

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



BIENVENIDO A GEORGIA PRENATAL

Estamos encantados de que hayas elegido poner tu cuidado ginecológico en nuestras manos. Por lo tanto, nos complace darle la bienvenida a nuestra familia en Georgia Prenatal.

Para poder servirle mejor, necesitamos su ayuda.
Por favor, tómese el tiempo de proveernos la información requerida &
consentimientos indicados en este paquete.

Por favor, lea lo siguiente, que hemos proporcionado nuestras reglas y normas de práctica:

Iniciales _____

REGLAS Y NORMAS EN NUESTRA CLÍNICA

Falta a la Cita, Sin Llamada de Aviso \$25.00
Si no llama con 24 horas de antelación a su cita, este cargo se aplicará a su cuenta. La tarifa será aplicada a pacientes sin seguro médico y con seguro médico privado. Excluyendo a los pacientes con Medicaid.

Regla de 15 Minutos \$00.00
Tenga en cuenta que si llega con más de 15 minutos de retraso a su cita programada, se arriesga a que su cita sea cambiada o que tenga que esperar como mínimo el mismo tiempo que llegó tarde.

No Se Permiten Niños sin Supervisión \$00.00
Por seguridad, no se permite que los niños permanezcan solos en la sala de espera o consultorio sin un adulto responsable.

Solicitud de Resultados Médicos \$00.00
Usted puede solicitar copias de sus resultados médicos sin ningún costo adicional. No enviamos resultados por correo electrónico, ni los entregamos a terceras personas sin una autorización previa. Las copias deberán ser retiradas personalmente en nuestra oficina.

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

Patient PRN #: _____

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143
info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



BIENVENIDA A GEORGIA PRENATAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento | Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____

Numero Social (SS#) _____ Número de Teléfono _____

Email _____

Dirección | Número de Calle _____ Nombre de la Calle _____

Número de Apartamento/ Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Estado Civil (Por favor, marque con un círculo una de las opciones):

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Compañero/a de vida Viudo/a Nunca casado/a

Ocupación _____ Se Niega a Responder _____

Idioma Preferido: Inglés Español Portugues Otro: _____ Raza _____

Etnicidad _____ Se Niega a Responder _____

Método de comunicación preferido (marque con un círculo una de las opciones):

Correo electrónico Mensajes de Texto Llamada Telefónica Cualquiera, sin preferencia

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Tiene Seguro Médico (Por favor, marque con un círculo una de las opciones): Si No

Si tiene Seguro Médico llene la información a continuación:

Nombre de Seguro Médico Primario: _____ Número de Póliza: _____

Nombre de Seguro Médico Secundario: _____ Número de Póliza: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y Apellido _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Relación con el paciente _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143
info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com

Patient PRN #: _____



POLÍTICA FINANCIERA

Nuestro objetivo en Georgia Prenatal es mantener su seguro y otros arreglos financieros tan simples y claros como sea posible. Para lograr esto de una manera rentable, le pedimos que cumpla con las siguientes pautas:

- ❖ Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros primaria o secundaria según sea necesario para procesar reclamos de seguros, solicitudes de seguros, autorizaciones previas y recetas médicas. También autorizó el pago de beneficios médicos a los doctores y proveedores.
- ❖ En última instancia, soy responsable del pago de los cargos por los servicios que recibo en su oficina que no están cubiertos por mi seguro.
- ❖ Es mi responsabilidad proporcionar mi dirección actual, número de teléfono e información del seguro.
- ❖ Es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros para confirmar que los proveedores participen en mi plan.
- ❖ Si mi seguro no está activo en el momento del servicio, seré responsable del pago total.
- ❖ Si no proporcionó la información correcta del seguro, seré responsable del pago total.
- ❖ El copago, coseguro y/o deducible no satisfecho se deberá pagar al momento del servicio.
- ❖ Se le facturará los cargos de laboratorio no cubiertos por su seguro médico.

Tenga en cuenta que todos los pacientes, con seguro y autopago, deben informar cuándo el paciente bajo nuestro cuidado actualmente tiene un seguro privado, agrega un seguro privado/comercial y/o Medicaid, o ya no tiene un seguro privado/comercial o Medicaid.

Georgia prenatal no es responsable de ningún cargo acumulado, falta de pago o pago retroactivo debido a la falta de divulgación de información.

Yo _____ entiendo y cumpla con la Política Financiera de Georgia Prenatal.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



CONSENTIMIENTO DE FARMACIA PREFERIDA

Este formulario de consentimiento autoriza a Georgia Prenatal a obtener y revisar mi historial de prescripción. El historial de prescripción detallado permite a sus proveedores obtener información sobre los medicamentos prescritos por otros proveedores que participan en mi atención médica. Esta información mejorará la exactitud de la lista de medicamentos en mi historial médico y disminuirá cualquier reacción adversa a los medicamentos o información inexacta sobre los mismos, como los nombres de los medicamentos o las dosis.

