

Paquete de Registro del Paciente – Instrucciones Iniciales

Agradecemos enormemente cuando los pacientes traen su documentación completa al momento del registro. Al completar su papeleo antes de venir a la oficina, podemos procesar su información y hacer que sea atendido por un proveedor lo más cerca posible de la hora de su cita.

Las siguientes páginas deben ser llenadas **lo más completamente posible** antes de entregarlas en la recepción.



Por favor asegúrese de haber:

- Proporcionado un contacto de emergencia
- Completado su información del seguro (Si paga por cuenta propia, escriba eso como el nombre del plan)
- Firmado cada uno de los consentimientos
- Llenado completamente cada página del historial médico

Si alguna pregunta no le aplica, escriba “n/a”.

Solo deje una pregunta en blanco si **no entiende lo que está preguntando**.

Los suplementos, vitaminas y medicamentos de venta libre que toma con regularidad (por ejemplo, Advil, Flonase, Benadryl) deben incluirse en la lista de medicamentos. Una lista completa de medicamentos es absolutamente necesaria durante su cita.

Todas las alergias —incluidas las estacionales, al látex, a alimentos o medicamentos— deben ser listadas.

Cualquier cirugía que haya tenido (incluyendo pero no limitado a amigdalectomía, extracción de muelas del juicio, reparación de huesos rotos, etc.) debe anotarse con una fecha aproximada del procedimiento.

Si no puede recordar las fechas exactas de procedimientos como cirugías o pruebas de Papanicolau, por favor escriba la fecha más aproximada posible.

Muchas gracias y por favor recuerde traer una identificación válida y su tarjeta de seguro a su cita.



Registro del Paciente
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
Número de Seguro Social: - _____ - ____
Dirección: _____
Ciudad/Estado: _____
Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: // _____
Estado Civil: _____
Raza: _____
Etnicidad: _____
Correo Electrónico: _____
Teléfono Principal (Celular o Casa): (____) _____
Empleador: _____
Teléfono del Trabajo: (____) _____
Contacto de Emergencia: _____
Relación: _____
Teléfono del Contacto (Celular/Casa/Trabajo): (____) _____

SEGURO

Nombre del Plan: _____
Número de ID: _____
Número de Grupo: _____
Relación con el Paciente: _____
Titular de la Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: // _____
Número de Seguro Social del Titular: -- _____

SEGURO SECUNDARIO (si aplica)

Nombre del Plan: _____
Número de ID: _____
Número de Grupo: _____
Relación con el Paciente: _____
Titular de la Póliza: _____
Fecha de Nacimiento del Titular: // _____
Número de Seguro Social del Titular: -- _____



PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA O PADRE/MADRE (*si es diferente del paciente*)

Nombre del Garante: _____

Número de Seguro Social: -- _____

Relación con el Paciente:

Yo mismo/a Cónyuge Padre/Madre

Fecha de Nacimiento: // _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre del Empleador: _____

Teléfono del Empleador: (_____) _____

Dirección del Empleador: _____



Autorización de Pago y Divulgación de Información

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO:

Por la presente autorizo el pago directamente al médico de los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hubiera, que de otro modo serían pagaderos a mí por sus servicios, reconociendo que soy responsable de pagar por los servicios no cubiertos.

Firma del Paciente o Padre/Madre (si es menor):

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo al médico a divulgar cualquier información obtenida en el proceso de reclamaciones del seguro.

Política de Pago con Tarjeta de Crédito

Sabemos que al registrarse en un hotel o alquilar un coche, lo primero que se solicita es una tarjeta de crédito. Hemos implementado una política similar para facilitar los pagos. Se le pedirá una tarjeta de crédito al momento del registro, y esta información se mantendrá de forma segura hasta que su compañía de seguros pague su parte y nos notifique el monto de su responsabilidad. En ese momento, cualquier saldo restante se cobrará a su tarjeta de crédito y se le enviará una copia del cargo.

