

Ruel T. Stoessel, M.D., FACOG

Denise Guidetti, M.D., FACOG

11505 Fairchild Gardens Avenue, Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: (561) 630-8001 Fax: (561) 630-8007

1650-A South Congress Avenue, Palm Springs, FL 33461 - Office: (561) 439-3600 Fax: (561) 642-0720

320-322 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: (561)630-8001 Fax: (561) 630-8007



PLANILLA DE REGISTRO DEL PACIENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA) _____ / _____ / _____ EDAD _____

ESTADO MARITAL: CASADA _____ SOLTERA _____ SS# _____ - _____ - _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

TELEFONO CASA () _____ TELEFONO CEL () _____

TELEFONO TRABAJO () _____

NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR _____

NOMBRE Y TELEFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA _____

NOMBRE DEL DOCTOR QUE LA REFIRIO _____

DIRECCION DEL CONSULTORIO DEL DOCTOR _____

POR FAVOR INDIQUE SU PRIMER IDIOMA _____

Etnicidad (Marque uno):

- Caucásico
- Asiático
- Judío Ashkenazi
- Hispano
- Afro Americano
- Mediterráneo
- Otro _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Aviso de prensa
- Compañía de seguros
- A través de otro paciente de UPA
- Páginas amarilla
- Internet
- Otro _____

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION DEL SEGURO

Nombre de la compañía del seguro _____

Nombre del Asegurado _____

Número de Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Vínculo familiar con la paciente _____

Nombre y Dirección del Empleador del Asegurado _____

Teléfono del Empleador () _____

Solicitamos que todo paciente nos suministre su tarjeta de seguro médico y su licencia de conducir para nosotros poder incluir una copia en su expediente médico. No podemos proporcionar servicios bajo la suposición de que nuestros honorarios serán cubiertos por la compañía de seguro. Como una cortesía, sin embargo, nosotros prepararemos y enviaremos a su compañía de seguro las planillas de solicitud de cobertura por servicio médico recibido. Usted es responsable por el pago de cualquier deducible o co-pago, de acuerdo con las condiciones de su póliza.

Ruel T. Stoessel, M.D., FACOG

Denise Guidetti, M.D., FACOG

11505 Fairchild Gardens Avenue, Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: (561) 630-8001 Fax: (561) 630-8007

1650-A South Congress Avenue, Palm Springs, FL 33461 - Office: (561) 439-3600 Fax: (561) 642-0720

320-322 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: (561)630-8001 Fax: (561) 630-8007



AUTHORIZACION DE PAGO

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a University Perinatal Associates a suministrar cualquier y toda información que requiera la compañía de seguros a efectos de poder cobrar los servicios médicos que se me han proporcionado. Yo instruyo al asegurador a cancelar, sin equivocación, directamente al médico, todos los honorarios debidos por el cuidado médico que he recibido. Estoy consciente de que soy personalmente responsable por todos los cargos. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

En el evento de que una demanda legal o la contratación de una agencia externa de cobranzas sea necesaria para hacer cumplir el pago de la cuenta, la paciente acepta pagar todos los honorarios para la recolección y o de abogado and los costos de la corte que así sean considerados para este propósito.

Firma de la Paciente o Representante Legal _____ Fecha _____

Ruel T. Stoessel, M.D., FACOG

Denise Guidetti, M.D., FACOG

11505 Fairchild Gardens Avenue, Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: (561) 630-8001 Fax: (561) 630-8007

1650-A South Congress Avenue, Palm Springs, FL 33461 - Office: (561) 439-3600 Fax: (561) 642-0720

320-322 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: (561)630-8001 Fax: (561) 630-8007



HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Razón de la Consulta _____

Alergias _____

Medicamentos que esté actualmente tomando _____

Historia Obstétrica

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ ¿Cuántos niños tiene? _____

Tipo de partos: Vaginal o Cesárea

¿Ha tenido algún aborto? Si No

¿Tiene antecedentes de embarazo gemelar en su familia? Si No

¿Tiene algún problema con su embarazo actual? _____

Antecedentes Personales (Marque todos los que aplican)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Citología anormal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia | <input type="checkbox"/> Problemas de ovarios o trompas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos | <input type="checkbox"/> Vesícula | <input type="checkbox"/> Síntomas de derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Problemas mamarios | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Tromboflebitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Infección urinaria |
| <input type="checkbox"/> Dependencia a drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales |

Historia Quirúrgica (Por favor escriba todas las operaciones que haya tenido y las fechas en las cuales fueron realizadas)

Desde que usted salió embarazada, ha utilizado o consumido:

- Cigarros Alcohol Drogas ilegales

ANTECEDENTES FAMILIARES (Por favor marque todas las que aplican)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | |

Ruel T. Stoessel, M.D., FACOG

Denise Guidetti, M.D., FACOG

11505 Fairchild Gardens Avenue, Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: (561) 630-8001 Fax: (561) 630-8007

1650-A South Congress Avenue, Palm Springs, FL 33461 - Office: (561) 439-3600 Fax: (561) 642-0720

320-322 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: (561)630-8001 Fax: (561) 630-8007



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ULTRASONIDO NIVEL 2

(Si a usted se le va realizar un ultrasonido, por favor lea y firme la siguiente declaración de consentimiento)

Su médico tratante ha solicitado que usted se someta a un procedimiento diagnóstico conocido con el nombre de ultrasonido. Este procedimiento involucra utilizar ondas sonoras que se reflejan desde su vientre y el feto, que son luego monitorizadas, grabadas y almacenadas en forma de imágenes. Estas imágenes obtenidas nos proporcionarán información sobre su embarazo. Se considera que este examen acarrea para usted y su bebé un riesgo muy pequeño o incluso nulo. Existen diversas categorías de ultrasonido, entre ellos está el Nivel II (examen extensivo o enfocado) y el ultrasonido tipo Doppler.

El ultrasonido tipo Nivel II es más comúnmente ordenado por su doctor cuando existe una historia de salud que coloca su bebé en un riesgo mayor para defectos de nacimiento. Sin embargo, usted debe saber que aun con este tipo de ultrasonido, puede ser que el examinador no pueda identificar ciertas malformaciones o defectos fetales que sólo pueden ser diagnosticadas después del nacimiento. Por lo tanto, a pesar de que el ultrasonido es un examen muy útil, no debe ser considerado como un determinante absoluto para la ausencia de defectos fetales o como una garantía de que el feto sea completamente normal.

Un ultrasonido Doppler es un examen en el que el corazón y/o los vasos sanguíneos que llevan sangre hacia el feto y el útero son examinados. Este ultrasonido es realizado cuando existe un riesgo de que el feto tenga defectos cardíacos, retardo en el crecimiento intrauterino o riesgo de tener daño placentario y fetal.

Si se diera la circunstancia de que usted tuviera alguna pregunta con respecto a los resultados de su ultrasonido, no dude en discutirlos con su examinador, enfermera o con su médico tratante antes de realizarse el examen.

Por favor firme este documento antes de realizarse su examen de ultrasonido aceptando así que usted ha leído y entendido la información aquí contenida y ha dado permiso para la realización de este procedimiento.

Firma del paciente

Fecha

Ruel T. Stoessel, M.D., FACOG

Denise Guidetti, M.D., FACOG

11505 Fairchild Gardens Avenue, Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: (561) 630-8001 Fax: (561) 630-8007

1650-A South Congress Avenue, Palm Springs, FL 33461 - Office: (561) 439-3600 Fax: (561) 642-0720

320-322 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: (561)630-8001 Fax: (561) 630-8007



POLÍTICA FINANCIERA DE UNIVERSTIY PERINATAL ASSOCIATES

Gracias por escogernos como su proveedor de cuidado de salud. Estamos comprometidos en proporcionarle la mejor calidad de cuidado y servicio. La siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera que necesitamos que lea y firme antes de que le sea proporcionado cualquier tipo de tratamiento

DEBE PAGAR EN FORMA COMPLETA AL MOMENTO DE OBTENER EL SERVICIO

(su responsabilidad después del pago del seguro , etc.)

EL CO-PAGO/DEDUCIBLE DEBEN SER CANCELADOS EN EL MOMENTO DE OBTENER EL SERVICIO

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUE , VISA, MASTERCARD

Compañía de Seguro que participa como proveedor

Con respecto a los planes de seguros en los cuales somos un proveedor participante, los co-pagos y deducibles deben ser cancelados antes de recibir tratamiento. Los co-pagos incluyen la porción de la factura que la compañía de seguro indica que es responsabilidad del paciente. Como una cortesía hacia usted, nosotros nos encargaremos de enviar la fractura a su compañía de seguros en su nombre con la información del seguro que usted nos proporcione. **University Perinatal Associates NO tramita solicitudes de pago a una compañía de seguros suplementaria que usted pueda tener.**

Proveedor de seguros no participante o Persona no asegurada

En el evento de que su compañía de seguro sea o cambie a un plan en el cual nosotros no somos proveedores participantes, o si usted no tiene seguro médico, nosotros nos encargaremos de completar las planillas de reclamo en su nombre con la información que usted nos proporcione. Sin embargo, si este fuera el caso, usted tendría que pagar el 100% de la cuenta en el momento de la consulta. Por favor tenga en cuenta que algunos, o tal vez todos los servicios médicos rendidos puede ser que sean servicios no cubiertos por ciertas pólizas de seguros o que sean considerados por ciertos planes de seguro como servicios injustificados o no necesarios.

