

## BIENVENIDA a NUESTRA CLINICA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ S C V D

**¿ PODEMOS DEJAR MENSAJE EN ESTE NUMERO DE TELEFONO CON LOS RESULTADOS DE LABORATORIO? SI/ NO**

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Paciente Esta Empleado Por: \_\_\_\_\_ # de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de Conyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medico de Atencion Primaria: \_\_\_\_\_ # de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**(Persona Responsable Si Paciente es Menor de Edad):** \_\_\_\_\_

Relacion Con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Direccion (Solamente si es Diferente a la del Pacinete): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ # de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_

# de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Aseguranza Secundaria: \_\_\_\_\_

# de Poliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

- ✓ Certifico la exactitude de la información anterior en la lista.
- ✓ Yo autorizo a mi compañía de seguros a pagar al medico o grupo medico todos los beneficios de seguro de otro modo pagadero a mi por service os prestados.
- ✓ Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro.
- ✓ Yo autorizo al doctor a dar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Yo entiendo que soy financieramento responsable de todos los cargos sean o no pagados por la compañía de seguros.
- ✓ 5.5% de interes seran evaluados en cualquier balance: dias 10-30=0, los días 31-60=costo de estampillas, los días 61-120 correos + 5.5% de interés, 120 dias = colecciones.
- ✓ Una fotocopia de estas asignaciones sera válida como el oniginal.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMACION DE SALUD

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Razón por la visita de hoy \_\_\_\_\_ Persona que la refirió \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Religión \_\_\_\_\_ Fuma \_\_\_\_\_ (cuanto) \_\_\_\_\_ Toma alcohol \_\_\_\_\_  
 Usa drogas callejeras \_\_\_\_\_

### ESCRIBA TODOS SUS EMBARAZOS

FECHA	MESES	PARTO (HORAS)	NORMAL O CESARIA	PESO	RAQUIA	COMPLICACIONES

Responda a las siguientes preguntas ginecologas que usted halla tenido SI o NO.

Menstruación irregular	SI NO	Cirugía pélvica	SI NO	Papanicolado anormal	SI NO
Quistes en los ovarios	SI NO	Infecciones pélvicas	SI NO	Verrugas vaginales	SI NO
Endometriosis	SI NO	Infertilidad	SI NO	Clamedia	SI NO
Infecciones urinarias	SI NO	Fibromas uterinos	SI NO	Gonorrhea	SI NO
Escape de orina	SI NO	VIH	SI NO	Herpes	SI NO

Responda SI o NO a las siguientes condiciones medicas (si usted la tiene).

Problemas cardíacos	SI NO	Enfermedad mentales	SI NO	Coágulos sanguíneos	SI NO
Diabetes	SI NO	Migrañas	SI NO	Anemia	SI NO
Presión alta	SI NO	Pulmones	SI NO	Epilepsia	SI NO
Infecciones urinarias/riñón	SI NO	Hígado	SI NO	Afección aperitiva	SI NO
Úlcera/digestion	SI NO	Asma	SI NO	Colesterol alto	SI NO
Pechos	SI NO	Tiroides	SI NO	Cancer	SI NO
Cancer de pechos	SI NO	Cancer del cuello matriz	SI NO	Cancer – ovarios/utero	SI NO

Responda SI o NO a las siguientes condiciones medicas (Familiares)

(Hijos, padres, hermanas/os, abuelos, primos cercanos, tías y tíos).

Presión alta	SI NO	Enfermedad mental	SI NO	Retraso mental	SI NO
Diabetes	SI NO	Fibrosis Cística	SI NO	Mellizos	SI NO
Ataque al Corazon	SI NO	Derrame Cerebral	SI NO	Enfermedad genética	SI NO
Problemas cardíacos	SI NO	Cancer	SI NO	Defectos de nacimiento	SI NO
Cancer de pechos	SI NO	Cancer del cuello matriz	SI NO	Cancer de ovarios/útero	SI NO

ALERGIAS A MEDICINAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESTA TOMANDO ALGUN  
MEDICAMENTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CIRUGÍAS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ROCKY MOUNTAIN WOMEN'S CARE**

*Obstetrics • Gynecology • Fertility*

DAVID C. FORSCHNER, M.D.

MATTHEW P. BREEDEN, M.D.

MARGIE P. MAEDER, M.D.

