

Information personal de la Paciente

Nombre completo _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ Raza _____
 Etnicidad _____ Lenguaje preferido para comunicarse _____
 Estado civil _____ Seguro Social _____
 Telefono de casa _____ Numero de celular _____
 Direccion de la casa _____
 Correo electronico _____
 Familiar a quien se puede contactar _____
 _____ Numero de telefono _____
 Farmacia y numero de telefono _____
 Como escucho acerca de nosotros _____

Primera Aseguranza	Segunda Aseguranza
Nombre del Plan Medico _____	Nombre del Plan Medico _____
Numero de Telefono _____	Numero de Telefono _____
Direccion de la Aseguranza _____ _____	Direccion de la Aseguranza _____ _____
Nombre del Asegurador _____	Nombre del Asegurador _____
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Numero de telefono del Asegurador _____	Numero de telefono del Asegurador _____
Seguro Social _____	Seguro Social _____
Numero de Identificacion del Plan _____	Numero de Identificacion del Plan _____
Numero de Grupo _____	Numero de Grupo _____
Relacion con la Paciente _____	Relacion con la Paciente _____

Autorizacion para Revelar Informacion

Medica de la Paciente

HIPPA Act le da el derecho al individuo de restringir el uso o proclamacion de la informacion medica o PHI (en ingles) a terceras partes dependiendo de la intencion o necesidad de como esta informacion de la salud mental y medica de la paciente sera usada..Tambien le da el derecho de decidir como y adonde esa informacion sera enviada. Si la documentacion es completa constituira un verdadero y adecuado expediente medico que puede ser usado para fines de tratamiento en casos de una emergencia medica y tambien para el uso de tramites financieros por parte de las Aseguradoras Medicas.

Nombre de la Paciente _____
 Fecha de Nacimiento _____ Apellido de Soltera de la mama _____ (Se usara como una clave para identificar a la persona que solicita la informacion)

Quisiera ser contactada de la siguiente manera:

Al numero telefonico de la casa/celular _____

- Dejar un mensaje detallado del porque de la llamada.
- Dejar solamente numero de telefono al cual se debe devolver la llamada.

Al numero telefonico de mi trabajo _____

- Dejar un mensaje detallado del porque de la llamada.
- Dejar solamente numero de telefono al cual se debe devolver la llamada.

Por medio de una carta enviada a _____

- Mi trabajo
- Mi casa
- Mi correo electronico
- Mi numero telefonico de Fax _____

A mi esposo u otra persona de interes (indique el nombre/numero telefonico) _____

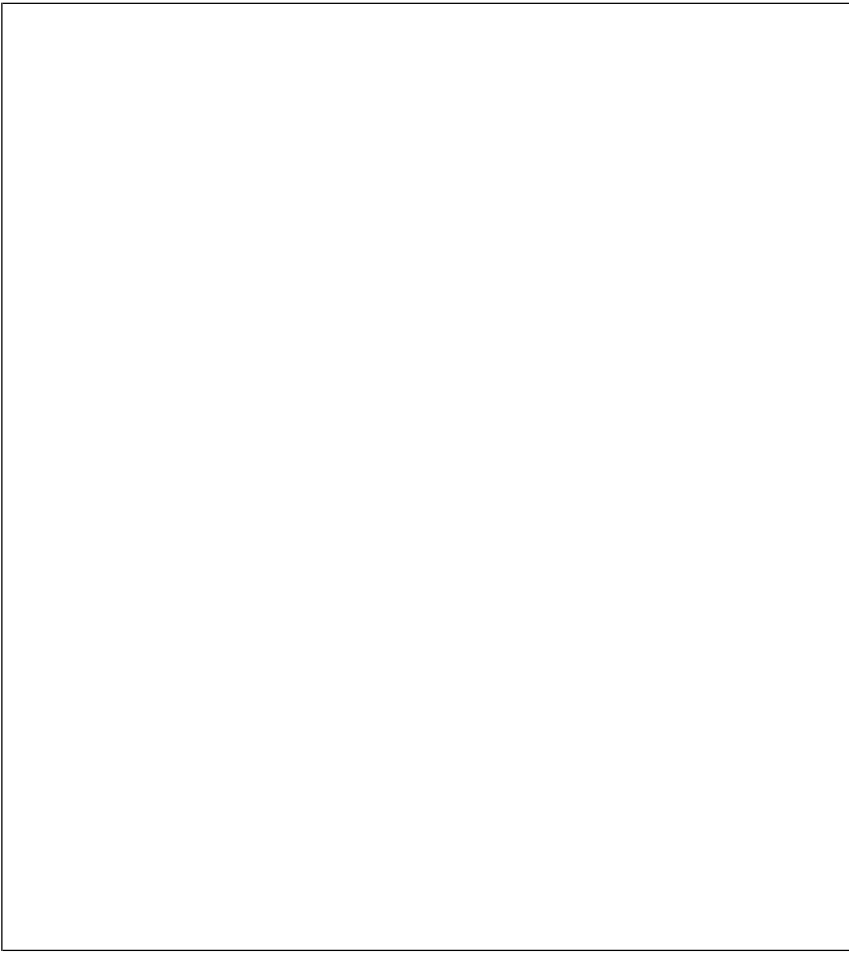
- Dejar un mensaje detallado del porque de la llamada.
- Dejar solamente numero de telefono al cual se debe devolver la llamada.