Tarifas usuales y habituales

Nuestra práctica tiene como firme propósito proveer el mejor tratamiento posible para nuestros pacientes y cobramos las tarifas que se consideran usuales y habituales en el área de perinatología.

Citas Médicas Perdidas

Por favor ayúdenos a proporcionarle un mejor servicio manteniendo sus citas. Si se presentase la circunstancia de que usted no puede acudir a su cita médica, por favor llame a nuestra oficina con 24 horas de anticipación. Si usted no llama o no se presenta a su cita, le podríamos aún cobrar por su cita médica perdida. Gracias por entender nuestra política de finanzas. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta o duda.

Cuentas no pagadas o cheques devueltos

Nuestro consultorio cobra 18% de interés por los saldos no cancelados después de 30 días y \$ 25 por los cheques devueltos.

LE QUEREMOS ADVERTIR QUE SUS CONSULTAS A UPA REQUIEREN FACTURACION ADICIONAL A SU COMPAÑÍA DE SEGUROS APARTE DE SUS PAGOS HABITUALES POR CONSULTA OBSTETRICA QUE PUEDEN ACARREARLE COPAGOS ADICIONALES. EXISTE UN CARGO ADICIONAL DE 25% POR PLANILLAS DE SEGUROS, INCAPACIDAD Y FLMA QUE SEAN COMPLETADAS PARA USTED.

Firma del paciente o de la persona responsable

Fecha

Firma del esposo o pareja de la paciente

Fecha

Número de Seguro Social del esposo o pareja

Ruel T. Stoessel, M.D., FACOG

Denise Guidetti, M.D., FACOG

11505 Fairchild Gardens Avenue, Suite 101, Palm Beach Gardens, FL 33410 - Office: (561) 630-8001 Fax: (561) 630-8007

1650-A South Congress Avenue, Palm Springs, FL 33461 - Office: (561) 439-3600 Fax: (561) 642-0720

320-322 NW Bethany Drive, St. Lucie West, FL 34986 - Office: (561)630-8001 Fax: (561) 630-8007



Permiso del Paciente de Primera para el uso y revelación de la Historia Medica para el propósito de Tratamiento, pago o manejo de salud

Yo, _____, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, University Perinatal Associates crea y mantiene papel y/o archivos electrónicos que describen mi historia médica, síntomas, examen físico, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamiento y cualquier otro plan de tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para la planificación de mi cuidado y tratamiento.
- Una forma de comunicación entre muchos profesionales de salud que puede contribuir a mi cuidado.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Una manera a través de la cual una tercera persona que se encargará del pago de la factura pueda verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados y, por último,
- Como un instrumento para ejecutar cuidados de salud rutinarios tales como el asesoramiento de la calidad y preparación de los profesionales de salud.

He leído y comprendido la Notificación de Prácticas Médicas que provee una descripción más completa del uso y divulgación de mi información médica. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

El derecho de revisar la notificación antes de firmar este consentimiento,

El derecho de objetar el uso de la información acerca de mi salud para propósitos del directorio, y

El derecho de pedir restricciones acerca de cómo la información de mi condición de salud sea utilizada o relevada para la realización de tratamiento, pagos o con procedimientos relacionados con los servicios de salud.

Entiendo que University Perinatal Associates no está en la obligación de aceptar las restricciones impuestas por mí. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta el momento que la organización ya haya tomado acción con base en mi consentimiento anterior. También entiendo que si rehúso a firmar este consentimiento o si revoco este consentimiento, esta organización puede rehusar estar involucrado en mi tratamiento, como así lo permite la Sección 164. 506 del Código Federal de Regulaciones.

También entiendo que University Perinatal Associates se reserva el derecho de cambiar su notificación y prácticas previo a la implementación de éstas en concordancia con la 164.520 del Código Federal de Regulaciones. Dado el caso que University Perinatal Associates cambie su notificación le enviarán una copia revisada a la dirección que yo he proporcionado (ya sea vía postal en los Estados Unidos o, si estoy de acuerdo, vía e-mail).

Quisiera que se efectuasen las siguientes restricciones para el uso o revelación de mi información médica:

Yo quisiera autorizar a _____ a participar en mi cuidado de salud y permitir revelar cualquier información pertinente a mi cuidado médico, información de póliza de seguro o archivos de pago.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago o de procedimientos realizados por nosotros como proveedores de salud, puede ser necesario revelar mi información protegida de salud a otra entidad y consiento para que sea realizada esta revelación incluso por vía fax.

Comprendo completamente y RECHAZO ACEPTO los términos de este servicio

Firma del paciente

Fecha

SOLO PARA USO OFICIAL

Permiso recibido por _____ el _____.

Permiso rechazado por el paciente y el rechazo del tratamiento es permitido

Permiso agregado al expediente médico del paciente el _____.