

Aceptación de productos sanguíneos

En Gwinnett OB/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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Primero _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Numero de Seguro social _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo electrónico ____ Al proveer Su correo electrónico, acepta recibir (marque para aceptar)

Recordatorios de citas

Mejor método de contacto: Hogar Celular Trabajo correo electrónico Estado civil: soltero casado divorciado viudo correo

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro primario _____ Grupo# _____ ID de miembro# _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nombre de seguro secundario _____ Grupo# _____ ID de miembro# _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ código postal _____

Compruebe si es igual que la información del paciente (si es diferente, complete la sección a continuación)

Nombre del suscriptor principal _____ fecha de nacimiento _____

numero de Seguro social _____ Relacion (marque uno): Cónyuge Padre Guardián Otro (Por favor, especifique) _____ Teléfono: Hogar _____

Celular _____ Trabajo _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Teléfono: Hogar _____ Celular _____ Trabajo _____

FUENTE DE REFERENCIA

Familiar/Amigo _____ Entrada sin cita previa Revista Búsqueda en la web Sitio web de la clinica

Evento Otro Médico/Proveedor (Nombre y teléfono #) _____

Otro anuncio _____ Otro _____ Hospitales _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Mi firma también autoriza el pago de beneficios médicos al proveedor designado por los servicios profesionales prestados en el momento del servicio. Entiendo que soy

financieramente responsable de todos los servicios prestados en el momento del servicio. Hay una tarifa por cheque devuelto de \$30 y 30% de eso sera agregad  a mi saldo si mi cuenta debe ser referida a una agencia para su cobro. Además, entiendo que si estoy cubierto por cualquier seguro que requiera un número de referencia, es mi responsabilidad obtener ese número de referencia antes de mi visita. También es mi responsabilidad obtener cualquier registro médico antes de mi cita si es referido por un médico externo.

Firma _____

Fecha _____

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 _____



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, después firme el reconocimiento al final de esta página y devuélvalo a nuestra oficina. Nuestra relación de tratamiento es una colaboración 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 comuniqué con nosotros para discutir alternativas. Asimismo, si decide buscar atención de otro proveedor, infórmenos. Es nuestra regla 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.



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 re programe 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 re programe/cancele al menos 3 semanas antes de su cirugía. Si re programa 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.



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.



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