A mi medico familiar _____

- Se puede dar mi informacion medica
- Prefiero no compartir mi informacion medica

Familiares que pueden obtener mi informacion medica _____

Firma de la Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Hoy _____



Firma de la Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha de Hoy _____

Autorización para recibir tratamiento médico y para establecer un acuerdo financiero

Yo autorizó a **CONROE WOMEN'S ASSOCIATES** para usar o proveer mi historial médico, el cual me identifica o puede razonablemente identificarme como la persona que necesita recibir el tratamiento y por lo tanto también responsable de cualquier costo financiero adquirido por éste.

El tratamiento incluye pero no está limitado a la administración o rendimiento de cualquier tratamiento necesario como, el uso de anestésicos, o de medicamentos recetados, la necesidad de un procedimiento quirúrgico o médico que sean considerados necesarios para establecer o mejorar un diagnóstico específico., tales como los cultivos u otros tipos de estudios de laboratorio, Rayos X, Resonancia Magnética , ultrasonidos, etc, establecidos por su médico o colegas como parte de mi tratamiento médico.

Mi responsabilidad financiera incluye pero no está limitada a la autorización del pago directamente a **CONROE WOMEN'S ASSOCIATES** por el servicio médico rendido durante mi visita médica.. Yo estoy conciente de que mi historial médico muchas veces tendrá que ser evaluado por mi Seguro Médico o Terceras partes, los cuáles serán los responsables de establecer o cobrar una cuota por los servicios médicos o de Hospital prestados durante mi consulta médica, y que después de que ellos hayan cubierto mis gastos basados en mis beneficios medicos, Yo soy responsable de cualquier balance que se refleje en mi cuenta médica. Yo también entiendo que mis documentos médicos pueden ser almacenados electrónicamente y pueden estar disponibles a través de la red de computadoras.

Las Operaciones del Cuidado de la Salud incluye pero no esta limitado a proveer mi información medica o personal a cualquier Professional de la Salud, hospital or compañías de seguros participantes relacionadas con mi cuidado o tratamiento médico.

Yo entiendo que esta información ha sido compartida conmigo antes de recibir cualquier diagnóstico o tratamiento y que he aceptado voluntariamente recibir o declinar cualquier servicio médico que no considere pertinente. Y que puedo mantener mi posición en lo referente hasta que cambie o tome una nueva decisión una vez que el diagnóstico o tratamiento haya sido determinado. Este acuerdo se mantendrá establecido al menos que se dé otro consentimiento escrito , él cual no afectará o permitirá tomar ninguna acción en mi contra por mi previa declinación al respecto. Una copia de este acuerdo será considerada válida como si fuera la original..

Yo entiendo que como paciente o como la persona que me asegura médicamente, somos responsables por cualquier responsabilidad financiera que incurra como parte de mi tratamiento.. Es una cortesía de nuestra oficina enviar el reclamo financiero a mi Seguro Médico; sin embargo, **Yo soy responsable** de pagar durante mi visita médica cualquier cuota fijado de acuerdo con mis beneficios médicos. **Yo entiendo que es mi responsabilidad obtener una autorización o referencia de mi Médico Familiar para consultar a una medico especialista, si ésto es requerido por mi Seguro Médico.** Si esta autorización no es obtenida , yo sere responsable de cualquier balance en mi cuenta en caso de mi médico es considerado no participante de mi Seguro Medico. Si nuestra oficina no es capaz de cobrar el balance en un tiempo determinado , éste será enviado a una Agencia Colectora de Pagos y ésto puede incurrir en mi incapacidad de seguir recibiendo tratamiento médico.

