

Registro del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____
Domicilio _____ Ciudad/Estado _____ Código Postal _____
Fecha 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 _____ - _____ - _____
RELATIONSHIP TO PATIENT (PLEASE CK): () SELF, () SPOUSE, OR () PARENT Fecha Nacimiento ____/____/____
Domicilio _____ Teléfono _____
Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____) _____
Dirección del Empleador _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Por la presente autorizo el pago directo al médico de los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hubiere, que de otro modo me corresponden por sus servicios, según lo descrito, entendiéndolo que soy responsable del pago servicios no cubiertos

Y/O

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Por la presente autorizo al médico a divulgar cualquier información obtenida en el proceso de reclamaciones del seguro.

X _____

Firma del Paciente o Parte Responsable

Fecha



Política de Pago con Tarjeta de Crédito

Sabemos que cuando te registras en un hotel o alquilas un coche, lo primero que te piden es una tarjeta de crédito. Hemos implementado una política similar para facilitar los pagos. Solicitamos información opcional de la tarjeta de crédito en el momento del registro, y esta información se mantendrá segura hasta que su compañía de seguros pague la parte que le corresponde y nos notifique el importe de su responsabilidad. En ese momento, cualquier saldo restante podrá cargarse 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.

Una vez más, proporcionar los datos de su tarjeta de crédito es opcional, y se le informará antes de que se realice cualquier cargo en su cuenta.

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 _____

DEBITO VISA MASTERCARD DISCOVER AMERICAN EXPRESS



Consentimiento para el 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:

Indique la relación con el menor y su nombre de pila.

Nombre completo de la niño(a)

Fecha

Firma de la persona responsable



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA FACTURACIÓN:

Nuestros profesionales están aquí para brindarle la mejor atención médica. Su principal prioridad es su salud y bienestar, no su cobertura de seguro ni la compañía con la que esté asegurado. Si bien participamos en todos los planes de Medicaid para mujeres embarazadas y trabajamos con numerosas compañías de seguros, hay algunas que no podemos aceptar en este momento. Si usted cuenta con un plan de seguro que no podemos aceptar en Baby Steps, o si no tiene seguro en el momento de su cita, le solicitaremos una donación de 50 dólares al comienzo de cada visita. Si dispone de un seguro médico privado que sea aceptado en esta clínica, se le cobrará el deducible o copago correspondiente a su plan al comienzo de cada cita.

Además, todas las muestras y cultivos de laboratorio se enviarán a Quest Diagnostics. Si no dispone de seguro médico, las pruebas se solicitarán utilizando las tarifas especiales para pacientes sin seguro que ofrece Quest.

He leído lo anterior y entiendo que soy responsable de conocer la política de facturación actual de Baby Steps Daytona.

Firma del Pacient

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 y Chloe Singleton, APRN** (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 derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este formulario de consentimiento. Los proveedores de Baby Steps se reservan el derecho de modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Puede obtener una copia del aviso revisado enviando una solicitud por escrito a: Baby Steps Daytona, 421 S Keach 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, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida por parte de los proveedores de Baby Steps con fines de tratamiento, pago y operaciones sanitarias.

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

Imprima el nombre del paciente o del tutor legal.

Testigo

Fecha



Estimado/a Paciente::

Gracias por confiar en Baby Steps. Los proveedores Pamela P. Carbiener, MD, Chloe Singleton, APRN, y Shameika Stalling-Favors, APRN 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.

Atentamente,

Baby Steps

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

Firma del Paciente

Fecha



Consentimiento para compartir información anonimizada

En Baby Steps, nos comprometemos a proteger su privacidad al tiempo que trabajamos para mejorar la atención médica a través de la investigación y la educación. En ocasiones, colaboramos con universidades y socios de investigación para estudiar formas de mejorar la atención prenatal y posparto en nuestra comunidad.

Podemos compartir información anonimizada de su historial médico. *Anonimizado* significa que su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono y cualquier otro dato que pudiera identificarle directamente se eliminarán antes de compartir cualquier información.