Al firmar este formulario de consentimiento, yo acepto que Georgia Prenatal pueda solicitar y utilizar mi historial de medicamentos de otros proveedores de atención médica, farmacias y pagadores de beneficios (como mi compañía de seguros) para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento informado a Georgia Prenatal para que solicite, vea y utilice mi historial de prescripción externa con fines de tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Nombre de la Farmacia Preferida _____

Número de Teléfono de la Farmacia _____

Dirección _____

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Testigo _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO & POLÍTICA DE PRIVACIDAD

TRATAMIENTO MÉDICO

Iniciales _____

Al poner mis iniciales y firmar a continuación, autorizo a los proveedores, a las parteras, y a las enfermeras profesionales a brindarme tratamiento en la clínica Georgia Prenatal. Entiendo que los proveedores me darán tratamiento de acuerdo con las normas de atención establecidas por el American College of Obstetrics and Gynecology. Entiendo que este tratamiento puede incluir exámenes de laboratorio, ultrasonido y otros procedimientos de diagnóstico para darme la mejor atención posible. Toda la información obtenida de mí por todos los proveedores de Georgia Prenatal será confidencial y se mantendrá confidencial a menos que yo firme una liberación de esta información. Nadie podrá acceder a la información de mis registros en Georgia Prenatal sin mi permiso/consentimiento previo por escrito.

NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Iniciales _____

Tengo entendido que Georgia Prenatal tiene una política de privacidad del paciente, que está disponible para mí en cualquier momento. Ellos me han hecho consciente de mis derechos como paciente y me hicieron una copia de sus políticas.

(marque con un círculo una de las opciones):

Elijo recibir una copia Elijo no recibir una copia

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Testigo _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



RECORDATORIOS DE CITAS Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN GENERAL

CORREO ELECTRÓNICO

Iniciales _____

Al firmar abajo, autorizo a Georgia Prenatal a enviar recordatorios de citas y actualizaciones de la práctica a través del correo electrónico proporcionado en el registro de información del paciente.

MENSAJES DE TEXTO

Iniciales _____

Al poner mis iniciales y firmar abajo, autorizo a Georgia Prenatal a enviar recordatorios de citas y actualizaciones de la práctica a través de mensajería de texto a mi móvil, proporcionado en la parte de registro de información del paciente. Entiendo que este servicio se ofrece de forma gratuita. Sin embargo, es posible que se apliquen las tarifas estándar de mensajería de texto de mi operador de telefonía móvil. Por favor, active los recordatorios por mensaje de texto en mi cuenta.

MENSAJE DE VOZ

Iniciales _____

Al poner mis iniciales y firmar abajo, autorizo a Georgia Prenatal a llamarme y dejar mensajes de voz, al número de teléfono que proporcioné en el registro de información del paciente, con respecto a mis próximas citas y cualquier otra actualización general relacionada a mi atención médica.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Testigo _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



HISTORIAL GINECOLOGICO

Alergia algún medicamento (Por favor, marque con un círculo una de las opciones): Si No

Nombre del medicamento _____

Está tomando algún medicamento actualmente : Si No

Nombre del medicamento _____

Razón de su visita _____

Primer día de su último periodo | Mes _____ Día _____ Año _____

Que edad tenia cuando le vino su periodo por primera vez _____

Cuantos día le dura su periodo _____

Con qué frecuencia le viene su periodo | 28 a 30 días _____ Menos días _____ Más días _____

Tiene dolor o cólicos cuando le viene su periodo: Si No | Leve Moderado Severo

Tiene manchado o sangrado entre sus periodos: Si No | Poco Mucho

Fecha de su último papanicolau | Mes _____ Día _____ Año _____

Se ha hecho una mamografía antes: Si No

Fecha de su última mamografía | Mes _____ Día _____ Año _____

Está sexualmente activa: Si No

Tiene dolor or sangrado durante o despues de tener relaciones sexuales: Si No

Ha tenido relaciones sexuales sin proteccion desde su ultimo periodo: Si No

Que Metodo Anticonceptivo está utilizando | Condones _____ Dispositivo (DIU) _____ Pastillas _____

Inyecciones (Depo Provera) _____ Anillo Vaginal (Nuvaring) _____ Parches _____ Método Rítmico Familiar _____

Metodo Coito Interrumpido _____ Ligación de Tubos _____ Vasectomía _____ Abstinencia _____

Ha estado embarazada antes: Si No | Cuántos embarazos ha tenido: _____

Ha tenido un aborto espontaneo: Si No | Cuantos abortos espontaneos ha tenido: _____

Ha tenido un aborto inducido: Si No | Cuantos abortos inducidos ha tenido: _____

Ha tenido un embarazo ectópico: Si No | Cuántos embarazos ectópicos ha tenido _____

Ha tenido partos vaginales: Si No | Cuántos partos vaginales _____

Ha tenido cesáreas: Si No | Cuantas cesareas _____

Algún problema al orinar (pérdida de orina cuando tose o estornuda, etc): Si No _____

Marque si a tenido alguno de los siguientes problemas médicos en el pasado o actualmente:

- | | |
|--|---|
| _____ Papanicolaou abnormal | _____ Cirugías en los órganos femeninos |
| _____ Enfermedades de Transmisión Sexual | _____ Problemas relacionados con el dispositivo |
| _____ Cancer de senos o algún otro tipo | _____ Diabetes |
| _____ Infecciones Vaginales | _____ Enfermedades de la Tiroides |
| _____ Quistes de Ovario | _____ Hipertensión |
| _____ Verrugas Genitales | _____ Migrana |

Fuma: Si No | Con qué frecuencia _____

Consume bebidas alcohólicas: Si No | Con qué frecuencia _____

Usted o algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con algunas de las siguientes enfermedades:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| _____ Diabetes | _____ Migrana | _____ Asthma |
| _____ Hipertensión | _____ Enfermedad de la tiroides | _____ Depression |
| _____ Cáncer (tipo de cáncer _____) | _____ Epilepsia | _____ Tuberculosis |
| _____ Hepatitis | _____ Fibromas | _____ Infertilidad |
| _____ HIV | | |