GWINNETT OB/GYN ASSOCIATES, P.C.

Aceptación de productos sanguíneos

En Gwinnett 0B/GYN nos esforzamos por una salud óptima y por preservar la vida, en el caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, **nuestra política es transfundir con sangre si es necesario para salvar su vida.**

Por favor, firme uno de los siguientes:

Entiendo y **estoy de acuerdo** con las reglas de transfusiones de sangre.

Imprimir nombre	Firma	Fecha

Firma del testigo	Fecha

No **estoy de acuerdo** y transferiré mi atención medica a otro lugar.

Imprimir nombre	Firma	Fecha

Firma del testigo	Fecha

Gwinnett OB·GYN ASSOCIATES, P.C.

Haleh P. Hamidi, M.D. | Ujuka Iloabuchi, M.D. | Laura Bono, RNC, WHNP
Traci C. Johnson, M.D. | Anna Carter, M.D. | Mercy Manga, DNP, WHNP

ACUERDO DE REGLAS Y DIRECTRICES DE PRÁCTICA MEDICA

¡Bienvenido! Estamos muy contentos de que haya decidido formar parte de nuestra práctica. Nuestro objetivo es brindarle una excelente atención médica en un ambiente amigable y compasivo. Tómese un momento para familiarizarse con las políticas y directrices de nuestra oficina, despues firme el reconocimiento al final de esta página y devuélvalo a nuestra oficina. Nuestra relación de tratamiento es una colaboracion y esperamos ayudarlo a lograr los mejores resultados de salud posibles.

Primera visita: llegue al menos 30 minutos antes de la hora de su cita. Un asistente repasará su historial médico en el momento de su visita. Por favor traiga todos sus medicamentos en sus envases originales.

Visitas de seguimiento: llegue 15 minutos antes de la hora programada de su cita. Nuestro objetivo es que usted esté listo para ver a su médico a tiempo. Notifíquenos si tiene algún cambio en su seguro o información de contacto. Infórmenos sobre cualquier actualización importante en su historial médico, como visitas al hospital o de atención de urgencia, y cualquier cambio en sus medicamentos por parte de otro proveedor de atención médica.

Atención de seguimiento: su plan de tratamiento puede incluir atención de seguimiento. Como tal, podemos programarle pruebas de diagnóstico y citas de seguimiento con nosotros o otros proveedores. Si no asiste a la cita, es importante que se comunique con nosotros para discutir alternativas. Asimismo, si decide buscar atención de otro proveedor, infórmenos. Es nuestra relga informarle sobre los resultados de las pruebas; sin embargo, si no ha recibido los resultados de sus pruebas dentro del tiempo esperado, comuníquese con nuestra oficina.

Gwinnett OB·GYN ASSOCIATES, P.C.

Haleh P. Hamidi, M.D. | Ujuka Iloabuchi, M.D. | Laura Bono, RNC, WHNP

Traci C. Johnson, M.D. | Anna Carter, M.D. | Mercy Manga, DNP, WHNP

Llegadas tardías: todos llegamos tarde a veces. En caso de que llegue tarde a su cita, haremos todo lo posible para volver a programarlo. Dependiendo de lo ocupados que estemos, es posible que deba reprogramar su cita. Tenga en cuenta que tenemos un período de gracia de 15 minutos (esto no se aplica a las citas de Ultrasonido o Procedimiento debido a la extensión de estos tipos de visitas. Asegúrese de llegar antes o a la hora programada para la cita de Ultrasonido/Procedimiento).

Cancelaciones de citas en la oficina: Le solicitamos que cancele y/o reprograme las citas con al menos 24 horas de anticipación para que podamos darle ese tiempo a otra persona. Aunque los eventos inesperados pueden obligar a faltar a una cita, si falta a 1 cita sin seguir el protocolo de cancelación, se le cobrarán $50.00 por una visita al consultorio perdida, $75 por una visita de ultrasonido perdida y $100 por un procedimiento perdido.

Si falta a 2 citas sin seguir el protocolo de cancelación, debe liquidar el saldo de la tarifa por no presentarse antes de programar citas futuras.