- Su participación en la atención en Baby Steps no se verá afectada por este consentimiento.
- Su identidad no será revelada en ningún informe o publicación.
- Puede revocar (retirar) este consentimiento en cualquier momento notificándolo a Baby Steps por escrito.
- Si no firma este consentimiento, su atención en Baby Steps no se verá afectada de ninguna manera.

Al firmar a continuación, usted acepta que Baby Steps pueda compartir su información médica anonimizada con universidades y socios de investigación con fines educativos, de investigación y para mejorar los servicios de atención médica.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Historial Médico

Circule/rellene todo lo que corresponda

Cáncer

- Historial de cáncer, ¿cuándo y de qué tipo?
-

Cardiología

- Arritmia
- Hipertensión
- Historia de Preeclampsia
- Hiperlipidemia
- Otro _____

Endocrinología

- Diabetes tipo 1/tipo 2
- Historia de Diabetes Gestacional
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo
- Otro _____

Gastroenterología

- Pólipos de colon
- Enfermedad de Crohn/colitis ulcerativa
- Enfermedad de la vesícula biliar
- Hemorroides
- Síndrome del intestino irritable
- Enfermedad hepática/hepatitis
- Reflujo/Úlceras de estómago
- Deficiencia de vitaminas
- Otro _____

Hematología

- Anemia
- Trastornos de la sangre
- Trastorno de la coagulación sanguínea
- Factor V Leiden
- Transfusión de sangre
¿Cuándo? _____
- TVP/Embolismo Pulmonar
- Otro _____

Enfermedad Infecciosa

- COVID 19
- Varicela/culebrilla
- VIH/ Hepatitis A/ Hepatitis B/ Hepatitis C
- SARM
- Historia de Fiebre Reumática
- Tuberculosis/exposición a
- Otro _____

Neurología

- Dolores de cabeza/migraña
- Neuropatía
- Convulsiones/Epilepsia
- Accidente cerebrovascular/AIT
- Otro _____



Ortopédica

- Dolor de espalda crónico
- Enfermedad degenerativa de las articulaciones
- Fracturas
- Osteopenia/Osteoporosis
- Otro _____

Psiquiátrica

- TDA/TDAH
- Ansiedad
- Trastorno del Espectro Autista
- Bipolar
- Depresión
- Depresión Posparto
- Trastorno Alimenticio
- SPM/TDPM
- Otro _____

Pulmonar

- Alergias/rinitis alérgica
- Asma
- EPOC/Enfisema
- Narcolepsia/Cataplexia
- Apnea del sueño
- Otro _____

Reumatología

- Artritis
- Enfermedad autoinmune
- Fibromialgia/Dolor crónico
- Otro _____

Urología

- Enfermedad renal crónica
- IUV frecuentes
- Hematuria (sangre en la orina)
- Cálculos Renales
- Incontinencia urinaria
- Otro _____

Control de Peso

- Obesidad
- Otro _____

Otro

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

Enumere cualquier otra condición a continuación:

HISTORIAL QUIRÚRGICA Por favor incluya el nombre y la fecha de la cirugía: _____

HISTORIAL OBSTÉTRICO

Número total de embarazos (incluidos abortos espontáneos y abortos) _____

Cuantos fueron / son: A término _____ Prematuro _____ Vaginal _____ Cesárea _____ Viviendo _____

Abortos Espontáneos _____ Abortos _____ Ectópico _____ Múltiplos _____

¿Historia de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

[] Pre-Eclampsia [] Diabetes Gestacional [] Trabajo de Parto Prematuro [] Cesárea de Emergencia [] Depresión Posparto

[] Complicaciones durante el parto, explique _____

HISTORIAL GINECOLÓGICOS: POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS

Fecha del Último Período: ____/____/____ Fecha de la Última Mamografía: ____/____/____

Fecha de la Última colonoscopia: ____/____/____ Fecha de la Último Cologuard: ____/____/____

Fecha de la Última Densidad ósea: ____/____/____ Fecha del Último papanicolaou: ____/____/____

