

Iris Obstetrics and Gynecology
Comprovante de Registro

Nome _____ Data _____
Endereço _____ Estado civil _____
Email _____ Etnia _____
Número de telefone de casa _____ Número de telefone celular _____
Idade _____ Data de nascimento _____ Segurança social # _____

Nome do cônjuge _____ Segurança social # _____
Data de nascimento _____ Número de telefone do cônjuge _____

Nome do responsável se menor _____
Ocupação da paciente _____
Empregada por _____

Nome da farmácia: _____ Número de telefone da farmácia _____
Endereço farmácia: _____

Médico de cuidados primários (clínico geral) _____ Número de telefone: _____
Endereço do médico primário: _____

Seguro médico

Primário: nome do seguro _____ Nome do segurado _____
Secundário: nome do seguro _____ Nome do segurado _____

Contato em caso de emergência Nome: _____ Número de
telefone _____ Relação com a paciente (ex: marido, mãe, filho) _____

Teste ordenado:

_____(int.) eu entendo que o meu fornecedor de Iris Obstetrics and Gynecology L LC pode encomendar serviços adicionais. (exemplo: exame de sangue, ultrassom, mamografia, etc.) e é minha total responsabilidade de verificar com o meu seguro sobre a cobertura antes de ter teste realizado, Iris Obstetrics and Gynecology, LLC não é responsável por quaisquer serviços não cobertos.

Acordo financeiro e autorização para tratamento:

_____(int.) eu autorizo o tratamento da pessoa nomeada acima e acordo pagar todas as taxas encargos para tal tratamento. Eu concordo em pagar todas as taxas para mim e os membros da minha família mostrado por declarações, prontamente após a apresentação do mesmo, a menos que as disposições prévias foram feitas por escrito antes da data de faturamento. É acordado que os pagamentos não serão adiados ou retidos por causa de qualquer cobertura de seguro ou pendência de sinistros, e os rendimentos do seguro são atribuídos a este escritório, quando aplicável, mas sem assumir a responsabilidade da cobrança.

Atribuições de benefícios:

_____(int.) eu autorizo a Iris Obstetrics and Gynecology, LLC para liberar a minha companhia de seguros ou representante de ti qualquer informação, incluindo o diagnóstico e os registros de qualquer tratamento ou exame prestados a mim durante um (1) data do formulário do ano assinado de tais cuidados cirúrgicos ou médicos. Eu também autorizar e solicitara minha companhia de seguros para pagar diretamente para os médicos acima nomeado o montante devido a mim no meu pedido de base médica, Major médico e/ou tratamento cirúrgico ou serviços, por razão de tal tratamento ou serviços prestados a:

_____(int.) eu concordo que Iris Obstetrícia e Ginecologia, LLC pode solicitar e usar o meu histórico médico de prescrição de outros provedores de saúde ou de terceiros pagadores benefício farmácia para fins de tratamento.

(Por favor, imprima o nome)

(Assinatura)

Data de hoje _____

Você é alérgico a látex:

Sim ou Não

Listar todas as alergias à medicação:

Alergias alimentares (marisco/amendoim/etc)

Liste todos os medicamentos que você toma (Incluindo sobre os medicamentos sem prescrição).

1 Último período menstrual?

2 Idade da menopausa?

3 Idade do primeiro período menstrual?

4 Que idade você se tornou sexualmente ativa?

5 Último Papanicolau?

