privacy/Notice of Privacy Practices.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad por favor envíe un mensaje electrónico (e-mail) a privacy_officer@pediatrix.com o una carta por correo al:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, FL 33323

Les responderemos en un plazo de cinco (5) días laborables.

Al firmar este formulario usted únicamente está constatando que le hemos ofrecido acceso inmediato a nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma del Paciente o de su Representante Autorizado

Fecha

La colina de medicina fetal la política financiera de país

Estamos dedicados a proporcionar la mejor atención posible y el servicio a usted durante su embarazo. Por favor, lea la política financiera que aparece a continuación. Para su comodidad Aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express.

Seguro:

- Tengo entendido que se cobrarán en mi compañía de seguros primaria para mí. Todos los copagos, coaseguro, elementos no cubiertos y cantidades deducibles vencen en el momento de servicio. También entiendo que si mi compañía de seguros niega un cargo por cualquier razón, será facturada y en última instancia responsable de ese cargo.
- Si una reclamación es discutida por la compañía de seguros por cualquier motivo, y no se ha pagado en forma oportuna, será responsable del pago de los cargos hasta que se ha resuelto la controversia y la compañía de seguros hace pago sobre las acusaciones de que se trate.
- Autorizar a las prestaciones del seguro que se pagará directamente al médico y la liberación de los registros médicos que puede exigirse por la compañía de seguros con el fin de pagar esos beneficios. Esta asignación de beneficios es irrevocable y se considerará una copia estática de la foto como legal y vinculante que el original.
- Si una Agencia de colección exterior es necesaria, usted será responsable de tu saldo pendiente, así como de todos los cargos por el organismo en esfuerzo para recoger su saldo.

Pacientes menores:

- Los pacientes menores de 18 y embarazadas son considerados responsables de su atención médica y la responsabilidad financiera.

Lista de los nombres de las personas **autorizadas por usted para recibir información médica, que también incluye a los Estados financieros**, de cualquier y todos los tratamientos en medicina de Hill Country materno fetal. Para revocar la presente autorización, deberá presentarse aviso por escrito a la Oficina.

Nombre: _____ teléfono # _____ relación: _____

Nombre: _____ teléfono # _____ relación: _____

He leído y comprendido la política financiera de la práctica. En la firma de este acuerdo, estoy de acuerdo con los términos expuestos anteriormente.

Nombre impreso del paciente

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@pediatrix.com o una carta a:

Privacy Officer
Pediatrix Medical Group, 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



Nombre del Paciente _____
Numero de Seguro Social _____
Fecha de Nacimiento _____

Cuestionario de Historial Familiar/Genético

Como describiría a su ancestría (marque todo que corresponda):

Caucáseo	Francés Canadiense	Samoa	Vietnamita
Afroamericano	Nativo Americano	Chino	Laos
Hispano	Griego	Camboyano	Taiwanes
Judíos Ashkenazi	Italiano	Filipino	Coreano
Cajun	Oriente Medio	Japonés	Otro Sureste Asiático
Guamanian	Hawaiano	Indio, asiático-oriental	Otra Raza
Otro _____		Otro _____	

Son usted y el padre de este bebe parientes de sangre (por ejemplo: primos)? Si No

Cual es su ocupación? _____

Cual es el nombre del padre de este bebe? _____

Cual es la ocupación del padre de este bebe? _____

Cual es la edad del padre de este bebe? _____

Como describiría la ancestría del padre de este bebe? (marque todo que corresponda)

Caucáseo	Francés Canadiense	Samoa	Vietnamita
Afroamericano	Nativo Americano	Chino	Laos
Hispano	Griego	Camboyano	Taiwanes
Judíos Ashkenazi	Italiano	Filipino	Coreano
Cajun	Oriente Medio	Japonés	Otro Sureste Asiático
Guamanian	Hawaiano	Indio, asiático-oriental	Otra Raza
Otro _____		Otro _____	

Es su pareja el padre de este bebe? Si No

Comentarios:

Cuestionario de Historial Familiar/Genético

Usted, el padre de este bebe, o familiares cercanos tienen:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Talasemia (Griego, Mediterraneo, o origen asiático) | Si | No |
| 2. Defecto del Tubo Neural (espina bifida mielomeningocele o anencefalia) | Si | No |
| 3. Defecto Congénito del Corazón | Si | No |
| 4. Síndrome de Down | Si | No |
| 5. Tay-Sachs (Judíos, Cajón, Francés Canadiense) | Si | No |
| 6. Enfermedad de Células Falciformes o rasgo (Africano) | Si | No |
| 7. Hemofilia o Problemas de desangramiento | Si | No |
| 8. Distrofia Muscular | Si | No |
| 9. Fibrosis Quística | Si | No |
| 10. Enfermedad de Canavan | Si | No |
| 11. Retardación Mental/Autismo/Trastorno de Aprendizaje | Si | No |
| Si es que si: Prueba de Síndrome del Frágil X | Si | No |
| 12. Corea de Huntington | Si | No |
| 13. Otra Enfermedad Genética Hereditaria o Cromosomita | Si | No |
| 14. Enfermedad Maternal Metabólica (Diabetes dependiente de Insulina) | Si | No |
| 15. La Paciente o el Padre del Bebe tuvo un hijo con defectos de nacimiento no mencionados arriba | Si | No |
| 16. Perdida recurrente de embarazo o muerte fetal | Si | No |
| 17. Ceguera o Sordera | Si | No |
| 18. Enfermedad de Huesos o Esquelético (enanismo) | Si | No |
| 19. Cáncer de Seno, Ovario o del Colon | Si | No |
| 20. Enfermedad de Riñones | Si | No |
| 21. Usted, Alguno de sus Padres, Hermanos o Hijos Tienen Diabetes | Si | No |
| 22. Coágulos de Sangre/Ataque Cerebral | Si | No |
| 23. Ha tomado algún medicamento además de vitaminas prenatales desde quedar embarazada | Si | No |
| Si es que si, que tipo: _____ | | |
| 24. Ha usado drogas de la calle desde quedar embarazada | Si | No |
| Si es que si, que tipo: _____ | | |
| 25. Ha consumido bebidas alcohólicas desde quedar embarazada | Si | No |
| Si es que si, que tipo: _____ | | |
| 26. Cualquier otro | Si | No |
| 27. Algo que parezca darse en la familia | Si | No |

Comentarios:

Revisado Por: _____
 Nombre del Proveedor