Resultado del Último Papanicolaou: _____

¿Historial de Papanicolaou anormal? SÍ NO ¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Historial de Colpo, LEEP o crio cervical SÍ NO ¿Cuál y cuándo? _____

¿Vacuna contra el VPH? TERMINADO EN PROCESO NUNCA TERMINADO

¿Activa sexual? SÍ ACTUALMENTE NO NUNCA Orientación Sexual: _____

¿Historia de alguna ETS? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Edad de primer relacion sexual?: _____ Número total de parejas sexuales: más de 5 menos de 5

¿Forma actual de contracepción? Píldora Anticonceptiva Condones Nada Otro _____

Edad de primer periodo menstrual: _____

Edad de la menopausia: _____

¿Uso de terapia de reemplazo hormonal posmenopáusica? NUNCA PRESENTE PAST USE

¿Historia de lo siguiente? (marque todo lo que corresponda)

[] endometriosis [] fibromas [] esterilidad [] PCOS [] incontinencia urinaria

[] problemas ováricos, explica _____

[] problemas de mama, explica _____

Ciclo menstrual (marque todo lo que corresponda):

¿Con qué frecuencia son tus ciclos? MENSUAL MENOS DE 21 DÍAS MÁS DE 21 DÍAS IRREGULAR

Describir el flujo: LIGERO MODERADO PESADO PESADO CON COÁGULOS

Cólico menstrual? SÍ NO



Baby Steps

Cuestionario Prenatal y Formulario de Información.

Nombre: _____ Teléfono #: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____

Médico de Cabecera: _____

¿Cuántas veces has estado embarazada? (Incluyendo abortos espontáneos y terminaciones): _____

Fecha de Entrega	¿Cuántas semanas?	Duración del Parto	Peso al Nacer	Género	Vaginal o Cesárea	Lugar de Entrega

¿Hubo alguna complicación durante estos embarazos o partos? Si es así, por favor explique:

(es decir. Diabetes Gestacional, La Preeclampsia, Trabajo de Parto Prematuro, Depresión Posparto)

Historial Médico Pasado: **Por favor lea atentamente**

Diabetes	SÍ	No	Sensibilización Rh	SÍ	No
Hipertensión	SÍ	No	Asma	SÍ	No
Cardiopatía	SÍ	No	Alergias estacionales	SÍ	No
Enfermedad Autoinmune	SÍ	No	Alergias a medicamentos/látex	SÍ	No
Enfermedad renal / ITU	SÍ	No	Problemas Mamarios	SÍ	No
Neurológico / Epilepsia	SÍ	No	Cirugías Ginecológicas	SÍ	No
Psiquiátrico	SÍ	No	Cirugías/Hospitalizaciones	SÍ	No
Hepatitis/Enfermedad Hepática	SÍ	No	Complicaciones Anestésicas	SÍ	No
Varicosidades / Flebitis	SÍ	No	Historia de Papanicolaou anormales	SÍ	No
Disfunción tiroidea	SÍ	No	Anomalías uterinas	SÍ	No
Accidente mayor/Trauma	SÍ	No	Esterilidad	SÍ	No
Historia de las transfusiones de sangre	SÍ	No	¿Usas un vaporizador?	SÍ	No
¿Bebes alcohol?	SÍ	No	¿Fumas tabaco?	SÍ	No
¿Usas drogas callejeras?	SÍ	No	Si es así ¿cuánto y durante cuánto tiempo?		

Si afirmativamente a algo anterior, explique: _____

Cribado de Posible Infección (Pasado y/o Presente)

Uso de drogas intravenosas	SÍ	No	Trabajar en campo de alto riesgo (es decir, enfermería, etc.)	SÍ	No
Exposición a la tuberculosis	SÍ	No		SÍ	No
¿Usted o su pareja han sido infectados con:					
Gonorrea	SÍ	No	Hepatitis B o C	SÍ	No
Clamidia	SÍ	No	Herpes Genital	SÍ	No
Sífilis	SÍ	No	VPH	SÍ	No

Cribado Genético (Por favor lea atentamente)