Cancelaciones de Cirugías:

Si tiene programada una cirugía, le pedimos que reprograme/cancele al menos 3 semanas antes de su cirugía. Si reprograma o cancela su cirugía programada en menos de 3 semanas, se le cobrarán $150 que se le facturarán directamente a usted.

Visitas problemáticas: los pacientes establecidos que necesitan cuidados intensivos deben llamar lo más temprano posible en el día para que podamos atenderlo. Los pacientes serán atendidos solamente mediante citas previas. Dependiendo de la disponibilidad de su médico, es posible que le pidan que consulte con otro proveedor. No visite si está enfermo, tiene síntomas similares a los de un resfriado o gripe, o cualquier otra enfermedad.

Gwinnett OB·GYN ASSOCIATES, P.C.

Haleh P. Hamidi, M.D. | Ujuka Iloabuchi, M.D. | Laura Bono, RNC, WHNP

Traci C. Johnson, M.D. | Anna Carter, M.D. | Mercy Manga, DNP, WHNP

Reglas de visitantes:

- Solo UNA persona de apoyo mayor de 18 años puede asistir a una visita con el paciente.
- Los recién nacidos solo pueden asistir a la visita posparto. De lo contrario, no se permiten niños.
- Todos los pacientes y visitantes deben estar sanos. No visite si está enfermo, tiene síntomas similares a los de un resfriado o gripe, o cualquier otra enfermedad.

Reglas de máscaras:

- Las mascarillas son opcionales para los pacientes que están completamente vacunados. No visite si está enfermo, tiene síntomas similares a los de un resfriado o gripe, o cualquier otra enfermedad.

Reglas de fotografía, video y audio: para proteger la privacidad de los pacientes y de los empleados, la fotografía, el video y la grabación de audio están estrictamente prohibidos sin permiso expreso.

Reglas financiera:

- Es necesario que traiga su tarjeta de seguro vigente y válida y su licencia de conducir, o una tarjeta de identificación emitida por el gobierno a CADA visita.
- Si no puede proveer un seguro válido al momento de programar su cita para que nuestro equipo verifique la cobertura activa ANTES de su visita, se le considerará un paciente que paga por su cuenta y será responsable de todos los cargos en el momento de su visita.
- Si tiene un copago o aún no ha alcanzado su deducible, esté preparado para pagarlo cuando se registre en la recepción. El pago es debido al momento del servicio.

Gwinnett OB·GYN ASSOCIATES, P.C.

Haleh P. Hamidi, M.D. | Ujuka Iloabuchi, M.D. | Laura Bono, RNC, WHNP
Traci C. Johnson, M.D. | Anna Carter, M.D. | Mercy Manga, DNP, WHNP

- Tenga en cuenta que estamos obligados contractualmente a cobrar sus copagos o deducible estimado en el momento del servicio.
- Notifíquenos si tiene algún cambio en su seguro o información de contacto.

Después del horario de atención de la clínica y fines de semana: puede comunicarse con el médico de turno llamando al 770-972-0330 y nuestro centro de servicio fuera del horario de atención lo ayudará a comunicarse con el médico de turno.

Le solicitamos respetuosamente que apague o silencie su teléfono celular durante su visita al consultorio.

He leído y entiendo las políticas de la oficina anteriores y acepto cumplirlas.

_____ _____

Nombre en letra de imprenta **Nombre Firmado**

_____

Fecha

UPDATED: MARZO 2024

GWINNETT OB/GYN ASSOCIATES, P.C.

RECORD DE CUIDADO PRENATAL:

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento _____

Historia Menstrual: primer dia de su periodo: _____ Era normal? Si _____ No _____

Tipo de ultimo metodo anticonceptivo _____ Ultima vez que lo uso? _____

Su historial medico personal previo: **Comentarios:**

1. Enfermedad cardiaca/soplo _____
2. Presion alta _____
3. Asma, tuberculosis _____
4. Estomago o enfermedad intestinal/hepatitis _____
5. Enfermedad de la vejiga/rinon/infecciones/piedras en rinon _____
6. Gonorrea/clamidia/sifilis _____
7. Verrugas genitales o herpes _____
8. Trastorno ginecologico/cirujia ginecologico _____
9. Papanicolaou abnormales _____
10. Problemas mentales o nervios _____
11. Problemas de tyroides o diabetes _____
12. Coagulos en las piernas o pulmones _____
13. Convulsiones o trastorno neurologico _____
14. Alergias a medicamentos _____
15. Abuso de drogas/historia de uso _____
16. Enfermedad de sangre/transfusion de sangre _____
17. Cancer/otro problema medica _____
18. Sensibilidad rh/ABO _____
19. Operaciones, accidentes, hospitalizacion

_____

20. Complicaciones anestericas _____
21. Has tenido varicela? _____
22. Nausea/Vomito _____

23. Indigestion/estrenimiento _____

24. Dolores de cabeza _____

25. Sangrado (especificar) _____

26. Flujo vaginal _____

27. Hinchazon _____

28. Dolor abdominal _____

29. Problemas urinario _____

30. Infeccion viral _____

31. Otra enfermedad/fiebre _____

32. Radiogra fias _____

33. Accidentes _____

34. Medicamentos _____

35. Uso de tobacco _____ ☐ Paciente aconsejado

36. Uso de drogas _____ ☐ Paciente aconsejado

37. Uso de alcohol _____ ☐ Paciente aconsejado

38. Exposicion de HIV _____ ☐ Paciente aconsejado

39. Gatos/carne cruda (riesgo de toxinas) _____ ☐ Paciente aconsejado

40. Otro _____

41. Tatuajes _____

Embarazo previous: termino completo _____ prematuros _____
abortos/abortos/espantaneoos/ectpicos _____ ahorra vivos _____ nacimientos multipies _____

No.	año	Hospital	duracion de embarazo	duracion de parto	tipo de parto	tipo de alivio del dolor	peso del hijo	complicaciones madre	complicaciones hijo	comentarios/sexo del hijo

ANALISIS GENETICO: Usted, el padre de su bebe o alguien de alguna de sus familias

1. Edad del paciente mayor de 35 años	Si	No
2. Defecto del tubo neutro (menin gomyelocele, columna abierta, anen cefalia)		
3. Sindrome de down		
4. Tay -Sachs (antecedente judia)		
5. Anemia de celulas falciformes		
6. Hemofilia		
7. Distrofia muscular		
8. Fibrosis quistica		
9. Corea de huntington		
10. Retardo mental/fragil X		
11. Otro trastorno genetico o cromosomico hereditario		
12. El paciente o el padre del bebe tuvo un hijo con defectos de nacimiento no mencionados anteriormente		
13. Mas de 3 abortos espontaneos o muerte fetal		
14. Medicamentos o drogasilicitas desde el ultimo periodo menstrual		
15. Labio hendido, paladar hendido, pie equino		
16. Otros antecedentes familiares importantes (ver comentarios)		
17. Perdida de audicion desde nacimiento		
18. Sindrome de muerte subita infantil		
19. Defecto congenito		

Comentarios:

_____

_____

_____

GWINNETT OB/GYN ASSOCIATES, P.C.

Cuestionario de Ginecología

NOMBRE_____ FECHA_____

FECHA DE NACIMIENTO_____

MOTIVO DE LA VISITA: (Si no es de rutina, decriba brevemente los sintomas principals)_____

_____

Historial medico previo:

Enumere todas las operaciones que ha tenido

	Operaciones	**Fecha**
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

Enumere todas las enfermedades que ha tenido y que requirieron hospitalizacion

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

¿Alguna vez lo has tenido? (Marque sí o no y dé fechas).

Si	No	ENFERMEDAD	FECHA
☐	☐	Migrana	_____
☐	☐	Trastomo de la tiroides	_____
☐	☐	Neumonia	_____
☐	☐	Tuberculosis	_____
☐	☐	Soplo cardiaco	_____
☐	☐	Presion arterial alta	_____
☐	☐	Fiebre reumatica	_____
☐	☐	Diabetes	_____
☐	☐	Sarampion aleman o vacuna	_____
☐	☐	Anemia	_____

☐	☐	Convulsiones	_____
☐	☐	Ulceras	_____
☐	☐	Aceptare productos sanguineos si es necesario	_____
☐	☐	Ictericia de Hepatitis	_____
☐	☐	Calculos renales	_____
☐	☐	Infeccion renal	_____
☐	☐	Infeccion de la Vejiga	_____
☐	☐	Genital herpes	_____
☐	☐	Gonorrea	_____
☐	☐	Sifilis	_____
☐	☐	Huesos rotos	_____
☐	☐	Enfermedad mental	_____
☐	☐	Artritis	_____
☐	☐	Lesiones graves	_____
☐	☐	Transfusion de sangre	_____

Enumere cualquier condicion medica o enfermedad adicional:

ENFERMEDAD	FECHA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

REVISION DE SISTEMAS:

Esta teniendo actualmente o ha tenido recientemente alguno de estos sintomas? (Marque "Si" o "No")

A. GENERAL

Si	No		Si	No	B. PECHO Y CORAZON
☐	☐	Aumento de peso reciente	☐	☐	Palpitacion
☐	☐	Perdida de peso reciente	☐	☐	Latidos cariacos salteados o irregulares
☐	☐	Depresion	☐	☐	Molestias en el pecho al hacer un esfuerzo
☐	☐	Cefaleas	☐	☐	Dolor en el pecho con respiracion
☐	☐	Dolor ocular	☐	☐	Dificultad para repirar al hacer un esfuerzo
☐	☐	Machas delante de los ojos	☐	☐	Despertarse por la noche con dificultad para respirar
☐	☐	Vision doble	☐	☐	Dificultad para respirar al estar acostado
☐	☐	Gafas	☐	☐	Tos con sangre
☐	☐	Sordera			
☐	☐	Hemorragias nasales			

C. SENOS

Si	No	
☐	☐	Bulto en el seno
☐	☐	Sensibillidad en los senos
☐	☐	Secrecion del pezon
☐	☐	Antecedentes familiars de cancer de mama
☐	☐	Fecha de mamografia anterior

D.		GASTROINTESTINAL	E.		GENITO-URINARIO
Si	No		Si	No	
☐	☐	Cambio en los habitos intestinales	☐	☐	Miccion frequente o dolorosa
☐	☐	Estrenimiento	☐	☐	Dificultad para contener la orina
☐	☐	Diarrea	☐	☐	Dificulrad para orinar
☐	☐	Sangre brillante en las heces	☐	☐	Orina excesiva
☐	☐	Heces de color arcilla	☐	☐	Miccion noctuma frecuente
☐	☐	Heces negras	☐	☐	Cambio de color de orina
☐	☐	Dolor abdominal	☐	☐	Sangre o pus en la orina
☐	☐	Hemorroides	☐	☐	Mojar la cama
☐	☐	Vomitos con sangre			
☐	☐	Evacuaciones intestinales dolorosas			
☐	☐	Nauseas o vomitos			

F.		EXTREMIDADES
Si	No	
☐	☐	Varizes
☐	☐	Dolor en las peirnas al caminar
☐	☐	Coagulos de sangre en las piemas
☐	☐	Erupciones cutaneas
☐	☐	Lunares nuevos o en creciniento

MEDICAMETOS: (Enumere TODOS los medicamentos que toma regularmente o que ha tomado recientenmente, incluya todos los medicamentos sin receta)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

ALERGIAS: Es alergico a algun medicamento, droga, product quimico o alimento? (En caso afirmativo, enumere cuales)

_____

_____

HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVOS: (Enumere los antecedents actuales y previous anticonceptivos que hayas usado)

	TIPO DE METODO	DURACION DEL USO	COMPLICACIONES
PRESENTE	_____	_____	_____
PREVIO	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: (Enumere todos los embarazos, fechas y resultados)

	FECHA	DURACION	SEXO	PESO	COMPLICACIONES
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

HISTORIA FAMILIAR (Enumere a lost miembros de la familia (padre, madre, hermana, hermano) con cualquier problema de salud actual y sus edades. Tabien haga una lista de los miembros de la familia fallecidos, la causa de la Muerte y sus edades al momento de la muerte)

_____

_____

Algun otro pariente consanguineo ha tenido problemas medicos graves o problemas hereditarios? Algun nino nacido en la familia con alguna anomalia?

_____

_____

_____

HISTORIA SOCIAL:

Fumas cigarillo ? ☐ Si ☐ No Cuantos/dia? _____ Cuantos anos?_____
Alcohol bebes? ☐ Si ☐ No Cuantas copas al dia? _____ Por semana?_____
Haces ejercicio regulamente? ☐ Si ☐ No Con que frecuencia? _____

HISTORIAL MENSTRUAL:

Primer dia de la ultima menstruacion: _____ Edad de inicio del period:_____ Numero habitual de dias de un period a otro: _____ Habitual# de dias de flujo: _____ Superiodo es? Ligero ☐ Moderado ☐ Abundante ☐ Sangrado excesivo o manchado entire ciclos? ☐ Si ☐ No Colicos con a menstruacion? ☐Si No ☐ Depresion, ansiedad, malestar emocional antes de la menstruacion? ☐ Si ☐ No

PAPANICOLAU:

Ultimo examen pelvio: _____ Ultima prueba de Papanicolaou: _____ Alguna vez has tenido un Papanicolaou anormal? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, que tratamiento se realizo? _____ Sus papanicolaus han sido normales desde el tratamiento ☐ Si ☐ No Tu madre tomo hormonas mientras estaba embarazada de ti? ☐ Si ☐ No

VAGINITIS:

Levadura _____ Trichomonas _____ Vaginitis inespecifica/bacteriana_____
Tiene algun problema con el flujo ahora? ☐ Si ☐ No

HISTORIA SEXUAL:

Algun problema con el dolor? ☐ Si ☐ No Cualquier problema con el orgasmo? ☐ Si ☐ No Otro? _____

Algun antecedente de ETS? Virus del papilloma humano ☐ Si ☐ No Herpes ☐ Si ☐ No Hepatitis ☐ Si ☐ No VIH ☐ Si ☐ No
Sifilis ☐ Si ☐ No Gonorrea ☐ Si ☐ No Clamidia ☐ Si ☐ No Otro?_____

Enumere las cirugias ginecologicas, las fechas y las razones para cirugia:

_____

_____

_____

_____

_____

Gwinnett OB·GYN
ASSOCIATES, P.C.

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de contacto: _____

A viajado afuera de los estados Unidos las ultimas 12 semanas?

Si _____ No _____

Si si, donde? _____ Cuando? _____

A viajado afuera del pais en algun momento durante su embarazo?

Si _____ No _____

Si si, donde? _____ Cuando? _____

A viajado su pareja afuera de los estados Unidos durante su embarazo?

Si _____ No _____

Si si, donde? _____ Cuando? _____

El CSC recomienda no viajar a ningun pais del sur o centro America, incluyendo El caribe y Mexico, durante el embarazo.

Si usted contesto "Si" a alguna pregunta de arriba, por favor hable con su medico durante su visita de hoy.

A pesar de la recomendacion anterior, si planea viajar a cualquiera de las areas anteriores, notifique a su medico.

_____ _____

Firma Fecha

1800 Tree Lane, Suite 300, Snellville, Georgia 30078

Phone: 770-972-0330 Fax:770-985-2683 gwinnettobgyn.com

Asociados de obstetricia y ginecología de Gwinnett, PDC.

1800 Tree Lane
Suite 300
Snellville, GA 30078

INSTRUCCIONES DE CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Es importante para nosotros honrar la confidencialidad entre el paciente y el médico.

POR FAVOR, MARQUE SU PREFERENCIA A CONTINUACIÓN.

_____ Usted puede discutir mi información médica SOLAMENTE conmigo.

_____ Doy mi permiso para discutir mi información médica con las siguientes personas.

Nombre_____ Relación _____

Nombre_____ Relación _____

Nombre_____ Relación _____

Sí o No Puede dejar información médica (resultados de pruebas) en mi correo de voz en:

(un círculo)

de Celular _____

de Hogar _____

Firma _____ Fecha_____