

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 prenatal en nuestras manos. El viaje que tienes por delante te cambiará la vida, pero estamos aquí para ayudarte a facilitar ese proceso. 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 DE NUESTRO CUIDADO PRENATAL Y CLÍNICA

Falta a la Cita, Sin Llamada de Aviso \$30.00
Si no llama con 24 horas de antelación a su cita, este cargo se aplicará a su cuenta. La tarifa será aplicada a pacientes con el paquete prenatal y a pacientes 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.

Tarde en la Atención Prenatal (Pacientes Sin Seguro Médico) \$400.00
Todos los pacientes que comienzan su cuidado prenatal con nosotros en o después de la marca de 20 semanas están obligados a pagar \$400 USD, de su paquete prenatal en su primera cita.

Completar la FMLA \$25.00
Se requiere una tarifa de \$25.00 para completar la documentación de la FMLA o discapacidad. Por favor, espere entre 7 y 14 días hábiles para que el proveedor complete los formularios.

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):
Soltera Casada Divorciada Separada Concubinato Viuda
Ocupación _____ Se Niega a Responder _____
Idioma Preferido: Inglés Español Portugues Otro: _____
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 _____



ESCALA DE EDIMBURGO PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN POSPARTO

Responda las preguntas a continuación honestamente.

Debido a que ocurren muchos cambios durante el embarazo, se le harán estas preguntas en diferentes momentos. Esto nos ayuda a apoyar su bienestar emocional durante y después del nacimiento.

Sus respuestas se informarán a su proveedor médico.

Seleccione la respuesta que más se acerque a cómo se sintió en los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas
☐ (0) Tanto como siempre he podido hacerlo
☐ (1) No tanto ahora
☐ (2) Sin duda, mucho menos ahora
☐ (3) No, en absoluto
2. He mirado el futuro con placer para hacer cosas
☐ (0) Tanto como siempre
☐ (1) Algo menos de lo que solía hacerlo
☐ (2) Definitivamente menos de lo que solía hacerlo
☐ (3) Prácticamente nunca
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal
☐ (0) No, nunca
☐ (1) No muy a menudo
☐ (2) Si, algunas veces
☐ (3) Si, casi siempre
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno
☐ (0) No, en absoluto
☐ (1) Casi nada
☐ (2) Si, a veces
☐ (3) Si, muy a menudo
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno
☐ (0) No, en absoluto
☐ (1) No, no mucho
☐ (2) Si, a veces
☐ (3) Si, bastante
6. Las cosas me oprimen o agobian
☐ (0) No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre
☐ (1) No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien
☐ (2) Si, a veces no he podido sobre llevarlas tan bien como siempre
☐ (3) Si, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir
☐ (0) No, en absoluto
☐ (1) No muy a menudo
☐ (2) Si, a veces
☐ (3) Si, casi siempre
8. Me he sentido triste y desgraciada
☐ (0) No, en absoluto
☐ (1) No muy a menudo
☐ (2) Si, a veces
☐ (3) Si, casi siempre
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
☐ (0) No, nunca
☐ (1) Ocasionalmente
☐ (2) Si, bastante a menudo
☐ (3) Si, casi siempre
10. He pensado en hacerme daño
☐ (0) No, nunca
☐ (1) Casi nunca
☐ (2) A veces
☐ (3) Si, bastante a menudo

Puntaje:

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30338
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



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.
- ❖ Cualquier cargo no pagado después de mi parto será transferido a una agencia de colecciones externa.
- ❖ Todos los pacientes, con seguro y autopago sin seguro, 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.
- ❖ La información del seguro proporcionada durante el tercer trimestre será aceptada y facturada por su aseguradora.
- ❖ No se reembolsará los pagos realizados por su atención obstétrica prenatal antes del tercer trimestre, ya que estos pagos corresponden a servicios médicos prenatales ya brindados.
- ❖ La información del seguro proporcionada durante el tercer trimestre se facturará únicamente por el costo del parto.
- ❖ No se reembolsará los pagos previos a cargo del paciente.

Le recomendamos encarecidamente que verifique su cobertura de seguro y sus beneficios antes de iniciar su cuidado prenatal y, lo más importante, antes del tercer trimestre para asegurarse de estar completamente informada sobre sus responsabilidades financieras.

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



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

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



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

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



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

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



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DEL VIH

Yo, _____ Reconozco que he recibido información y asesoramiento previamente al realizarme el examen de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), virus que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). He sido informada acerca de todo lo concerniente a este análisis de sangre, beneficios y riesgos. He entendido que los exámenes de sangre para el VIH no son 100% precisos, pueden resultar Falsos Positivos o Falsos Negativos. También soy consciente que si un examen del VIH resulta positivo significa que una persona ha sido infectada probablemente con el virus, pero no significa que la persona vaya a desarrollar el SIDA. He entendido que aunque una persona no desarrolle el SIDA, o se enferme con el virus, si puede transmitir el virus a otras personas; por ende es importante saber si el Virus está presente o no, para evitar el contagio y proteger así a otras personas.