Yo he leído y entiendo completamente este acuerdo., y me hago responsable de cualquier balance ocurrido en mi cuenta, después de que **CONROE WOMEN'S ASSOCIATES**, mi seguro médico o terceras partes hayan procesado mi reclamo médico después de haber recibido mi tratamiento **en la clínica u Hospital**_____(iniciales del paciente)

AUTORIZACION DE MEDICARE

Yo hago constar que la información que se me ha dado en relación a pagos estipulada en Title XVII of the Social Security Act es correcta. Yo autorizó a cualquier parte responsable de mi historial médico entregar a la oficina del Social Security Administration o sus intermediarios cualquier información pertinente relacionada con mi tratamiento, para que Medicare procese mi reclamo. Yo solicito que los pagos hechos por dicha entidad sean hechos en mi nombre una vez que Medicare haya procesado mi reclamo por los servicios presatdos por mi médico u Hospital.

Yo asigno los beneficios a pagar por los servicios médicos prestados por Conroe Women's Associates_____(Iniciales del paciente)

Yo solicito que esta autorización sea aplicada a todas mis compañías de Seguro Médico_____(Iniciales del paciente)

Reconozco que he sido informada de un acuerdo de Confidenciabilidad por parte de CONROE WOMEN'S ASSOCIATES. Entiendo que si tengo dudas o quejas debo contactar a CONROE WOMEN'S ASSOCIATES al respecto._____(Iniciales del pacientes)

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Fecha de Hoy

Historia De Embarazos

Año	Tipo de Parto	Duracion Del embarazo	Peso del Bebé	Anestesia	Complicaciones

Medical Problems	Date of Diagnosis

Sírvase indicar si usted tiene cualquier problema actual en las áreas siguientes marcando con una X en la columna correspondiente.

General wellness S N _____ Ojos S N _____
 Oídos, nariz, garganta S N _____
 Corazon / circulacion S N _____
 Senos (dolor, mass, discharge) S _____ N _____
 Prob pulmonares / respiratorios S _____ N _____
 Prob. intestinales S _____ N _____
 Reproducción y sistema urinaria S _____ N _____
 Musculos / articulaciones y huesos / S _____ N _____
 Problemas de la piel S/N _____
 Problemas neurológicos S/N _____
 Problemas psiquiátricos S/ N _____
 Problemas endocrinos S/ N _____
 Problemas hematológicos S / N _____
 Problemas de Alergias S/ N _____
 Problemas inmunológicos (Lupus, otros) Y _____ N _____

Consentimiento para las pruebas del VPH (Virus del Papiloma Humano) y ETS

Las enfermedades de transmisión sexual, o ETS o ITS para infecciones de transmisión sexual son infecciones que pueden transferirse de una persona a otra a través del contacto sexual. Pruebas de ETS puede realizarse mediante extracción de sangre o cultivos tomados de las secreciones vaginales. Hay más de 25 enfermedades que se transmiten a través de la actividad sexual. Aparte del VIH, las ETS más comunes en los Estados Unidos son: (si acepta la prueba, por favor marque aquellas que le gustaría ser analizadas)

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. () la Clamidia, | 4. () El VIH |
| 2. () la Gonorrea, | 5. () Hepatitis B |
| 3. () El herpes genital | 6. () La vaginosis bacteriana |

Los adolescentes y los adultos jóvenes son los grupos de edad que mayor riesgo tienen de adquirir una ETS. Aproximadamente 19 millones de infecciones nuevas ocurren cada año, casi la mitad de ellos entre las personas de 15 a 24 años de edad.

He leído la información anterior y Yo acepto _____ o No acepto _____ el consentimiento para que se pceda con el estudio de laboratorio o cultivo mencionados anteriormente.

La importancia de las pruebas de VPH de alto riesgo en determinadas situaciones clínicas han sido bien establecidos y los datos recientes han demostrado la importancia de la identificación de determinados tipos de VPH. La FDA ha aprobado un VPH 16 y 18, y la prueba de genotipo ASCCP (Sociedad Americana de colposcopia y patología cervical) ha establecido una guía, así como otra información educativa sobre cómo utilizar apropiadamente esta prueba. El 15 de marzo de 2012, el Colegio Americano De Obstetras y Ginecologos (ACOG), el Servicio preventivo de los Estados Unidos (USPSTF) y la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) publicó sus recomendaciones relativas a la prueba del VPH como parte de la rutina de tamizaje del cáncer cervicouterino en mujeres de 30 a 65 años de edad, junto con la prueba de Papanicolaou, esto es si cada 5 años tanto la prueba de Papanicolaou y VPH resultados fueron negativos. Algunas cosas importantes que debe saber sobre el VPH (Virus del Papiloma Humano) y el tamizaje de cáncer cervicouterino:

1. La mayoría de las mujeres tendrán el VPH en algún momento de sus vidas, pero son muy pocos los que desarrollan el cáncer cervical.
2. El cáncer cervical se desarrolla si una infección por VPH persiste durante muchos años.
3. Conociendo su condición médica de VPH, le ayuda a usted y a su médico determinar con qué frecuencia debe hacerse los exámenes.
4. La detección temprana de cambios celulares pre-cancerosa es la clave para prevenir el cáncer de cuello uterino.
5. El VPH no es indicador fiable del comportamiento sexual de usted o de su pareja. El VPH puede permanecer latente en las células cervicales durante muchos años antes de convertirse en una infección activa.

He leído la información anterior acerca de la prueba del VPH y que esta se realiza con la muestra de Papanicolaou (esta prueba se realiza automáticamente en las mujeres de 30 años y más) y también estoy de acuerdo en pagar por la prueba del VPH si mi seguro no cubre o paga una porción del costo de la prueba. Para las mujeres menores de 30 años, sírvase indicar si consiente _____ o no consiente _____ la prueba.

Nombre y Firma del paciente _____ Testigo or M.A fima _____
_____ Fecha _____

Cuestionario de historia familiar de cáncer

Nombre: _____

Médico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Sí No ¿Es usted de ascendencia judía asquenazí?

Sí No ¿Usted o algún miembro de su familia tenía pruebas genéticas para un síndrome de cáncer hereditario?

Instrucciones: Se trata de una herramienta de detección para los cánceres que se presentan en familias. Por favor marque a continuación si hay antecedentes personales o familiares de cualquiera de los siguientes cánceres. Si sí, entonces indica parentesco y edad de diagnóstico en la columna apropiada. Si marca Sí para cualquier declaración a continuación, puede ser apropiado para las pruebas de cáncer hereditario.

Por favor, considere a sí mismo ya los siguientes miembros de la familia para completar este formulario:

- Mamá, Papá, Hermanas, Hermanos, Niños (**Parientes de primer grado**)
- Tías, Tíos, Abuelas, Abuelos, Nietos, Sobrinas, Sobrinos (**Parientes de segundo grado**)
- Primos, Bisabuelas, Bisabuelos, Gran tías, Gran tíos (**Parientes de tercer grado**)

CÁNCER	Mi edad	HERMANOS Y NIÑOS	AÑOS	LADO DE LA MADRE DE LA FAMILIA	AÑOS	LADO DEL PADRE DE LA FAMILIA	AÑOS
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer de ovario a cualquier edad							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer de mama antes de los 45 años							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer de mama masculino a cualquier edad							
<input type="checkbox"/> Sí Cáncer de mama y 1 de los siguientes cánceres antes de los 50 años: <input type="checkbox"/> No mama, agresivo próstata, pancreática (<i>especificar</i>)							
<input type="checkbox"/> Sí El cáncer de mama y 2 de los siguientes tipos de cáncer a cualquier edad: <input type="checkbox"/> No mama, agresivo próstata, pancreática (<i>especificar</i>)							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer colorrectal antes de los 50 años							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cáncer de endometrio antes de los 50 años							
<input type="checkbox"/> Sí Cáncer de colon y 1 de los siguientes tipos de cancer antes de los 50 años: <input type="checkbox"/> No colon, endometrio, ovario, estómago, páncreas, pequeño intestino, riñón, vejiga, cerebro (<i>especificar</i>)							
<input type="checkbox"/> Sí Cáncer de colon y 2 de los siguientes tipos de cancer a cualquier edad: <input type="checkbox"/> No colon, endometrio, ovario, estómago, páncreas, pequeño intestino, riñón, vejiga, cerebro (<i>especificar</i>)							

Firma: _____

Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Account #: _____

Patient is appropriate for further risk assessment and/or genetic testing: Yes No

Patient ACCPETED Testing: Informed consent obtained, specimen received, follow-up to review results and for risk reduction counseling

Patient DECLINED Testing: Patient acknowledged understanding of increased risk due to family history of cancers noted above but declines testing today. Patient advised to RTO if desires testing in the future. **Patient Initials:** _____

Provider Signature: _____

Date: _____