Aceptamos Visa, Mastercard, Discover y American Express. Esto le beneficiará, ya que no tendrá que enviar cheques por correo, y también nos ayudará a reducir costos administrativos. En ningún momento esto comprometerá su capacidad de disputar un cargo o cuestionar la determinación de pago de su seguro.

Autorizo a Baby Steps a cargar mi tarjeta de crédito para cubrir cualquier saldo pendiente en mi cuenta una vez que mi compañía de seguros haya procesado mis reclamaciones, o cualquier saldo adeudado incluyendo cargos por citas perdidas.

- **Nombre en la Tarjeta:** _____
- **Firma del Titular de la Tarjeta:** _____
- **Fecha:** // _____
- **Número de Tarjeta:** _____
- **Fecha de Expiración:** _____
- **Código de Seguridad (al reverso):** _____
- **Correo Electrónico:** _____

Seleccione tipo de tarjeta:

DEBITO VISA MASTERCARD DISCOVER AMERICAN EXPRESS



Consentimiento para Tratamiento

Como en cualquier consultorio médico, existen ciertos riesgos involucrados en los procedimientos y exámenes que se realizan aquí. Por la presente doy mi consentimiento a Baby Steps para que proporcione el tratamiento que el proveedor médico asignado considere necesario para el paciente mencionado.

Firma del Paciente o Parte Responsable: _____

Fecha: // _____

Consentimiento para el Tratamiento de un Menor

Autorizo al Dr./Dra. _____ y/o a su personal para que examinen y/o traten a mi hijo(a):

Nombre del Menor: _____

Relación y Primer Nombre del Padre/Madre o Tutor: _____

Fecha: // _____

Firma del Padre/Madre o Tutor Responsable:



Información Importante Sobre Facturación de Seguros

Nuestros médicos están aquí para brindarle la mejor atención médica posible. Su salud y bienestar son nuestra prioridad, no su compañía de seguros. Por lo tanto, es responsabilidad del paciente conocer lo que su póliza cubre. Es muy importante que lea cuidadosamente su póliza de seguro.

Algunas compañías de seguros no cubren las visitas ginecológicas anuales, mientras que otras solo cubren ciertos problemas específicos. Como participamos con numerosas compañías de seguros y cada una tiene diferentes planes, no podemos conocer los detalles de cada cobertura.

Facturaremos a su compañía de seguros exactamente por los procedimientos realizados en la consulta. Recibirá una factura si el servicio no está cubierto por su póliza.

También se le preguntará durante su visita qué laboratorio desea que reciba su Papanicolaou y cultivos. Las enfermeras anotarán el nombre del laboratorio en su expediente. Es muy importante verificar con su póliza de seguro qué laboratorios están cubiertos. Si el laboratorio que elige no está cubierto, el laboratorio le enviará la factura a usted y será su responsabilidad pagarla.

He leído lo anterior y entiendo que es mi responsabilidad conocer la cobertura y beneficios de mi póliza de seguro, así como elegir un laboratorio que participe con mi compañía de seguros.

Firma del Paciente: _____

Fecha: //_____



Política Financiera

Gracias por elegirnos como su ginecólogo/obstetra. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad y accesible. Este es un acuerdo entre Baby Steps y el paciente/deudor nombrado en este formulario. Al firmar este documento, usted acepta pagar por todos los servicios recibidos.

Seguro:

Participamos con varios planes de seguro. Por favor, proporciónenos su información de seguro más actual en cada visita para evitar rechazos innecesarios. Si está asegurado con un plan con el que no participamos, se espera el pago completo al momento de la visita. Con gusto le proporcionaremos un estado de cuenta detallado para que lo presente a su aseguradora.

Copagos, deducibles y coseguros:

Todos los copagos, deducibles y coseguros deben pagarse en el momento del servicio. No cobrarlos puede considerarse fraude. Le pedimos que nos ayude a cumplir con la ley haciendo sus pagos puntualmente.