6 História do Papanicolau anormal?

7 Data da última mamografia?

8 Data da última densidade óssea?

9 Data da última colonoscopia?

10 Número total de parceiros vitalícios?

Menos de 5 5 ou mais

11 Você é sexualmente ativa atualmente?

Sim ou Não

12 Você já foi diagnosticada com uma
doença sexualmente transmissível?

Sim ou Não

Gonorreia - Chlamydia - Tricomonas - Sífilis - HPV

13 Você está tentando engravidar?

Sim ou Não

14 Você está em um relacionamento?

Sim ou Não

15 Qual é a sua forma de controle de natalidade? Nada, camisinha, pílula anticonceptiva (pílula), DIU (dispositivo intrauterino), anel Nuvaring intravaginal, adesivo, implante Nexplanon (chip), injeção Depo provera, histerectomia

16 Idade quando você entregou o seu primeiro filho? _____

17 Número total de gestações? _____

____ Cesarea ____ Parto ____ Aborto Espontaneo Con Dilatação e Curetagem ____ Ectopico
____ Aborto Espontaneo Sem Dilatação e Curetagem ____ Aborto provocado ____ Número Crianças

Alguém em sua família próxima tem as seguintes condições?

Relativo:

1. Doença cardíaca ou acidente vascular cerebral: Sim ou Não

2. Pressão arterial elevada:	Sim ou Não	_____
3. Diabetes:	Sim ou Não	_____
4. Câncer:	Sim ou Não	_____
5. Câncer de mama:	Sim ou Não	_____
6. Câncer uterino:	Sim ou Não	_____
7. Câncer de ovário:	Sim ou Não	_____
8. Câncer de intestino:	Sim ou Não	_____
9. Outras doenças graves:	Sim ou Não	_____
10. Distúrbios de coagulação sanguínea:	Sim ou Não	_____

1. Tipo de dieta? Regular Vegetariano Vegan Cardíaca Diabético

2. Fuma cigarros? Sim ou Não

3. Pacotes por dia? _____ Anos? _____

4. Ex-fumante? Sim ou Não

5. Bebe álcool? Sim ou Não

Bebidas por dia? _____ Por semana? _____

6. Uso de drogas ilegais? Sim ou Não

7. Bebidas cafeinadas? Sim ou Não

8. Você exercita regularmente? Sim ou Não

9. Uso do cinto de segurança? Sim ou Não

10. Você trabalha fora da casa? Sim ou Não

11. Qual é o seu mais alto nível de educação? _____

12. Que tipo de trabalho você faz? _____

13. Qual é a sua afiliação religiosa? _____

14. Em uma situação de emergência você aceitaria uma transfusão de sangue? Sim ou Não

15. História da violência doméstica Sim ou Não

16. Estado civil? Solteira Casada Divorciada Viúva Parceira

Circule todos os procedimentos feitos no colo do útero? Colposcopia LEEP/LLETZ Cryo LOOP Conização
Já fez a seguinte biópsia? Se sim, circule Endométrio Vulva Colo do útero

Listar todas e todas as cirurgias que você teve e as datas aproximadas da cirurgia

_____	Data: _____
_____	Data: _____
_____	Data: _____
_____	Data: _____

Você foi diagnosticado com alguma das seguintes condições? Por favor, circule tudo o que se aplica.

Câncer

Câncer de mama ou teste BRCA

Câncer de ovário

Câncer uterino (endométrio)

Câncer de intestino

Câncer de pele

Câncer cervical

Outro câncer: _____

Doenças infecciosas

Catapora

HIV

MRSA

Febre reumática

Tuberculose (TB)/PPD Positivo

Doença da infância

Outros: _____

Cardíaca-coração

Batimentos cardíacos irregulares
Doença cardíaca
Pressão arterial elevada/Colesterol
Sopro do coração
Ataque cardíaco/Sopro cardíaco
Outro: _____

Dermatologia — Pele

Acne
Eczema or Psoríase
Outros: _____

Nariz, orelha, ou Garganta - ENT

Perda auditiva
Alergias/rinite alérgica

Endocrinologia

Diabetes
Diabetes gestacional (Durante a gestação)
Corrimento do mamilo
Perda óssea (Osteoporose)
Resistência à insulina
Hipertireoidismo
Hipotireoidismo
Outros: _____

Olhos

Catarata
Glaucoma
Perda de visão (Macular Degeneration)

Gastrointestinal(GI)

