

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Ocupación: _____

Estatura del Paciente: _____ Peso de la Paciente antes del embarazo: _____

Raza: Nativo americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico
 Negro o Americano Africano Blanco Hispano Otro: _____

Nombre de la Pareja: _____ Fecha de Nacimiento del Pareja: _____ Ocupación: _____

Raza: Nativo americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico
 Negro o Americano Africano Blanco Hispano Otro: _____

Si usted no desea que su historial sea discutido en frente de sus familiares o visitantes que estén en su habitación, por favor anótelo abajo o avise a uno de los miembros de nuestro personal tan pronto como pueda hacerlo.

Antecedentes Médicos

▶ ¿Tiene actualmente	Diabetes?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
¿Tiene actualmente	Hipertensión?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
¿Tiene actualmente	Problemas con la tiroides?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
▶ ¿Tiene actualmente	Convulsiones?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
¿Tiene actualmente	Enfermedad de Crohn / Colitis Ulcerativa?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
¿Tiene actualmente	Lupus?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
¿Tiene actualmente	Asma?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
▶ ¿Tiene actualmente	Trastornos de la coagulación?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
▶ ¿Tiene antecedentes de	Un coágulo de sangre / derrame cerebral (embolia)?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N
▶ ¿Tiene antecedentes de	Problemas del corazón?	S	N	¿Toma medicamentos para esto?	S	N

Por favor especifica

¿Tiene usted alguna otra condición médica de la cual debemos estar informados? (Por favor indique) _____

¿Cuáles son sus medicamentos actuales? (Por favor incluya la dosis de los medicamentos si están disponibles)

▶ Medicamento	Dosis	▶ Medicamento	Dosis	▶ Medicamento	Dosis

Alergias: _____

Antecedentes de Embarazos

¿Cuál es su fecha de dar a luz para este embarazo?	
¿Ha tenido una prueba de ultrasonido en este embarazo?	S N Si la respuesta es Sí, indique la fecha: _____
¿Incluyendo esta vez, cuántas veces as estado embarazada	
¿Cuántos hijos tiene que estén con vida?	
¿Ha tenido alguna pérdida del embarazo (aborto espontáneo)?	S N Indique cuántos: ▶ (si 3 ó más)
¿Ha tenido alguna interrupción / cese del embarazo?	S N Indique cuántos: _____
▶ ¿Fueron algunas de la interrupciones del embarazo debido a una condición anormal o genética del feto?	S N
¿Cuántos partos vaginales ha tenido?	
¿Cuántas cesáreas ha tenido?	
¿Ha tenido gemelos o trillizos?	S N
¿Ha tenido hijos que han muerto?	S N
¿Tuvo que ir alguno de sus hijos a la Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos?	S N
¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con presión arterial alta o preclamsia?	S N
¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con diabetes gestacional?	S N

¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con su bebé en ser demasiado pequeño?	S	N
¿En alguno de sus embarazos tuvo problemas con su fluido amniótico en ser demasiado bajo o demasiado alto?	S	N
¿En alguno de sus embarazos tuvo un parto prematuro?	S	N
¿Fue hospitalizada con alguno de sus embarazos?	S	N
¿Dio a luz a alguno de sus hijos prematuramente (antes de las 37 semanas o más de 3 semanas antes de su fecha de parto)?	S	N
¿Tiene antecedentes de insuficiencia cervical o problemas con su cérvix?	S	N
¿Ha tenido alguna vez cirugía en su cérvix (cerclaje, LEEP [procedimiento de extirpación electro quirúrgico de lazo], biopsia en cono)?	S	N
¿Sabe si tiene problemas con su útero (forma anormal, fibromas, cirugía uterina)?	S	N
¿Sabe si tiene problemas con sus ovarios (PCOS [síndrome de ovario poliquístico], quistes, masas, tumores)?	S	N

Antecedentes de Exposición durante el Embarazo (En cualquier momento durante el embarazo, incluyendo el tiempo antes de saber que estaba embarazada)

▶ ¿Ha estado expuesta a cualquier tipo de radiación después que supo que estaba embarazada?	S	N
▶ ¿Ha estado expuesta a cualquier tipo de alcohol durante este embarazo?	S	N
▶ ¿Ha usado cualquier tipo de tabaco (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco para masticar)?	S	N
▶ ¿Ha usado cualquier tipo de marihuana?	S	N
▶ ¿Ha usado cualquier otro tipo de drogas recreativas (Heroína, Cocaína, Metanfetaminas)?	S	N
▶ ¿Hay algún medicamento que dejó de tomar cuando supo que estaba embarazada?	S	N
▶ ¿Está tomando, o ha tomado cualquier tipo de medicamentos o suplementos a base de hierbas?	S	N