Servicios electivos o no cubiertos:

Algunos servicios pueden no estar cubiertos por su seguro. Los servicios no cubiertos deben pagarse en su totalidad en el momento de la visita.

Prueba de seguro:

Todos los pacientes deben completar el formulario de información del paciente ANTES de ver al médico. Debemos obtener una copia válida de su licencia de conducir o identificación estatal y tarjeta de seguro. Si no puede proporcionar una tarjeta válida, deberá pagar por los servicios prestados.

Envío de reclamaciones:

Si participamos con su aseguradora, enviaremos las reclamaciones en su nombre. Algunas aseguradoras requieren información adicional del paciente. Si no proporciona esta información, su reclamación puede ser rechazada y usted será responsable del pago.

Cambios en la cobertura:

Informe cualquier cambio de seguro al llegar a su cita. Usted también es responsable de verificar con su aseguradora qué laboratorio utilizan para sus análisis. Si su aseguradora no paga dentro de 45 días, el saldo será transferido a usted.

Citas Perdidas:

Cobramos \$25.00 por citas perdidas si no se cancelan con al menos 24 horas de anticipación. Pacientes nuevos que falten a su primera cita recibirán un cargo de "No Presentado" de \$40.00.

Cheques devueltos:

Se cobrará \$30.00 por cheques devueltos de hasta \$300.00 y \$50.00 por cheques mayores a esa cantidad.

Divorcio y menores dependientes:

En caso de separación, quien fuera responsable antes de la separación sigue siendo responsable del saldo. Luego del divorcio, el padre que autorice el tratamiento del menor será responsable del pago, independientemente de lo que diga el acuerdo de custodia.



Falta de pago:

Si su cuenta tiene más de 90 días de atraso, recibirá una carta otorgándole 30 días para pagarla en su totalidad. Podríamos remitir su cuenta a una agencia de cobros si no paga a tiempo.

Cuentas atrasadas:

Si remitimos su cuenta a una agencia o abogado, usted acepta pagar todos los costos y honorarios legales. La jurisdicción será en Daytona Beach, Florida.

Transferencia de registros:

Debe hacer una solicitud por escrito para transferir sus registros médicos. La primera copia para un nuevo médico será gratuita. Copias adicionales tendrán un costo de \$1.00 por página hasta 25 páginas y \$0.25 por cada página adicional. Si otras entidades como abogados solicitan sus registros, y ellos no pagan, usted será responsable del costo.

Formularios:

Cobramos \$20.00 por cada formulario que se llene en su nombre. El pago debe hacerse antes de recogerlos. Tiempo estimado de procesamiento: 7 días.

Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento posible a nuestros pacientes.

Nuestros precios son representativos de los cargos habituales y acostumbrados en nuestra área.

Gracias por comprender nuestra política de pagos. Por favor, comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta o inquietud.

Firma del Paciente o Parte Responsable

Nombre en Letra de Molde

Fecha



Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

Por la presente doy mi consentimiento para que **Pamela P. Carbiener, MD, Chloe Singleton, APRN, Shameika Stalling-Favors, APRN, Anastasia Bobbe, MA** (en adelante denominadas como *Proveedores de Baby Steps*) usen y divulguen mi información de salud protegida (PHI) con el fin de llevar a cabo tratamiento, pagos y operaciones de atención médica (TPO).

(El Aviso de Prácticas de Privacidad de los Proveedores de Baby Steps proporciona una descripción más completa de estos usos y divulgaciones).

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Los Proveedores de Baby Steps se reservan el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

Se puede obtener una copia del aviso revisado enviando una solicitud por escrito a:

Helena Girouard, Oficial de Privacidad

421 S Keech Street
Daytona Beach, Florida 32114

Con este consentimiento, los Proveedores de Baby Steps pueden:

- Llamar a mi hogar o a otro lugar alternativo y dejar un mensaje de voz o con una persona, sobre temas relacionados con mi atención, como recordatorios de citas, información de seguros y resultados de laboratorio.
- Enviar correspondencia a mi domicilio o a otra dirección alternativa que facilite la atención médica, como recordatorios o estados de cuenta, siempre que estén marcados como “Personal y Confidencial”.

Tengo derecho a solicitar que los Proveedores de Baby Steps restrinjan cómo usan o divulgan mi PHI para llevar a cabo TPO. Esta solicitud debe hacerse por escrito al Oficial de Privacidad. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mi solicitud, y si lo hace, estará sujeta a los términos del acuerdo.

Al firmar este formulario, consiento el uso y divulgación de mi PHI por parte de los Proveedores de Baby Steps para fines de TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan hecho divulgaciones basadas en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento o si lo revoco, los Proveedores de Baby Steps podrían rechazar brindarme tratamiento.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Testigo: _____ **Fecha:** // _____



Acuerdo de Cobertura por Parte de Proveedores

Estimado/a Paciente:

Gracias por confiar en Baby Steps. Los proveedores Pamela P. Carbiener, MD, Chloe Singleton, APRN, Shameika Stalling-Favors, APRN, y Anastasia Bobbe, MA han coordinado para brindar atención mutua a los pacientes. Nuestro objetivo es ofrecer continuidad de atención con un solo médico, sin embargo, habrá momentos en los que esto no será posible.

Si esta disposición no es satisfactoria para usted, por favor infórmenos y con gusto lo discutiremos.

He leído lo anterior y acepto el acuerdo de cobertura entre proveedores.

Firma del Paciente: _____

Fecha: // _____



Historial Médico

Por favor, marque o complete todo lo que aplique.

Cáncer

- Historial de cáncer, ¿cuándo y qué tipo(s)? _____

Cardiología

- Arritmia Presión Alta
- Historial de preeclampsia
- Colesterol Alto
- Otro: _____

Endocrinología

- Diabetes Tipo 1 Diabetes Tipo 2
- Diabetes Gestacional
- Problemas de Tiroides
- Otro: _____

Gastrointestinal

- Pólipos en el colon Enfermedad de Crohn o Colitis
- Enfermedad de la Vesícula Hemorroides
- Síndrome del Intestino Irritable
- Enfermedad hepática o Hepatitis
- Reflujo o Úlceras Deficiencia de Vitaminas
- Otro: _____

Hematología

- Anemia Trastorno de Sangrado
- Trastorno de Coagulación / Factor V de Leiden
- Transfusión de Sangre
Si sí, ¿cuándo? _____
- Trombosis Venosa Profunda / Embolia Pulmonar
- Otro: _____

Enfermedades Infecciosas



- COVID-19
- Varicela / Herpes Zóster
- VIH / Hepatitis A, B o C
- MRSA
- Fiebre Reumática
- Tuberculosis / Prueba PPD Positiva
- Otro: _____

Neurología

- Dolores de Cabeza / Migrañas
- Neuropatía Convulsiones / Epilepsia
- Derrame Cerebral / TIA
- Otro: _____

Ortopedia

- Dolor Crónico de Espalda
- Enfermedad Degenerativa de las Articulaciones
- Fracturas Osteopenia / Osteoporosis
- Otro: _____

Psicología

- ADD / ADHD
- Ansiedad Espectro Autista / Asperger
- Trastorno Bipolar
- Depresión Depresión Postparto
- Trastorno Alimentario
- PMS / PMDD
- Otro: _____

Pulmonar

- Alergias / Rinitis Alérgica
- Asma EPOC / Enfisema
- Narcolepsia / Cataplejía
- Apnea del Sueño
- Otro: _____

Reumatología



- Artritis
- Enfermedad Autoinmune
- Fibromialgia / Dolor Crónico
- Otro: _____

Urología

- Enfermedad Renal Crónica
- Infecciones Urinarias Frecuentes
- Hematuria (Sangre en la Orina)
- Piedras en los Riñones
- Incontinencia Urinaria
- Otro: _____

Manejo de Peso

- Obesidad
- Otro: _____

Otros

- Pérdida de Audición / Sordera
- Problemas del Habla
- Déficits Visuales / Ceguera

¿Tiene alguna otra condición médica? Describa abajo:



Información del Cuidado Primario

Médico de Cabecera: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Farmacia Preferida: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Medicamentos Actuales y Dosis

(Incluya medicamentos sin receta, vitaminas o suplementos)

Alergias a Medicamentos

(Incluya el nombre del medicamento y la reacción)

Historial Social

¿Fuma? Sí No Exfumador

Si respondió "Sí" o "Exfumador", ¿por cuántos años? _____

¿Cantidad? _____ paquetes por _____ (día/semana)

¿Usa vape o cigarrillo electrónico? Sí No Exusuario

Si respondió "Sí" o "Exusuario", ¿por cuántos años? _____

Consumo de Alcohol:

Ninguno Ocasional Moderado Excesivo

Consumo de Cafeína:

Ninguno Ocasional Moderado Excesivo

Nivel de Ejercicio:

Ninguno Ocasional Moderado Excesivo



Dieta:

- Regular Vegetariana Vegana Sin Gluten
- Baja en Carbohidratos Cardíaca Otra: _____

Estado Civil:

- Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Pareja de Hecho

Educación: _____

Ocupación: _____

Historial Médico Familiar

Por favor, indique antecedentes familiares de enfermedades del corazón, cáncer, trastornos mentales, diabetes, problemas ginecológicos o de mama.

- **Madre:** _____
- **Padre:** _____
- **Abuela Materna:** _____
- **Abuelo Materno:** _____
- **Abuela Paterna:** _____
- **Abuelo Paterno:** _____
- **Hermanos/as:** _____
- **Otros Parientes:** _____

Historial Quirúrgico

Por favor, enumere todos los procedimientos quirúrgicos que haya tenido y el año en que se realizaron:

Historial Obstétrico

Número total de embarazos (incluyendo abortos espontáneos e interrupciones): _____

¿Cuántos fueron o son:

- A término completo: _____
- Pretérmino: _____
- Parto vaginal: _____
- Cesárea: _____
- Bebés vivos: _____



- Aborto espontáneo: _____
- Aborto inducido: _____
- Embarazo ectópico: _____
- Embarazo múltiple: _____

¿Historial de alguna de las siguientes condiciones durante el embarazo? (marque todas las que apliquen):

- Preeclampsia
- Diabetes gestacional
- Trabajo de parto pretérmino
- Cesárea de emergencia
- Depresión postparto
- Complicaciones durante el parto, explique:

Historial Ginecológico (por favor complete completamente)

- Primer día de su último período:** // _____
- Fecha de su última mamografía:** // _____
- Fecha de su última colonoscopia:** // _____
- Fecha de su última prueba de Cologuard:** // _____
- Fecha de su último examen de densidad ósea:** // _____
- Fecha de su último Papanicolaou (PAP):** // _____
- Resultado de su último PAP:** _____

¿Ha tenido alguna vez un PAP anormal?

- Sí No Si respondió sí, ¿cuál fue el resultado? _____

¿Ha tenido alguna de las siguientes?

- Colposcopia LEEP Crioterapia cervical
- Si respondió sí, ¿cuál y cuándo? _____

¿Ha recibido la vacuna contra el VPH (papiloma humano)?

- Completada En proceso Nunca la ha recibido

¿Es sexualmente activa?

- Sí No actualmente Nunca

Orientación sexual: _____

¿Ha tenido alguna ETS (enfermedad de transmisión sexual)?

- Sí No Si respondió sí, ¿cuál(es)? _____



Edad en su primera relación sexual: _____

Número total de parejas sexuales: Menos de 5 Más de 5

Método actual de anticoncepción:

- Anticonceptivos orales
- Condones
- Ninguno
- Otro: _____

Edad en la menarquia (primer período): _____

Edad en la menopausia (si aplica): _____

¿Ha usado terapia hormonal postmenopáusica?

- Nunca Actualmente En el pasado

¿Tiene historial de alguna de las siguientes condiciones?

- Endometriosis
- Fibromas
- Infertilidad
- Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP / PCOS)
- Incontinencia urinaria
- Problemas ováricos – Explique: _____
- Problemas mamarios – Explique: _____

Ciclo menstrual (marque todo lo que aplique):

¿Con qué frecuencia ocurre su menstruación?

- Mensual Menos de cada 21 días
- Más de cada 35 días Irregular

Describe su flujo:

- Ligero Moderado Abundante Abundante con coágulos

¿Tiene cólicos menstruales?

- Sí No



Cuestionario Prenatal y Formulario de Información

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha: // _____

Dirección: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono del Contacto: _____

Último grado escolar completado: _____

Ocupación: _____

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

Número de Seguro/Medicaid: _____

Historial de Embarazos Anteriores

Fecha de Parto	Semanas de Gestación	Duración del Parto	Peso al Nacer	Sexo	Tipo de Parto	Lugar del Parto
----------------	----------------------	--------------------	---------------	------	---------------	-----------------

¿Tuvo complicaciones durante esos embarazos o partos?

(Ej. Diabetes Gestacional, Preeclampsia, Trabajo de Parto Pretérmino, Depresión Postparto)

Historial Médico Preexistente (Marque Sí o No)

Condición	Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilización Rh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias a Medicamentos o Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Renales / Infecciones Urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Mamarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurológicos / Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Condición	Sí	No
Cirugías Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operaciones / Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis / Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicaciones con Anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Várices / Flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunción Tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalías Uterinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes Graves / Traumas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial de Transfusiones de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa Vape?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consume Alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fuma Tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa Drogas Ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió “Sí” a alguna condición anterior, por favor explique:



Evaluación de Posibles Infecciones (*Actuales o Pasadas*)

Situación	Sí	No
¿Uso de drogas intravenosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Trabajo en un entorno de alto riesgo? (Ej. enfermería, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Exposición a tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Usted o su pareja ha tenido alguna de las siguientes infecciones?:

Infección	Sí	No
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus del Papiloma Humano (VPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Genético Familiar

Condición	Sí	No
¿Tiene más de 35 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historial familiar de distrofia muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es de ascendencia haitiana o mediterránea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historial de fibrosis quística?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es de ascendencia asiática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historial familiar de Corea de Huntington?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido lo siguiente?:

Condición	Sí	No
Discapacidad intelectual (Ej. autismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos del tubo neural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realizó prueba de “X frágil”? (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros trastornos genéticos o hereditarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno metabólico materno (Ej. diabetes tipo 1, PKU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Condición	Sí	No
¿Es usted de ascendencia judía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Historial familiar de enfermedad de Tay-Sachs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted o el padre del bebé ha tenido un hijo con defectos congénitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Anemia de células falciformes o portador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hemofilia u otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió “Sí” a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

Información Sobre el Embarazo Actual

¿Ha tenido más de 3 abortos inducidos? _____

¿Ha tenido más de 3 abortos espontáneos? _____

¿Ha usado marihuana, cocaína u otras drogas? _____

Si respondió sí, ¿cuáles? _____

¿Se automedica con hierbas o medicamentos no tradicionales? _____

Si respondió sí, ¿cuáles? _____

Durante este embarazo, ha tenido:

- ¿Sangrado? _____
- ¿Secreción con mal olor? _____
- ¿Fiebre? _____
- ¿Dolor abdominal? _____
- ¿Dolores de cabeza? _____
- ¿Problemas urinarios? _____

¿Cuál fue el primer día de su último período menstrual? // _____

NO LO RECUERDA

¿La fecha es:

Exacta Aproximada



Trabajo Durante el Embarazo

La gran mayoría de las mujeres embarazadas pueden continuar trabajando hasta etapas avanzadas del embarazo sin problemas. Sin embargo, los cambios físicos propios del embarazo o las demandas del trabajo pueden generar dificultades.