Pólipos do intestino
Crohn's or Colite ulcerativa
Doença da vesícula biliar
Hemorroidas
Síndrome do intestino irritável (IBS)
Doença hepática or Hepatite
Úlceras estomacais — Refluxo(GERD)
Outros: _____

Ginecologia

Displasia
Endometriose
Miomas
Infertilidade
Ovarios Poliquísticos
Hemorragia vaginal anormal

Neurologia-problemas nervosos

Cabeça ou Enxaquecas
Perda de memória or Demência
Neuropatia ou Dor do nervo
Convulsões ou Epilepsia
Esclerose múltipla
Outros: _____

Ortopédicos

Dor nas costas crônica
Doença articular degenerativa
Fraturas ou ossos quebrados
Outros: _____

Hematologia — Distúrbios sanguíneos

Anemia — Baixa contagem de sangue
Distúrbio hemorrágico
Distúrbio de coagulação sanguínea
Transfusão de sangue
Trombose venosa profunda (DVT)
Outros: _____

Psiquiátrico

Transtorno de déficit de atenção (ADD)
Transtorno de ansiedade
Doença bipolar
Depressão
Distúrbio alimentar
Síndrome pré-menstrual or PMDD ou TPM
Outros: _____

Pulmonar

Asma
COPD ou Enfisema
Alergias sazonais
Apnéia do sono
Outros: _____

Reumatologia

Artrite (Osteo ou Reumatóide)
Doença auto-imune or Lúpus
Fibromialgia or Dor crônica
Síndrome do pé inquieto
Outros: _____

Urologia

Frequentes infecções urinárias
Infecções de bexiga
Sangue na urina (Hematuria)
Cistite intersticial

Outros:_____

Vascular

Aneurisma

Doença renal

Pedras nos rins

Incontinência urinária

Outros:_____

Assinatura do paciente

Data

Assinatura do provedor

Data

Autorização Para Exame Pélvico

De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists, o exame pélvico faz parte da avaliação de mulheres que apresentam muitas condições comuns, incluindo dor pélvica, sangramento anormal, corrimento vaginal e problemas sexuais. Os exames pélvicos — tanto no consultório quanto na anestesia, também são uma parte importante da avaliação dos procedimentos ginecológicos para garantir a conclusão segura do procedimento planejado. Muitas vezes, um exame pélvico é realizado para mulheres sem sintomas enquanto investigamos câncer ginecológico, infecção e doença inflamatória pélvica.

Um exame pélvico é uma avaliação da genitália externa; exame de espéculo interno da vagina e do colo do útero; palpação bimanual da adnexa, útero e bexiga; e às vezes exame retovaginal.

As razões para um exame pélvico podem incluir (mas não se limitam a) exame de rotina, sangramento anormal, dor pélvica, problemas sexuais, protuberância vaginal, problemas urinários ou incapacidade de inserir um absorvente. Outras indicações incluem pacientes submetidas a um procedimento pélvico (por exemplo, biópsia endometrial ou colocação de dispositivo intrauterino). Além disso, o exame pélvico é indicado em mulheres com histórico atual ou histórico de resultados de papa nicolau anormais, cânceres ginecológicos ou exposições tóxicas.

Os benefícios potenciais de um exame pélvico incluem a detecção de cânceres e pré-cânceres na vulva, vaginal, cervical, uterino e ovariano, vaginose leve e bacteriana, tricomonas e herpes genital, detecção precoce de condições ginecológicas tratáveis antes que os sintomas comecem a ocorrer (por exemplo, câncer da vulva ou vaginal), bem como achados incidentais como alterações dermatológicas e corpos estranhos. Além disso, a triagem de exames pélvicos no contexto de uma visita de uma mulher bem pode permitir que os ginecologistas expliquem a anatomia de um paciente, a tranquilizem da normalidade e respondam suas perguntas específicas.

Os riscos potenciais de um exame pélvico podem incluir (mas não se limitam a) medo, ansiedade, constrangimento (os relatos variaram de 10% a 80% das mulheres) ou dor e desconforto (de 11% a 60%).

Há poucas alternativas ao exame pélvico, as alternativas não são tão eficazes para fornecer informações diagnósticas ou avaliativas e carregam seu próprio conjunto de riscos potenciais. Se você tem preocupações, você deve discutir com o seu provedor de saúde.

Eu _____, entendo que preciso assinar este formulário para mostrar que estou tomando uma decisão informada de fazer exames pélvicos e li e entendi o acima.

O provedor me explicou a natureza, o propósito e as possíveis consequências de cada procedimento, bem como os riscos envolvidos, possíveis complicações e possíveis métodos alternativos de tratamento. Também sei que as informações dadas a mim não listam todos os riscos possíveis e que outros problemas menos prováveis poderiam ocorrer. Não me foi dada nenhuma garantia de ninguém sobre os resultados finais deste procedimento.

Assinatura

Data

Iris Obstetrics and Gynecology

Consentimento Para Ligar

Ao enviar chamadas e mensagens de texto artificiais, pré-gravadas ou automatizadas, o recebimento de consentimento prévio por escrito elou oral é exigido pela nossa prática. Ao assinar abaixo, você consente que a Iris Obstetrics and Gynecology envie chamadas/mensagens de texto/e-mails artificiais, gravados ou automatizados para você, a paciente.

Assinatura da Paciente

Data

Se você NÃO deseja receber chamadas/mensagens de texto/e-mails artificiais, gravados ou automatizados, assine abaixo.

Assinatura da Paciente

Data

Iris Obstetrics and Gynecology

Consentimento para Tratamento

Solicito aos médicos e outros profissionais de saúde que cuidam de mim na Iris Obstetrics and Gynecology que realizem/solicitem procedimentos laboratoriais/diagnósticos apropriados e forneçam tratamentos terapêuticos que, na opinião das minhas médicas ou outros profissionais de saúde, sejam clinicamente necessários durante o meu tratamento médico de cuidados preventivos. Também entendo que é política desta prática realizar testes de urina em pacientes quando apropriado, incluindo testes de urina para gravidez em todas as pacientes em idade fértil, a menos que tenham sido submetidas a uma histerectomia completa.

Estou ciente de que a prática da medicina e da cirurgia não é uma ciência exata e reconheço que nenhuma garantia foi feita ou será feita a mim quanto aos resultados de quaisquer serviços profissionais que possam ser recebidos por mim como paciente da Iris Obstetrics and Gynecology, ou seja, tratamentos, exames, procedimentos, etc. Caso eu seja submetida a algum procedimento que exija a submissão de tecido para exame anatomopatológico, autorizo a utilização do excesso de tecido para fins educacionais.

Autorizo a comunicação telefônica, audiovisual síncrona ou digital com minhas médicas e outros profissionais de saúde da Iris Obstetrics and Gynecology como alternativa à visita presencial para fornecer cuidados ou tratamento.

Certifico que li este formulário e compreendi seu conteúdo.

Assinatura da Paciente

Data

Iris Obstetrics and Gynecology

Autorização para Médico Liberação de informações

Eu, _____ dou permissão para que a(s) pessoa(s) listada(s) abaixo me acompanhe(m) na sala de exames, retire QUALQUER prontuário médico em meu nome e fale com qualquer funcionário por telefone, com pleno conhecimento de que todo e qualquer histórico médico passado e presente poderá ser divulgado. Este consentimento para permissão fica ativo por um ano. Quaisquer alterações a este consentimento deverão ser submetidas por escrito.

_____ **Eu aceito** (se você marcou aceitar, preencha os nomes abaixo) ; ou

_____ **Eu recuso**

Nome Completo

Relacionamento

Nome Completo

Relacionamento

Nome Completo

Relacionamento

Assinatura da Paciente

Data

Iris Obstetrics and Gynecology

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DO AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Por este meio, reconheço que recebi e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o aviso de práticas de privacidade citados acima.

Data: _____

Assinatura da paciente: _____

Imprimir o nome da paciente: _____