

Palm Beach Obstetrics & Gynecology, PA

4671 South Congress Avenue
Suite 100-B
Lake Worth, FL 33461

4631 N. Congress Avenue
Suite 102
West Palm Beach, FL 33407

Por favor provea la información requerida con letra clara y legible

Fecha: _____

Nombre: _____
Apellido Nombre Mi

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Viuda Otra

Dirección permanente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Tel: () _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Social Security No. ____-____-____
Mes Dia año

Raza: Blanca Negra Hispana Asiatica Otra

E-mail: _____ Celular: () _____

Farmacia: _____ Ciudad: _____ Tel: () _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion: _____

Tel: () _____

INFORMATION DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador: _____ Tel: () _____

Como supo de nosotros? _____

Médico primario: _____ Tel: _____

INFORMATION DEL SEGURO

Seguro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Tel: () _____

ID #: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado: _____

Cumpleaño del asegurado: ____/____/____ Social Security No. ____-____-____
Mo Day Yr

Su seguro requiere referido para ver a un especialista ? Yes No

Palm Beach Obstetrics & Gynecology, PA

4671 South Congress Avenue
Suite 100-B
Lake Worth, FL 33461

4631 N. Congress Avenue
Suite 102
West Palm Beach, FL 33407

Divulgación de información

TRANSMISION DE INFORMACION MEDICA

You autoriso la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar los reclamos al seguro médico. You permito que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

Esta persona puede tener derecho a mi información médica:

Relación con la paciente: _____

O

- No dejen mensajes o divulge información médica a nadie. Hablen directamente conmigo antes de divulgar información personal médica.

Firmando esta autorización yo entiendo que la información médica transmitida puede contener resultados relacionados al SIDA (HIV/AIDS) u otras enfermedades transmitidas sexualmente.

Firma

Fecha

PERMISO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO

Yo autoriso, acepto y doy permiso para que se haga cualquier procedimiento médico en esta oficina que el médico o sus empleadas considere necesario.

Firma

Fecha

Si la paciente tiene menos de 18 años:,

Firma de la madre, padre o guardian

Relación: _____

Para su información: algunos procedimientos necesitan ser enviados al laboratorio para ser analizados. Entre estos se incluyen muestras de PAP, biopsias y exámenes de sangre. Nuestra oficina no cobra por estos servicios. El laboratorio le cobrará directamente.

Palm Beach Obstetrics & Gynecology, PA

4671 South Congress Avenue
Suite 100-B
Lake Worth, FL 33461

4631 N. Congress Avenue
Suite 102
West Palm Beach, FL 33407

Requerimientos Financieros

La siguiente información es provista para hacer nuestras reglas financieras claras y evitar cualquier confusión en relación a los pagos por los servicios profesionales brindados por nuestra oficina.

Seguro Médico:

Nuestra práctica participa con gran variedad de seguros y planes médicos. Es su responsabilidad como paciente de lo siguiente:

- Traer su tarjeta de seguro a cada visita.
- Venga preparada para pagar cualquier copago o deducible que pueda aplicar a su plan médico.
- Debera pagar la cantidad total al momento de su visita por todo servicio recibido y que su seguro médico no cubre. Usted sera responsable por cualquier cantidad que su seguro no pague.

Pacientes sin seguro médico:

- El pago por las visitas médicas debera hacerse al momento de recibir el Servicio
- Planes de pagos estan disponibles para las pacientes embarazadas y para cirugías. Por favor pida hablar con nuestra administradora para conocer los detalles.

Costos de laboratorio

Costos relacionados a laboratorios de sangre o patologia(incluyendo muestras de PAP) son separadas de nuestra practica y seran cobradas directamente a usted.

Referidos:

Es la responsabilidad de la paciente de traer cualquier referido necesario para su visita al momento de chequear al frente. Si su referido no esta disponible, puede que su visita sea pospuesta para otro día.

La cobertura de los seguros médicos es complicada y cada poliza es diferente. Si usted tiene alguna pregunta acerca de su seguro y lo que este le cubre, nos sentiremos felices de ayudarla. Algunas veces hay detalles particulares de su póliza que tendra que ser establecido directamente con el Departamento de Servicio al Cliente de la Compañía con la que usted se encuentra asegurada. Antes de recibir los servicios, trate de informarse correctamente. El numero de teléfono de Servicio al cliente se encuentra en su tarjeta personal de seguro.

Asignación de Beneficios

Yo autorizo el pago de los beneficios médicos a Palm Beach Obstetrics & Gynecology, PA por los servicios recibidos. Entiendo que soy responsable por cargos que no esten cubiertos por mi seguro médico y por el pago de cualquier deducible o copago .

Firma

Fecha

Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA
Samuel Lederman MD, Gloria Hakkarainen MD, Sylvia Siegfried MD,
Joy Cavalaris MD, Lori Sevald MD, , Barbara Telan CNM

La ley de la Florida requiere que los médicos tengan seguro de negligencia médica o que de alguna otra manera demuestren responsabilidad financiera para cubrir el potencial de una demanda de negligencia médica. **SU DOCTOR A DECIDIDO NO TENER SEGURO DE NEGLIGENCIA MEDICA.** Este acto es permitido por las leyes de la Florida bajo ciertas condiciones. La ley de la Florida impone castigos contra médicos no asegurados que no satisfacen juicios en casos de negligencia médica. Este aviso es ofrecido siguiendo las leyes del Estado de la Florida.

Firmando este documento you confirmo que leí este documento, que entiendo su contenido y que tuve amplio tiempo para preguntar y clarificar su contenido.

Paciente

Fecha

Testigo

Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA Summary of Privacy Practices

(A copy of the complete "Notice of Privacy Practices" is available upon request or by calling 561.434.0111)

Our Privacy Practices

In the course of providing healthcare services to you, we may use and disclose your protected health information to carry out **treatment**, to pursue **payment**, for **health care operations at our facilities** and for other purposes that are **permitted or required by law**. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

Some of the ways that we may use your information could include the following:

- **Appointment Reminders**
- **To Discuss Treatment Alternatives**
- **Health-Related Benefits and Services**
- **Fundraising Activities**
- **Hospital Directory**
- **Individuals Involved in a Patient's Care or Payment for a Patient's Care**
- **Clinical trials**
- **As Required By Law**
- **To Avert a Serious Threat to Health or Safety**

In the following special situations we may also be required to use or disclose your health information:

- **Organ and Tissue Donation**
- **Military and Veterans**
- **Workers' Compensation**
- **Public Health Risks**
- **Health Oversight Activities**
- **Lawsuits and Disputes**
- **Law Enforcement**
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors**
- **National Security and Intelligence Activities**
- **Inmates**

Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA works closely with several allied companies to provide comprehensive care to our patients. Demographic information may be shared with Palm Beach Weight & Wellness, Laser Skin Solutions or Altus Research to make our patients aware of new treatments, products or services that may impact their health.

Other uses and disclosures of medical information not covered by our Notice of Privacy Practices or the laws that apply to us will be made only with a patient's written permission.

Patient Rights

Patients have the following rights regarding medical information maintained by Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA.

- **Right to Request Restrictions on who has access to information**
- **Right to Receive Confidential Communication**
- **Right to Inspect and Copy**
- **Right to Amend**
- **Right to an Accounting of Disclosures**
- **Right to a Paper Copy of the Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA Notice of Privacy Practices**
- **Right to File a Complaint**

Patients will not be penalized for filing a complaint. Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA is committed to protecting an individual's rights under the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA") and at no point will require an individual to waive their right to file a complaint as a condition of the provision of treatment.

Important Contact Information

Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA Privacy Officer

Darlenys Franco, Office Administrator
4671 S Congress Avenue, Suite 100-B
Lake Worth, FL 33461
561.434.0111

4631 N Congress Avenue, Suite 102
West Palm Beach, FL 33407

U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office for Civil Rights (OCR)

Voice Phone 404.562.7886
FAX 404.562.7881

<http://www.hhs.gov/ocr/>

By signing this form, I acknowledge that I have been made aware of the Palm Beach Obstetrics and Gynecology PA's "Notice of Privacy Practices" and was offered a copy. I understand I am not required to sign this authorization.

Signature

Date

Name

Palm Beach Obstetrics & Gynecology PA
Historia personal-Ginecología

Nombre: _____

Fecha: _____

Día de nacimiento: _____

Esta parte de su historia médica es confidencial. No se la daremos a ninguna persona o entidad sin su permiso por escrito.

1. Historia médica

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muestras PAP anormales | <input type="checkbox"/> Lesiones vaginales | <input type="checkbox"/> Endometriosis |
| <input type="checkbox"/> Dolores con la regla | <input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales | <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Herpes/Ampollas genitales | <input type="checkbox"/> Fibromas de la matriz | <input type="checkbox"/> Cáncer del seno |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Coágulos en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroide | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Sicklemia | <input type="checkbox"/> Fracturas de los huesos | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Pneumonía |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de la piel | <input type="checkbox"/> Otros problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Problema de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Otro cáncer (tipo) _____ | | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación |
- Otros _____

2. Cirugías: Ninguna

- | | | | | | |
|--|------------------|-----------------------------------|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | _____ Año | <input type="checkbox"/> Cesarea | _____ Año | <input type="checkbox"/> Ligación de trompas | _____ Año |
| <input type="checkbox"/> Apéndice | _____ | <input type="checkbox"/> Vesícula | _____ | <input type="checkbox"/> Raspado | _____ |
| <input type="checkbox"/> Amígdalas | _____ | <input type="checkbox"/> Rodilla | _____ | <input type="checkbox"/> Biopsia del seno | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | _____ Tipo _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otras | _____ | | | | |

3. Medicinas: Ninguna

- | | | | |
|--|--------------------|------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivas | _____ Nombre/Dosis | <input type="checkbox"/> Corazón | _____ Nombre/Dosis |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | _____ | <input type="checkbox"/> Hormonas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiroide | _____ | <input type="checkbox"/> Vitaminas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | _____ | <input type="checkbox"/> Insulina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras | _____ | | |

4. Alergias: Ninguna

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Cinta pegante/Esparadrapo | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Comidas |
| <input type="checkbox"/> Otras: | _____ | |

5. Historia de la familia: Desconocida Solo padres, abuelos y hermanos(as)

Escriba cual familiar junto al diagnóstico

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer del cuello de la matriz | <input type="checkbox"/> Cáncer de la matriz | <input type="checkbox"/> Cáncer del ovario |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Coágulos en las piernas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sicklemia | <input type="checkbox"/> Problemas mentales |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del seno | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Problemas genéticos |
| <input type="checkbox"/> Otro cáncer (tipo) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

6. Historia de su menstruación:

En el cambio de vida/Menopausia A que edad: _____

Si ya está en el cambio de vida, continúe en la sección 8

Edad de su primera regla: _____ Cada cuantos días le vuelve la regla: _____

Cuantos días le dura la regla: _____

Cantidad: Ligera Moderada Abundante Ninguna

Fecha de su última regla: _____

7. Contracepción: Ninguna

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ligación de trompas | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Ritmo |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Espuma | <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo, Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Supositorios | <input type="checkbox"/> Esponja |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones Depo-Provera | <input type="checkbox"/> Parche | <input type="checkbox"/> Ejaculación externa |
| <input type="checkbox"/> Anillo vaginal | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas - Nombre _____ | | |

8. Historia de sus embarazos: Ninguno

	Número	Año(s)
<input type="checkbox"/> Pérdidas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Abortos	_____	_____

Año	Sexo	Parto		Complicaciones
		Vaginal	Cesarea	

9. Abitos: Ninguno

SI	NO	Pasado	Presente	Cantidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual: _____

- Ejercicio frecuente
- Seguridad en su casa/Violencia doméstica

- Vacuna de HPV (Gardacil™)
- Vacuna de Hepatitis

Razón de su visita hoy _____