Por favor, infórmenos si tiene inquietudes relacionadas con su trabajo. Podemos sugerir pasos sencillos para lidiar con la fatiga, náuseas matutinas o molestias que pueden ser desafiantes en el entorno laboral.

Si presenta síntomas más serios o existe riesgo para usted o su bebé, evaluaremos su situación y responderemos en consecuencia.

Cuando médicamente sea apropiado, podemos recomendar una licencia por discapacidad. Sin embargo, salvo condiciones serias, **no podemos justificar licencia médica sin fundamentos clínicos**, de acuerdo con la ética profesional.

Podemos, eso sí, contactar a su empleador para solicitar ajustes razonables que le ayuden a continuar trabajando con mayor comodidad.

Por favor, háganos saber si tiene preocupaciones laborales.

Firma: _____

Fecha: // _____

Política Sobre Grabaciones en Video

Para reducir distracciones y garantizar una atención óptima durante el parto, **Baby Steps prohíbe grabaciones en video durante los partos.**

Si tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nuestro personal.

Al firmar a continuación, usted reconoce haber sido informado/a y acepta esta política.

Firma: _____

Fecha: // _____



Consentimiento para Parto Vaginal o Cesárea

Como paciente, tiene derecho a recibir información sobre su condición y los procedimientos médicos, quirúrgicos o diagnósticos recomendados, incluyendo sus riesgos y beneficios, para poder tomar una decisión informada.

Yo, _____, solicito voluntariamente que el Dr./Dra. _____ y su equipo médico me traten por mi condición, la cual me ha sido explicada como:

EMBARAZO

Autorizo los siguientes procedimientos:

PARTO VAGINAL o CESÁREA

También autorizo al hospital a desechar cualquier tejido u órgano extraído durante el procedimiento.

Entiendo que el médico puede encontrar otras condiciones durante el procedimiento que requieran intervención adicional. Autorizo a mi médico a actuar según su criterio profesional.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento
para el uso de sangre o derivados si se considera necesario.

Entiendo los riesgos posibles de las transfusiones de sangre, incluyendo:

- Reacciones alérgicas (urticaria, picazón)
- Fiebre y escalofríos
- Fallo cardíaco
- Infecciones (hepatitis, VIH, malaria)
- Incompatibilidad sanguínea
- Complicaciones severas, incluso la muerte

Riesgos Específicos

Si parto vaginal:

1. Lesión a la vejiga o recto
2. Hemorragia que podría requerir transfusión o histerectomía
3. Esterilidad
4. Daño cerebral o muerte fetal
5. Riesgos relacionados con la anestesia
6. Laceraciones en útero, vagina, cérvix o recto

Si cesárea:

1. Lesión a intestinos o vejiga



2. Lesión a los uréteres
3. Daño cerebral o muerte fetal
4. Enfermedad uterina que requiera histerectomía
5. Esterilidad
6. Hemorragia severa
7. Riesgos de anestesia
8. Laceraciones en el útero, vagina o cérvix

También entiendo que:

- El uso de anestesia tiene riesgos como reacciones medicamentosas, problemas respiratorios, parálisis, dolor crónico o incluso la muerte
- Pueden producirse lesiones en cuerdas vocales, dientes u ojos
- En anestesia espinal o epidural, puede haber dolor de cabeza o dolor persistente
- Cualquier orden DNR (no resucitar) queda suspendida durante el procedimiento quirúrgico, salvo acuerdo previo documentado

Conforme a la Ley de Dispositivos Médicos Seguros de 1990, si se implanta un dispositivo durante la cirugía, mi número de seguro social será compartido con el fabricante.

Certifico que este formulario me ha sido explicado, he leído su contenido, todos los espacios en blanco han sido completados, y que entiendo sus términos.

Firma del Paciente: _____

Fecha: // _____

Testigo: _____

Firma del Médico: _____

Intérprete (si aplica): _____