SHANNA M. ROMPEL, D.O.

JEANNE BAIR, D.N.P., C.N.M.

1601 East 19th Ave., Suite 4200

Denver, CO 80218

Telephone: (303) 861-4914

Fax: (303) 861-8615

www.rmwcobgyn.com

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TRATAMIENTO Y LABORATORIO**

Estoy solicitando los servicios de **Mujeres de la montaña rocosa 's cuidado, PC**, de salud ginecológica y de maternidad. Entiendo que si estoy embarazada ciertos estudios de laboratorio de referencia son apropiados y doy mi consentimiento a estos estudios.

**ESTUDIOS DE LABORATORIO:**

Determinación del grupo sanguíneo, detección, título de rubéola, estado de serología, Hepatitis B, clamidia, gonorrea, VIH, STD, Papanicolau, glucosa, orina cultura/Uranalysis, pruebas genéticas, portador de detección de anticuerpos.

**LABORATORIOS DE USA:**

LABCORP, QUEST, UNIPATH, NXGEN, PROGENITY, NATERA, MATERNIT21 Y INFORMASEQ.

✓ **Es su responsabilidad en el paciente para conocer sus beneficios de seguro y donde se pueden enviar LABS.**

Por la presente autorizo el pago de beneficios del seguro a **Mujeres de la montaña rocosa 's cuidado, PC**. entiendo que soy 100% responsable de todos los cargos, o no están cubiertos por mi seguro. Autorizo a **Rocky montaña mujer's cuidado, PC**, para liberar la información necesaria para asegurar el pago de las prestaciones. Además acepto que una fotocopia del acuerdo será tan válida como la original.

Escriba el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Gracias por elegir Rocky Mountain Women's Care.** Para lograr nuestro objetivo de proporcionar y mantener una buena relación médico-paciente, creemos que es importante contar con políticas financieras sólidas. También creemos que estas políticas nos permitirán proporcionar a nuestros pacientes con alta calidad, cuidado rentable. Le pedimos que usted cuidadosamente Lea y firme la cuidado de la política siguiente Rocky montaña de la mujer financiera antes de su tratamiento.

- A su llegada, registrarse en la recepción y presentar su tarjeta de seguro de salud actual, así como su licencia de conducir u otra forma aceptable de identificación. Se le podría presentar ambos de estos elementos en cada visita para la identificación adecuada.
- Si usted no tiene cobertura de seguro médico, elige a su propio seguro de la cuenta, o si nuestros médicos no participan en su plan de seguro médico, pago por los servicios prestados será en el momento del servicio.
- Usted es responsable a disposición información completa sobre el seguro cuidar de la rocosa montaña mujer precisa presentación de reclamaciones. Completa información sobre el seguro incluye tarjetas de beneficio actual (primarias y secundarias), adecuada identificación y referencias de otros proveedores en su caso.
- Usted es responsable de verificar con su plan de seguro con respecto a cualquier copago, deducible o coaseguro que usted podría deber al tiempo de servicio.
- Copagos y deducibles son una obligación contractual con su compañía de seguros. Usted está obligado a pagar su co-pago y deducibles, y estamos obligados a recoger estos pagos en el momento de cada visita. Los copagos son recogidos en el momento del servicio.
- Para planes de seguro de salud de tipo indemnización, seguros pagos recibidos por el cuidado de la mujer de la montaña rocosa se aplicará a su cuenta y usted acepta pagar el saldo.
- Si usted tiene una HMO o plan de seguro médico de PPO y médicos de atención nuestro Rocky Mountain Women's Care participan en su plan de salud, aceptamos pagos de la compañía por servicios cubiertos por su plan de beneficios.
- No todos los servicios proporcionados por nuestra oficina están cubiertos por cada plan de seguro médico. Cualquier servicio determinado a no ser cubiertos por su plan será su responsabilidad.
- Cuidado de Rocky Mountain Women's Care, se compromete a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes: sin embargo, usted es responsable de cualquier balance no pagado independientemente de la determinación arbitraria de su compañía de seguros de tarifas normales y habituales.
- Para citas programadas, saldos anteriores debe pagado o establecer un plan de pago antes de su visita.
- Requerimos 48 horas de anticipación para cancelar cualquier cita. Puede aplicar un cargo por cancelación si menos de 24 horas.