¿Tienes más de 35 años?	SÍ	No	¿Distrofia muscular?	SÍ	No
¿Ascendencia haitiana o mediterránea?	SÍ	No	¿Fibrosis quística?	SÍ	No
¿Ascendencia asiática?	SÍ	No	¿Corea de Huntington?	SÍ	No
¿Algún miembro de su familia ha tenido:			¿Discapacidad intelectual?	SÍ	No
Defectos del tubo neural	SÍ	No	Si es así, ¿se le hizo a la persona la prueba de "X frágil"?	SÍ	No
Síndrome de Down	SÍ	No		SÍ	No
Defectos cardíacos congénitos	SÍ	No	¿Otros trastornos genéticos o hereditarios?	SÍ	No
¿Tiene alguna herencia judía?	SÍ	No	¿Trastornos metabólicos maternos? (es decir, diabetes tipo 1, PKU)	SÍ	No
¿Historia familiar de Tay Sachs?	SÍ	No		SÍ	No
¿Enfermedad falciforme o rasgo?	SÍ	No	¿Usted o el padre del bebe han tenido un hijo con defectos de nacimiento no mencionados anteriormente?	SÍ	No
¿Hemofilia u otros trastornos sanguíneos?	SÍ	No		SÍ	No

Si afirmativo a algo anterior, explique: _____

¿Has tenido 3 o más abortos? _____ ¿Has tenido 3 o más abortos espontáneos? _____

¿Alguna vez ha consumido marihuana, cocaína u otras drogas ilegales? _____

Si es así, ¿de qué tipo? _____

¿Se automedica con alguna hierba o medicamento no tradicional? _____

Si es así, ¿de qué tipo? _____

Hasta ahora en este embarazo, ¿ha experimentado algunos de lo siguientes?:

Sangría _____

Olor Anormal _____

Fiebre _____

Dolores de Cabeza _____

Dolor Abdominal _____

Complicaciones Urinarias _____

¿Cuál fue el primer día de tu último período? ____/____/____

NO SEGURO

¿Esta fecha de su último período es definitiva o aproximada? **(CIRCULE UNO)**

NOMBRE: _____ **FECHA de HOY** _____



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

Estimado paciente: Usted tiene derecho a estar informado sobre su estado de salud y sobre el procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico recomendado, para que pueda decidir si desea someterse a dicho procedimiento, una vez que comprenda los riesgos y las posibles complicaciones que conlleva. Esta información no tiene como objetivo asustarlo ni alarmarlo. Su propósito es simplemente garantizar que esté bien informado para que pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.

Yo (Nosotros) solicitamos voluntariamente al Dr. _____ como mi médico, y los asociados, asistentes técnicos y demás profesionales de la salud que consideren necesarios para tratar mi afección, la cual me ha sido explicada de la siguiente manera:

EMBARAZO

Entiendo (Entendemos) que se me realizarán los siguientes procedimientos médicos, quirúrgicos o de diagnóstico, y doy (damos) mi consentimiento voluntario y autorizo estos PROCEDIMIENTOS.:

PARTO VAGINAL O CESÁREA

Yo (Nosotros) doy/damos mi/nuestro consentimiento para que las autoridades del hospital dispongan de cualquier tejido, órgano o miembro amputado que pueda ser extirpado.

Entiendo (Entendemos) que mi médico podría descubrir otras afecciones o problemas de salud que requieran procedimientos diferentes o adicionales a los planificados. Autorizo (Autorizamos) al médico y a sus colaboradores, asistentes técnicos y demás profesionales de la salud a realizar cualquier procedimiento adicional que consideren necesario a su criterio profesional.

Yo (Nosotros) _____ doy _____ no doy mi consentimiento para el uso de sangre o productos sanguíneos según se considere necesario.

Entiendo (Entendemos) que el tratamiento de mi afección médica puede requerir transfusiones de sangre, componentes sanguíneos o derivados, y doy (damos) mi (nuestro) consentimiento voluntario y autorizo (autorizamos) dichas transfusiones. Entiendo (Entendemos) que este consentimiento para la transfusión se aplica únicamente a esta operación y a esta estancia hospitalaria.

