



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha:** _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Estado civil: _____ **Raza:** _____ **Etnicidad:** _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono celular:** _____
Correo electrónico: _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Seguro Social: _____

Nombre del cónyuge: _____
SS# del cónyuge: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Teléfono del cónyuge: _____

Nombre del padre/tutor (si es menor): _____

Ocupación del paciente: _____
Empleador: _____

Farmacia preferida: _____
Teléfono de la farmacia: _____
Dirección de la farmacia: _____

Médico de atención primaria: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

SEGURO MÉDICO

Seguro primario: _____
Nombre del asegurado: _____

Seguro secundario: _____
Nombre del asegurado: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre (persona que no vive con usted): _____

Teléfono: _____

PRUEBAS Y SERVICIOS MÉDICOS

_____ (Iniciales) Entiendo que mi proveedor puede solicitar servicios adicionales (por ejemplo: análisis de sangre, ultrasonido, mamografía, etc.). Es mi responsabilidad verificar con mi seguro la cobertura antes de realizarme dichas pruebas. Iris Obstetrics & Gynecology, LLC no es responsable por servicios no cubiertos.

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

_____ (Iniciales) Autorizo el tratamiento del paciente mencionado anteriormente y acepto pagar todos los cargos relacionados. Me comprometo a pagar oportunamente todos los cargos indicados en los estados de cuenta, a menos que exista un acuerdo previo por escrito. Entiendo que los pagos no se retrasarán por cobertura de seguro o reclamaciones pendientes. Los beneficios del seguro serán asignados a esta oficina cuando corresponda, sin que la misma asuma responsabilidad por el cobro.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

_____ (Iniciales) Autorizo a Iris Obstetrics & Gynecology, LLC a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria, incluyendo diagnósticos y registros médicos, relacionada con mi atención durante un período de un (1) año a partir de la fecha de firma. También autorizo a mi aseguradora a pagar directamente a los proveedores por los servicios médicos y/o quirúrgicos prestados.

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

_____ (Iniciales) Autorizo a Iris Obstetrics & Gynecology, LLC a solicitar y utilizar mi historial de medicamentos de otros proveedores de salud o de terceros (pagadores de beneficios de farmacia) con fines de tratamiento.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO Y GINECOLÓGICO



Fecha de hoy: _____

¿Es alérgica al látex? Sí No

Alergias a medicamentos: _____

Alergias alimentarias (mariscos, cacahuates, etc.): _____

Lista de medicamentos (incluyendo vitaminas y medicamentos de venta libre):

HISTORIAL GINECOLÓGICO

1. Último período menstrual: _____
2. Edad de la menopausia: _____
3. Edad del primer período menstrual: _____
4. Edad al iniciar actividad sexual: _____
5. Última prueba de Papanicolaou: _____
6. ¿Ha tenido pruebas de Papanicolaou anormales? Sí No
Tipo: _____
7. Última mamografía: _____
8. Última densidad ósea: _____
9. Última colonoscopia: _____
10. Número total de parejas sexuales: Menos de 5 5 o más
11. ¿Actualmente es sexualmente activa? Sí No
12. ¿Ha sido diagnosticada con una ETS? (marque las que correspondan):
 Gonorrea Clamidia Tricomoniasis Sífilis HPV
13. ¿Está intentando quedar embarazada? Sí No
14. ¿Está en una relación? Sí No
15. Método anticonceptivo:
 Ninguno Condones Píldoras DIU Histerectomía Otro: _____
16. Edad al tener su primer hijo: _____
17. Embarazos totales:
____ Cesárea ____ Vaginal ____ Aborto con D&C ____ Ectópico
____ Aborto sin D&C ____ Aborto ____ Número de hijos vivos _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Algún familiar cercano tiene:

- Enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular: Sí No
- Presión arterial alta: Sí No
- Diabetes: Sí No
- Cáncer: Sí No
- Cáncer de mama: Sí No
- Cáncer uterino: Sí No
- Cáncer de ovario: Sí No
- Cáncer de colon: Sí No
- Trastornos de coagulación: Sí No
- Otras enfermedades graves: Sí No

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA

Tipo de dieta: Regular Vegetariana Vegana Cardíaca Diabética

1. ¿Fuma cigarrillos? Sí No
Paquetes/día: _____ Años: _____
2. ¿Exfumador? Sí No
3. ¿Consume alcohol? Sí No
Bebidas por día: _____ Por semana: _____
4. ¿Uso de drogas recreativas? Sí No
5. ¿Consume cafeína? Sí No
6. ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No
7. ¿Usa cinturón de seguridad? Sí No
8. ¿Trabaja fuera de casa? Sí No

Nivel educativo: _____

Ocupación: _____

Afiliación religiosa: _____

12. ¿Aceptaría una transfusión de sangre en emergencia? Sí No
13. ¿Antecedentes de violencia doméstica? Sí No
14. Estado civil: Soltera Casada Divorciada Pareja Viuda

PROCEDIMIENTOS Y BIOPSIAS

Procedimientos cervicales:

Colposcopia LEEP/LLETZ Crioterapia Conización

Biopsias realizadas:

Endometrial Vulvar

CIRUGÍAS PREVIAS

_____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

CONDICIONES MÉDICAS (marque todas las que correspondan)

Cáncer / Infecciosas:

- Cáncer Cáncer de mama/BRCA Cáncer de ovario Cáncer uterino
 Cáncer de colon Cáncer de piel Cáncer cervical
 VIH MRSA Tuberculosis Varicela/herpes zóster

Cardíaco:

- Arritmia Enfermedad cardíaca Presión alta/colesterol
 Soplo Infarto/derrame cerebral

Neurológico:

- Migrañas Pérdida de memoria Neuropatía
 Convulsiones Esclerosis múltiple

Dermatológico:

- Acné Eczema/psoriasis

Ortopédico:

- Dolor de espalda Enfermedad articular Fracturas

Endocrino:

- Diabetes Diabetes gestacional Osteoporosis
 Resistencia a la insulina Hipertiroidismo Hipotiroidismo

Psiquiátrico:

- TDA/ADD Ansiedad Trastorno bipolar Depresión
 Trastornos alimentarios PMDD

Pulmonar:

- Asma EPOC Apnea del sueño

Gastrointestinal:

- Pólipos Crohn/Colitis Enfermedad vesicular
 Hemorroides IBS Hepatitis Reflujo

Reumatológico:

- Artritis Lupus Fibromialgia

Ginecológico:

- Endometriosis Fibromas Infertilidad SOP
 Sangrado anormal

Urológico:

- Infecciones urinarias Hematuria Cistitis intersticial
 Enfermedad renal Cálculos renales Incontinencia Otros (especifique): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN PÉLVICO

De acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el examen pélvico forma parte de la evaluación de mujeres que presentan muchas condiciones, incluyendo dolor pélvico, sangrado anormal, secreción vaginal y problemas sexuales. Los exámenes pélvicos, tanto en el consultorio como bajo anestesia, también son una parte importante de la evaluación de procedimientos ginecológicos para asegurar la finalización segura del procedimiento planificado. A menudo, el examen pélvico se realiza en mujeres sin síntomas durante evaluaciones ginecológicas de rutina, detección de infecciones o enfermedad inflamatoria pélvica.

El examen pélvico consiste en la evaluación de los genitales externos; examen con espéculo del conducto vaginal y el cuello uterino; y palpación bimanual de los anexos, el útero y la vejiga. En algunos casos, también puede incluir un examen rectovaginal.

Las razones para realizar un examen pélvico incluyen, entre otras, chequeos de rutina, sangrado anormal, dolor pélvico, problemas sexuales, prolapso vaginal, problemas urinarios o dificultad para insertar un tampón. Otras indicaciones incluyen pacientes sometidas a procedimientos pélvicos (por ejemplo, biopsia endometrial o colocación de dispositivo intrauterino). Asimismo, el examen pélvico está indicado en mujeres con antecedentes o resultados anormales en pruebas de Papanicolaou, cáncer ginecológico o exposición a sustancias tóxicas.

Los posibles beneficios del examen pélvico incluyen la detección de cáncer de vulva, vagina, cuello uterino, útero y ovarios; infecciones por hongos y bacterias (como vaginosis bacteriana), tricomoniasis y herpes genital; así como la detección temprana de condiciones ginecológicas tratables antes de que se vuelvan sintomáticas (por ejemplo, cáncer de vulva o vaginal). También puede ayudar a identificar hallazgos dermatológicos, cuerpos extraños y, como parte de una evaluación preventiva, contribuir a detectar condiciones ginecológicas en etapas tempranas.

Los posibles riesgos del examen pélvico pueden incluir (aunque no se limitan a) miedo, ansiedad, incomodidad o vergüenza (reportados entre el 10% y el 80% de las mujeres), así como dolor o molestia (entre el 11% y el 60%).

Existen pocas alternativas al examen pélvico, y estas no son tan efectivas para proporcionar información diagnóstica o evaluativa y para cumplir con los estándares de atención médica. Si tiene inquietudes, debe discutirlos con su proveedor de atención médica.

Entiendo que este consentimiento para el examen pélvico es requerido por ley. Reconozco que necesito firmar este formulario para indicar que estoy tomando una decisión informada para someterme a un examen pélvico y que he leído y comprendido la información anterior.

El proveedor o su delegado me ha explicado la naturaleza, el propósito y las posibles consecuencias de cada procedimiento, así como los riesgos involucrados, posibles complicaciones y métodos alternativos de tratamiento. También entiendo que, aunque se me ha brindado información para tomar una decisión informada, pueden ocurrir otros problemas menos comunes. No se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados finales de este procedimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Entiendo que mi proveedor participa en la formación de futuros profesionales de la salud y que la familiarización de estudiantes con la anatomía femenina, así como el desarrollo de habilidades en exámenes pélvicos, es esencial. Consiento que el examen pélvico pueda ser realizado por un estudiante de medicina bajo la supervisión de mi proveedor.

Firma: _____

Fecha: _____



Consentimiento para llamadas y mensajes

Mediante el envío de llamadas artificiales, pregrabadas o automatizadas, así como de mensajes de texto, nuestra práctica requiere el consentimiento previo, ya sea por escrito y/o de forma oral. Al firmar a continuación, usted autoriza a Iris OBGYN a enviar llamadas o mensajes de texto artificiales, pregrabados o automatizados al paciente.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Si no desea recibir llamadas o mensajes de texto artificiales, pregrabados o automatizados de Iris OBGYN, por favor firme a continuación.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____



Consentimiento para Tratamiento

Solicito a los médicos y otros profesionales de la salud que me atienden en Iris Obstetrics and Gynecology que realicen/ordenen procedimientos de laboratorio/diagnóstico apropiados y proporcionen tratamientos terapéuticos que, a juicio de mis médicos u otros profesionales de la salud, sean médicamente necesarios durante mi tratamiento médico de atención preventiva. También entiendo que es política de esta práctica realizar pruebas de orina a los pacientes cuando sea apropiado, incluidas pruebas de embarazo en orina en cada paciente en edad fértil, a menos que se hayan sometido a una histerectomía completa.

Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han otorgado ni se me otorgarán garantías en cuanto a los resultados de los servicios recibidos que pueda recibir con pacientes de Iris Obstetrics and Gynecology, es decir, transfusiones, exámenes, procedimientos, etc. Autorizo a mi proveedor a retener, preservar y usar con fines científicos o educativos, o desechar a su conveniencia, cualquier muestra o tejido tomado de mi cuerpo durante una visita. Si me someto a algún procedimiento que requiera la recolección de tejido para examen patológico, autorizo el uso de cualquier exceso de tejido con fines educativos.

Doy mi consentimiento para la comunicación telefónica, audiovisual sincrónica o digital con mis médicos y otros profesionales de atención médica en Iris Obstetrics and Gynecology como una alternativa a la visita cara a cara para brindar atención o tratamiento.

Certifico que he leído este formulario y entiendo su contenido.

Firma de la Paciente _____ **Fecha** _____



Autorización para la Liberación de Información Médica (ROI)

Yo, _____, doy permiso para que la(s) persona(s) indicada(s) a continuación me acompañen en la sala de examen, recojan cualquier expediente médico en mi nombre y hablen con cualquier empleado por teléfono, con pleno conocimiento de que se podrá divulgar toda mi historia médica pasada y presente. Este consentimiento es válido por un año. Cualquier cambio a este consentimiento deberá ser presentado por escrito.

Acepto (si marcó esta opción, por favor complete los nombres abajo)

No acepto

Nombre completo

Parentesco

Firma del paciente: _____

Fecha:



ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por medio del presente documento, certifico que he recibido el **Aviso de Prácticas de Privacidad** de la clínica **IRIS OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**. Así mismo, confirmo que se me ha brindado la oportunidad de leer dicho aviso y de formular cualquier pregunta relacionada con su contenido, las cuales han sido atendidas de manera satisfactoria.

Fecha: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Nombre del paciente (letra de molde): _____

Nombre del representante legal (si aplica):

Relación con el paciente: _____

Iris Obstetrics and Gynecology

1507 South Hiawasse Rd
Place

Unit 103 & 104

Orlando FL, 32835
34747

400 Celebration

Suite A 130

Celebration FL,

Phone: 407-985-3007

Fax: 407-601-5853

www.irisobgyn.com