Antecedentes de Exposición durante el Embarazo

▶ ¿Tendrá 31 años de edad o más al momento del parto si es que está esperando mellizos, trillizos, etc.?	S	N
▶ ¿Tendrá 35 años de edad o más al momento del parto?	S	N
▶ ¿Tenía su pareja 45 años de edad o más al momento de la concepción?	S	N
▶ ¿Nació usted o su pareja con un defecto o diferencia física al momento de nacer?	S	N
▶ ¿Nació alguno de sus hijos con un defecto o diferencia física al momento de nacer?	S	N
▶ ¿Está usted relacionada a su pareja por vínculos sanguíneos (i.e. primos)?	S	N
▶ ¿Tiene usted alguna ascendencia judía asquenazi?	S	N
▶ ¿Tiene su pareja alguna ascendencia judía asquenazi?	S	N
▶ ¿Ha tenido alguna prueba de detección de portadores?	S	N

¿Es usted o su pareja portador de cualquiera de lo siguiente?

▶ Fibrosis Quística	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ Atrofia Muscular Espinal	S	N	No se ha hecho la prueba
▶ Enfermedad de Célula Falciforme	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ Alfa Talasemia	S	N	No se ha hecho la prueba
▶ Beta Talasemia	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ Síndrome Frágil de X	S	N	No se ha hecho la prueba
▶ Enfermedad de Tay Sach	S	N	No se ha hecho la prueba	▶ ¿Alguna otra condición genética?	S	N	No se ha hecho la prueba

¿Nació o fue diagnosticada tanto usted como su pareja, sus hijos o los hijos de su pareja, o cualquier otro miembro familiar en ambos lados (padres, hermanos, sobrinas, sobrinos, abuelos, tías, tíos, primos) con algo de lo siguiente? (Si la respuesta es Sí, especifique quién estuvo afectado)

Condición	Relación	Condición	Relación		
▶ Síndrome de Down	S	N	▶ Falta de Cromosoma o Cromosoma Extra	S	N
▶ Discapacidades Intelectuales	S	N	▶ Síndrome Frágil de X	S	N
▶ Autismo / ASD	S	N	▶ Ceguera	S	N
▶ Pérdida del Oído	S	N	▶ Fibrosis Quística	S	N
▶ Atrofia Muscular Espinal	S	N	▶ Anemia de Célula Falciforme	S	N
▶ Alfa / Beta Talasemia	S	N	▶ Enfermedad de Tay Sach	S	N
▶ Distrofia Muscular	S	N	▶ Enfermedad de Huntington	S	N
▶ Enfermedad de Coagulación de la Sangre	S	N	▶ Enfermedad de Hemorragia	S	N
▶ Neurofibromatosis	S	N	▶ Espina Bífida / Anencefalia	S	N
▶ Hidrocefalia	S	N	▶ Defecto del Corazón	S	N
▶ Defecto Renal	S	N	▶ Enfermedad Renal Poliquística	S	N
▶ Anomalías Genitales	S	N	▶ Labio Leporino / Paladar Hendido	S	N
▶ Hernia Diafragmática	S	N	▶ Defecto de la Pared Abdominal	S	N
▶ Anormalidad del Brazo / Mano / Pie / Dedo de la mano / Dedo del pie	S	N	▶ Otro Defecto de Nacimiento	S	N
			▶ Otra Condición Genética	S	N

Si respondió Sí a cualquiera de las preguntas, por favor explique:

Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.

Política de Cambio de Información

Todas las pacientes deberán informar a nuestra oficina cualquier cambio, entre otros:

- Cambio en el seguro(s) primario, secundario y terciario
- Cambio de nombre
- Cambio de dirección
- Cambio en el número de teléfono

No informar los cambios al momento del servicio podría causar que la compañía aseguradora niegue su reclamo de cobertura, y en consecuencia la paciente será responsable del pago total por el servicio.

Nosotros tenemos treinta (30) días para presentar un reclamo nuevo con las compañías aseguradoras, y luego de transcurrir treinta (30) días los reclamos se pueden denegar por haber sido presentados después del plazo establecido.

He leído la política y entiendo que se me facturarán todos los cargos si no cumplo con esta política:

Nombre de la paciente
(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Fecha

Firma de la paciente

Delaware Center
for Maternal



Fetal Medicine
of CHRISTIANA CARE, INC.