- Se cobrará un cargo de \$50.00 para un no cita
- Se cobrará una cuota de \$20.00 para cualquier cheques devueltos por insuficiencia de fondos, además de cualquier gastos bancarios incurridos.
- Si usted se someten a un procedimiento quirúrgico, además de un proyecto de ley de su cirujano, también puede recibir facturas del hospital o centro quirúrgico, el anestesiólogo, laboratorio de patología y radiología dependiendo del procedimiento.

**Es su responsabilidad conocer sus beneficios de salud y limitaciones de cobertura.**

Estaremos encantados de abordar cualquier cuestión que tenga después de leer nuestra política financiera. Por favor, deje que nuestro personal sabe si desea una copia de esta política.

He leído y entender la **política financiera de Rocky Mountain Women's Care** y acepta cumplir y aceptar la responsabilidad de cualquier pago que llega a ser debido, como se describe en la política anterior. Estoy de acuerdo para pagar los servicios no cubiertos por mi seguro y notificar a que esta oficina deben existir ningún cambio en la cobertura de mi seguro de salud.

---

Nombre del paciente

---

Firma del paciente

---

Fecha

---

Tutor legal impreso nombre relación con el paciente

---

Fecha

---

Tutor legal Firma

---

Fecha

## Aviso De Las Prácticas Privadas

Este aviso describe cómo su información puede ser utilizada y revelada y cómo puede usted acceder a esta información. Por favor, revísela cuidadosamente.

En la Clínica ABC, siempre hemos mantenido su información de salud de forma segura y confidencial. Una nueva ley nos exige que continuemos manteniendo su privacidad, le enviemos este aviso y sigamos los términos de este aviso.

La ley nos permite que utilicemos o revelemos su información de salud a aquellos implicados en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su archivo por un doctor especialista que puede estar involucrado en sus cuidados.

La podemos usar para revelar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un reporte de su progreso a su compañía de salud.

Podemos usar o revelar su información de salud en nuestras operaciones regulares de cuidados de salud. Por ejemplo, alguien de nuestro personal, puede introducir su información en nuestro computador.

Podemos compartir su información médica con nuestros asociados de negocios, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato escrito con cada asociado de negocios, que requiere que protejan su privacidad.

Podemos usar su información para contactarle. Por ejemplo, podemos enviar boletines y otra información. También puede que queramos llamarle y recordarle sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que responda al teléfono.

En caso de emergencia, podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia o a otra persona responsable de su cuidado.

Podemos revelar parte o toda su información de salud cuando esto sea requerido por la ley.

Si nuestra práctica es vendida, su información se convertirá en propiedad del nuevo dueño.

Excepto por lo que se describe arriba, esta práctica no utilizará o revelará su información de salud sin su previa autorización escrita.

Usted puede pedir por escrito que no utilicemos su información de salud como se describe arriba. Le dejaremos saber si podemos cumplir con su petición.

Usted tiene el derecho a saber de cualquier uso o revelación que llevemos a cabo con su información de salud, más allá de los usos normales.

Dado que necesitaremos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o teléfono que usted prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica. Enviaremos sus archivos por usted.

Usted tiene el derecho de ver y recibir una copia de su información de salud, con unas pocas excepciones. Preséntenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si usted también quiere una copia de sus registros, puede que le carguemos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de pedir una modificación o cambio de su información de salud. Entréguenos su petición para hacer los cambios por escrito. Si usted desea incluir una declaración en su archivo, por favor preséntela por escrito. Puede que realicemos o que no realicemos los cambios que usted solicita, pero nos sentiremos complacidos de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo en una modificación o cambio, no eliminaremos ni alteraremos documentos previos, sino que añadiremos nueva información.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso.

Si cambiamos cualquiera de los detalles de ese aviso, le notificaremos de los cambios por escrito.

Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, DC 20201. No habrá represalias por el hecho de que presente una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para más información o ayuda con respecto a la privacidad de su información de salud, por favor póngase en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad Belinda Moehle, en el (303) 861-4914.

Este aviso entra en efecto el 14 de abril de 2003.

**Reconocimiento**

He recibido una copia del aviso de la Prácticas Privadas. Fecha \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Nombre impreso \_\_\_\_\_

Si está firmando como padre o guardián, por favor anote el nombre del paciente

\_\_\_\_\_