Entiendo (Entendemos) que existen riesgos y peligros asociados a las transfusiones, por improbables que sean, incluyendo, entre otros, los siguientes:

1. Reacciones alérgicas, incluyendo urticaria y picazón;
2. Fiebre, a veces acompañada de escalofríos;
3. Insuficiencia cardíaca;
4. Infección por bacterias, parásitos o virus, incluyendo malaria, hepatitis y SIDA;
5. Existe la posibilidad de incompatibilidad sanguínea, que puede provocar complicaciones graves, como insuficiencia renal y, en raras ocasiones, la muerte.

CONSENTIMIENTO PARA PARTO VAGINAL O CESÁREA

Página dos

Se me (nos) ha brindado la oportunidad de hacer preguntas, y mi médico me ha explicado las posibles formas alternativas de tratamiento, el riesgo de rechazar las transfusiones, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos que conllevan.

Entiendo (Entendemos) que no se me ha ofrecido ninguna garantía como resultado de ello.

Así como existen riesgos y peligros asociados a continuar en mi estado actual sin tratamiento, también existen riesgos y peligros asociados a los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos que se han planificado para mí. Entiendo que, en los procedimientos quirúrgicos, médicos o diagnósticos, existe la posibilidad de infección, coágulos de sangre en las venas de las piernas o los pulmones, hemorragias, reacciones alérgicas, daño nervioso que cause entumecimiento y/o dolor en las extremidades inferiores, e incluso la muerte.

También somos conscientes de que pueden presentarse los siguientes riesgos y peligros en relación con este procedimiento en particular:

SI ES PARTO VAGINAL:

1. Lesión de la vejiga y/o el recto, incluyendo un orificio (fístula) entre la vejiga y la vagina y/o entre el recto y la vagina.
2. Hemorragia que posiblemente requiera transfusión de sangre y/o histerectomía y/o ligadura de arterias para su control.
3. Esterilidad.
4. Daño cerebral; lesión o incluso muerte del feto antes o durante el parto y/o el alumbramiento vaginal, independientemente de si se conoce la causa o no.
5. Riesgos de la anestesia.
6. Extensión de la incisión o laceración de la vagina, el cuello uterino, el útero o el recto.

SI SE REALIZA UNA CESÁREA:

1. Lesión en el intestino o la vejiga, incluyendo un orificio (fístula) entre la vejiga y la vagina..
2. Lesión en el conducto (uréter) que conecta el riñón con la vejiga.
3. Daño cerebral; lesión o incluso muerte del feto antes o durante el parto y/o la cesárea, independientemente de que se conozca o no la causa.
4. Enfermedad uterina que requiere histerectomía.
5. Esterilidad.
6. Hemorragia que posiblemente requiera transfusión de sangre, histerectomía y/o ligadura de arterias para su control..
7. Riesgos de la anestesia.
8. Extensión de la incisión o laceración del útero, el cuello uterino o la vagina..

Entiendo (Entendemos) que la anestesia conlleva riesgos adicionales, pero solicito (solicitamos) el uso de anestésicos para aliviar y protegerme (protegernos) del dolor durante los procedimientos previstos y los procedimientos adicionales.

Comprendo (Comprendemos) que la anestesia pueda tener que modificarse sin que se me (nos) dé ninguna explicación.

CONSENTIMIENTO PARA PARTO VAGINAL O CESÁREA

Página tres

Entiendo (Entendemos) que el uso de cualquier anestésico puede conllevar ciertas complicaciones, como problemas respiratorios, parálisis, reacciones alérgicas e incluso la muerte. Otros riesgos y peligros asociados al uso de anestésicos generales varían desde molestias leves hasta lesiones en las cuerdas vocales, los dientes o los ojos. Entiendo (Entendemos) que otros riesgos o peligros derivados de la anestesia espinal o epidural incluyen dolores de cabeza y dolor crónico.