Entiendo que los resultados serán parte de mi expediente y que estará a la disposición para el Personal Médico y Administrativo del Hospital, de Georgia Prenatal, y de Compañías de Seguro Médico. Sin embargo, el contenido de mi expediente no será revelado a terceras personas sin un consentimiento por escrito, a menos que sea autorizado o requerido por la ley.

También entiendo que seré notificado de los resultados y recibire instrucciones después del examen. Basado a esto autorizo que se me realice el examen del VIH.

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



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

PAQUETE DE CUIDADO PRENATAL | SIN SEGURO MÉDICO

PAQUETE PRENATAL REGULAR

Iniciales _____

Nuestro paquete regular de cuidado prenatal tiene un costo de **\$1,500.00 USD**, de los cuales tiene la opción de pagar por adelantado en un solo pago, o en 8 pagos con nuestro *Plan de Pago*.

Tenga en cuenta que este paquete es para el cuidado prenatal regular. Si por alguna razón el proveedor considera que usted es, por cualquier motivo, una paciente de alto riesgo— habrá costos adicionales; o podrá ser actualizada a un paquete de alto riesgo. Puede escanear el código QR que aparece a continuación para ver si puede ser considerada una paciente de "alto riesgo".

¿QUÉ INCLUYE MI PAQUETE DE CUIDADO PRENATAL?

Bolsa de Bienvenida

Todo el papeleo/registro requerido por el hospital Northside, hojas informativas y folletos de obstetricia, vitaminas prenatales y otros pequeños regalos de nuestra parte.

Citas Rutinarias

Citas de Emergencia Sin Cita Previa o Programadas

Se prefieren las citas programadas, y es más probable que se asegure su lugar.

Ultrasonido Para Confirmar el embarazo | *Para estimar la fecha probable de parto y confirmar las semanas de gestación*

Ultrasonido de Anatomía

Ultrasonido Biofísico o de crecimiento | *Se realizará dependiendo a cuál será requerido para la paciente.*

Laboratorios Obstétricos

Papanicolaou y Examen Físico | *Dependiendo de la edad*

Cita Posparto | *Siempre y cuando haga su cita posparto durante la semana 6 después de haber dado a luz.*

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

*Seré de Alto Riesgo?
Escanee aquí & informese.*



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



PLAN DE PAGO DEL PAQUETE PRENATAL

Iniciales _____

1o Pago		\$200.00 USD
2o Pago		\$200.00 USD
3o Pago		\$200.00 USD
4o Pago		\$200.00 USD
5o Pago		\$200.00 USD
6o Pago		\$200.00 USD
7o Pago		\$200.00 USD
Último Pago		\$100.00 USD

DESCUENTOS Y COSAS QUE HAY QUE SABER:

REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL ACUERDO Y POLÍTICAS

- Si desea una copia impresa de su seguimiento de pagos, podemos dársela si lo solicita.
- *Su paquete de cuidado prenatal debe ser pagado en totalidad al llegar a las 35 semanas de gestación.*
- Su paquete de cuidado prenatal tiene un costo de \$1,500.00 USD que no incluye los cargos por el parto en el hospital ni los cuidados prenatales adicionales; por el parto, se ascienden 1.000.00 USD adicionales.
- Si cree que esta cantidad está fuera de sus posibilidades financieras, se le anima a solicitar Medicaid de Emergencia, ya que le ayudará a cubrir todos sus gastos de hospitalización. Nuestra Clínica tiene una **especialista de seguros** que puede ayudarle con este proceso e información y puede ser contactada por correo electrónico a:
billing.collections@gaprenatal.com
- Si usted **NO CALIFICA** para Medicaid de Emergencia y no tiene seguro médico, se le pedirá que pague la tarifa de parto del médico de \$1,000.00 USD en nuestra práctica **ANTES** de su semana 35 de gestación, **ADEMÁS** de su paquete de cuidado prenatal de \$1,500.00 USD.
- Si ha solicitado el seguro y está pendiente de su activación oficial, deberá seguir pagando su paquete de pago propio acordado- hasta que haya sido completamente procesado y aparezca como activo en nuestro sistema.
- Los pacientes de Medicaid, por favor asegúrese cambiar su póliza de seguro a **PREGNANCY MEDICAID** (Medicaid de Embarazo)... hasta que lo haga, dependiendo de su tipo de póliza, puede adquirir una cantidad de copago a pagar en cada visita que puede variar entre \$2.00 USD a \$12.50 USD.

Nombre del Paciente _____ Número de Cuenta _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____