Formulario de Autorización para el Pago con Tarjeta de Crédito

Por este medio autorizo al Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc., a cobrar de mi cuenta de tarjeta de crédito en caso de que yo no salde mi cuenta o que no haga arreglos de pago en 7 días hábiles después de haber recibido mi primera factura.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ FDN del paciente: _____

Información de cobro a la tarjeta de crédito (por favor escriba en letra de molde):

Nombre _____

Apellido _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono en el día _____ En la tarde _____

Información de pago



No. de Cuenta _____ - _____ - _____ - _____

Fecha de vencimiento _____

Nombre del titular (por favor escriba en letra de molde): _____

Firma del titular _____

Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.

Información importante para las pacientes

Horario normal de atención

Nuestras horas normales de oficina son de 7:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes. Estamos disponibles por teléfono de 7:30 am a 4:30 pm, de lunes a viernes.

Horario de atención urgente en las noches y fines de semana

Atención urgente se define como un problema que no puede esperar hasta el horario normal de atención. Las llamadas que se reciben en la noche, fin de semana o los días en que el consultorio está cerrado serán transferidas al servicio telefónico para referirlas al médico de guardia. Todos los problemas urgentes deben ser atendidos por su obstetra. Tenga en cuenta que habrá un cargo de \$50.00 para las pacientes que llamen al médico de guardia por asuntos que no sean médicos.

Atención de emergencia

En caso de una emergencia grave, llame al 9-1-1 de inmediato.

Información e identificación de la paciente

A las pacientes se les requiere presentar una identificación válida con foto y una tarjeta de seguro vigente en cada cita. Las pacientes deben informar por escrito al consultorio a la mayor brevedad sobre cualquier cambio en los datos demográficos y/o en la información del seguro médico. Además, las pacientes deben contestar a la mayor brevedad cualquier solicitud de información por parte de la compañía de seguro. No cumplir con cualquiera de estas estipulaciones podría resultar en que la paciente sea directamente responsable de pagar todos los cargos por los servicios prestados.

Confirmación de citas

Nosotros haremos una llamada de recordatorio a su teléfono principal dos días hábiles antes de una cita programada. En ese momento, le informaremos también sobre cualquier saldo que haya que pagar el día en que se presente para su próxima cita. Si no contesta el teléfono, le dejaremos un mensaje en su correo de voz.

Cancelación de citas

Si tiene que cancelar o reprogramar la cita, se le requiere avisar por lo menos un día hábil antes. Si llega más de 15 minutos tarde a una cita, será necesario reprogramar la cita. No avisarnos en el plazo requerido podría resultar en un cargo de \$50 por ausencia, y este se le facturará a usted directamente, no a la compañía de seguro. Los cargos por ausencias se tienen que pagar antes de reprogramar otra cita. Ausentarse a múltiples citas, puede resultar en que se le dé de baja del consultorio.

Fotografía y grabación de videos

No se permiten aparatos de grabación en la sala de exámenes. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: cámaras digitales, cámaras de video, cámaras de teléfonos celulares, cámaras de computadoras portátiles, etc. Usted recibirá imágenes de la ecografía al final del examen.

Lista de los cargos

Nuestra lista de cargos se ha preparado para incluir un descuento para los pacientes que pagan por su cuenta y los miembros del programa CHAPS (Programa de Acceso Comunitario a la Salud). Usted puede recibir una copia de nuestra lista de cargos si la solicita.

Compañías de seguro (participantes)

Nosotros aceptamos los planes de algunas compañías de seguro, pero no de todas. Usted puede obtener una lista de las compañías de seguro que aceptamos si la solicita. Si usted es miembro de una compañía de seguro que aceptamos, nosotros enviaremos los reclamos a nombre suyo directamente al plan y aceptaremos el cargo máximo permitido como pago completo. Usted es responsable de pagar el deducible, coaseguro o copago que corresponda según lo determine su compañía de seguro. Ese pago debe realizarse al momento de recibir el servicio, antes de la cita. Cualquier responsabilidad financiera adicional del paciente identificada por la compañía de seguro en la Explicación de Beneficios (EOB) será pagadera de inmediato.

Tenga en cuenta que el cálculo de beneficios hecho por la compañía de seguros podría ser distinto a la determinación final de beneficios durante el procesamiento del reclamo. La póliza del seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguro. Si tiene preguntas sobre cómo se determinaron los beneficios, debe comunicarse directamente con su compañía de seguro.

Compañías de seguro (no participantes)

Si usted está cubierto por una compañía de seguro no participante, se le requerirá hacer el pago completo al llegar al consultorio. Después de la cita se le enviará por correo un formulario de reclamo HCFA 1500 para que usted se lo envíe a la compañía de seguro y reciba el reembolso.

Autorización de referido/derivación /precertificación

Muchas compañías de seguro requieren autorización para las referencias, derivación y/o precertificación para servicios de especialidad. Familiarícese con los requisitos de su compañía de seguro. Si el consultorio no recibe la autorización de referido/derivación correspondiente antes de su cita, la cita se podría reprogramar. Si la compañía de seguro niega un servicio por falta de derivación/referido, usted será responsable de pagar el total de la factura. Es importante que recuerde comunicarse con su médico de atención primaria o su obstetra ginecólogo antes de solicitar los servicios de un especialista.

Opciones de pago

El pago se vencerá al momento de recibir el servicio. Venga preparado para pagar el total correspondiente antes de cada cita. Aceptamos efectivo, cheques, giros, MasterCard, Visa y Discover.

Efectivo

Aceptamos pagos en efectivo y entregaremos un recibo impreso por todas las transacciones en efectivo.

Cheques

No aceptamos cheques pos-datados. A usted se le cobrará un cargo de \$30 por cada cheque que sea devuelto por fondos insuficientes. Los pagos futuros deberán efectuarse en efectivo, giros o tarjeta de crédito.

Tarjetas de crédito

Aceptamos MasterCard, Visa y Discover en el caso de pacientes interesadas en financiar sus gastos de salud y pagarlos a plazos. Los pagos con tarjeta de crédito se pueden hacer por teléfono llamando al 302-319-5680 extensión 230 o en nuestro sitio web www.dcmfm.com. Se le cobrará un cargo de \$30 por cada transacción rechazada.

Cobro de deudas

Las cuentas de pacientes que estén atrasadas serán transferidas a una agencia de cobros. Al momento de la transferencia, a la cuenta se le agregará cargo administrativo de un 25% por fase 1 de cobros. A las cuentas referidas a cobro que estén más de 90 días sin saldar se les aplicará un cargo administrativo adicional del 25%. Las cuentas transferidas a una agencia de cobros también serán reportadas a las agencias de crédito (Equifax, Experian y TransUnion). Esto puede perjudicar su crédito. No pagar sus responsabilidades financieras después de haber sido cubierto por el seguro será considerado también como incumplimiento del contrato por parte de la compañía de seguros.

Dar de baja del consultorio

Las pacientes pueden ser dadas de baja del consultorio. Las razones por las que se le puede dar de baja pueden incluir, entre otras: la falta de pago, una cantidad excesiva de ausencias a citas, no cumplir un plan de tratamiento acordado o que una paciente se niegue a mantener una conducta aceptable.

Expediente médico

Todas las solicitudes de copias del expediente médico se deberán hacer por escrito. El consultorio deberá recibir un cargo por el expediente médico además de cualquier saldo pendiente del paciente antes de entregar el expediente.

Con mi firma, certifico que entiendo y acepto lo anterior.

Nombre de la paciente (en letra de imprenta): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Firma de la paciente: _____

Fecha: _____

Representante de DCMFM (en letra imprenta): _____



Formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente de HIPAA

Secundario: _____

Indique: Si es el teléfono de la casa y el número, si es teléfono celular y el número, dirección de correo electrónico, dirección de correo, otro. Tenga presente que los mensajes de correo electrónico que reciba de DCMFM no contendrán información de salud protegida ni información electrónica de salud protegida en el texto.

Autorización para dejar mensajes a miembros del hogar o en máquinas contestadoras

Cada cierto tiempo, es necesario que los representantes de el **Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.** dejen mensajes telefónicos para las pacientes. El propósito de estos mensajes es recordarles que tienen una cita, informarle a la paciente que el personal médico desea hablar con ella sobre los resultados de exámenes de laboratorio, patologías o procedimientos o, para pedirle a la paciente que llame a nuestra oficina en relación con un problema o inquietud.

Ningún representante de el **Centro de Medicina Materno Fetal de Delaware de Christiana Care, Inc.** hablará sobre sus circunstancias médicas o sus problemas de salud sin su consentimiento. El propósito de este consentimiento es dejar mensajes con los miembros de su hogar o en la máquina contestadora. Usted tiene derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto donde ya hayamos compartido su información en virtud de su consentimiento anterior. Este consentimiento permanecerá vigente hasta su revocación.

DCMFMCC puede dejar mensajes de voz en el teléfono de mi casa _____ o en mi celular _____.

DCMFMCC puede dejar mensajes con un familiar que esté en la lista de este formulario: Sí o No

Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la paciente o persona encargada: _____

Recibo y reconocimiento del formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente de DCMFM

Al firmar y poner la fecha aquí, usted reconoce que recibió el formulario de consentimiento y divulgación de datos privados de la paciente de DCMFM y que ha revisado estas prácticas y procedimientos y los entiende completamente. Usted tiene derecho a que DCMFM le entregue una copia impresa o puede descargar una copia de este documento aquí: www.dcmfm.com/forms/.

Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la paciente o persona encargada: _____