Se me (nos) ha brindado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi estado de salud, las formas alternativas de anestesia y tratamientos, los riesgos de no recibir tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros que conllevan. Esto incluye la comprensión de que todas las órdenes de no reanimar (DNR) o directivas anticipadas quedan suspendidas durante la estancia en el quirófano, a menos que el cirujano, el anesthesiólogo y el paciente o su representante legal discutan previamente las circunstancias especiales de cada caso antes de la cirugía. Creo (Creemos) que cuento (contamos) con suficiente información para otorgar este consentimiento informado.

De conformidad con la Ley de Seguridad de Dispositivos Médicos de 1990, si se implanta un dispositivo médico designado por la FDA durante una cirugía, entiendo que mi número de seguro social y mi nombre serán proporcionados al fabricante.

Certifico (Certificamos) que este formulario me ha sido explicado completamente, que lo he leído o me lo han leído, que se han rellenado los espacios en blanco y que comprendo su contenido..

Autorizo al personal de AdventHealth Daytona Beach y del Hospital Halifax a tomar fotografías, filmaciones, transmisiones de televisión y/o grabaciones de vídeo, siempre y cuando mi identidad no sea revelada por las imágenes ni por el texto descriptivo que las acompañe..

Fecha

Firma del Paciente

Testigo

Firma del Médico que Obtiene el Consentimiento

Intérprete (si corresponde)



**Aviso a las pacientes obstétricas
(See section 766.302(7), Florida Statutes)**

Baby Steps Daytona me ha proporcionado información, elaborada por la Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Parto de Florida, y se me ha informado de lo siguiente: la Dra. Pamela Carbiener y los proveedores médicos participantes en este programa ofrecen una compensación limitada en caso de ciertas lesiones neurológicas que ocurran durante el parto o la reanimación del recién nacido. Para obtener información detallada sobre el programa, entiendo que puedo comunicarme con la Asociación de Compensación por Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Parto de Florida (NICA), P.O. Box 14567, Tallahassee, FL 32317-4567, teléfono (850) 488-8191, número gratuito 1-800-398-2129.

Asimismo, confirmo que he recibido una copia del folleto preparado por NICA.

Fechado el _____ día de _____, _____

Firma del Paciente

Nombre de la paciente

Número de seguro social

Enfermera o medica

Testigo



Consentimiento para el análisis de sangre por anticuerpos del VIH

Me han dicho que mi sangre será analizada para ver si tiene anticuerpos del virus llamado VIH (Virus de inmunodeficiencia humana). Este es el virus que ocasiona el SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), pero no es un análisis de SIDA. Entiendo que el análisis es hecho sobre sangre.

Me han dicho que el análisis no es 100 por ciento preciso. El análisis puede mostrar que una persona tiene anticuerpos del virus cuando en realidad no los tiene — este es un análisis falso positivo. El análisis también puede fallar en mostrar que una persona tiene anticuerpos del virus cuando en realidad sí los tiene — este es un análisis falso negativo. Me han dicho que este no es un análisis de SIDA y que un análisis positivo no significa que tengo SIDA. Se necesitan otros análisis y exámenes para diagnosticar el SIDA.

Me han dicho que si tengo alguna pregunta sobre el análisis por anticuerpos del VIH, sus beneficios o riesgos, puedo hacer esas preguntas antes de decidir aceptar el análisis de sangre.

Entiendo que los resultados de este análisis de sangre solo serán dados a aquellos trabajadores de cuidado de la salud directamente responsables por mi cuidado y tratamiento. También entiendo que mis resultados solo pueden ser dados a otras agencias o personas si firmo un formulario de autorización de divulgación.

Al firmar abajo, acepto que he leído este formulario o alguien lo ha leído para mí. Me han respondido todas mis preguntas y me han dado toda la información que deseo sobre el análisis de sangre y el uso de los resultados de mi análisis de sangre. Acepto dar un tubo de sangre para los análisis por anticuerpos del VIH. Casi no hay riesgo en dar sangre. Puedo tener algo de dolor o un moretón alrededor del lugar de donde sacaron la sangre.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo