

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 _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ahora estamos enviando recetas electrónicamente a las farmacias de los pacientes. Para que podamos hacer esto, necesitaremos la información de su farmacia. Por favor llene la información de abajo.

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia:



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 comunique 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

GWINNETT OB/GYN ASSOCIATES, P.C.

Cuestionario de Ginecología

NOMBRE _____ FECHA _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

MOTIVO DE LA VISITA: (Si no es de rutina, describa brevemente los síntomas principales) _____

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrana	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la tiroides	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión alemán o vacuna	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	_____

- D. GASTROINTESTINAL**
- Si No
- Cambio en los hábitos intestinales
 - Estrenimiento
 - Diarrea
 - Sangre brillante en las heces
 - Heces de color arcilla
 - Heces negras
 - Dolor abdominal
 - Hemorroides
 - Vómitos con sangre
 - Evacuaciones intestinales dolorosas
 - Náuseas o vómitos

- E. GENITO-URINARIO**
- Si No
- Micción frecuente o dolorosa
 - Dificultad para contener la orina
 - Dificultad para orinar
 - Orina excesiva
 - Micción nocturna frecuente
 - Cambio de color de orina
 - Sangre o pus en la orina
 - Mojar la cama

- F. EXTREMIDADES**
- Si No
- Varices
 - Dolor en las piernas al caminar
 - Coágulos de sangre en las piernas
 - Erupciones cutáneas
 - Lunares nuevos o en crecimiento

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

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

ALERGIAS: Es alérgico a algún medicamento, droga, producto químico o alimento? (En caso afirmativo, enumere cuáles)

HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVOS: (Enumere los antecedentes actuales y previos anticonceptivos que haya 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 los miembros de la familia (padre, madre, hermana, hermano) con cualquier problema de salud actual y sus edades. Tambien 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 niño nacido en la familia con alguna anomalia?

HISTORIA SOCIAL:

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

HISTORIAL MENSTRUAL:

Primer día de la ultima menstruacion: _____ Edad de inicio del period: _____ Numero habitual de días de un period a otro: _____ Habitual# de días 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 cirugías ginecológicas, las fechas y las razones para cirugía:

Asociados de obstetricia y ginecología de Gwinnett, PDC.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____

DIRECCIÓN: _____

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad para la práctica mencionada anteriormente.

Nombre del signo

Fecha

Sólo para uso de oficina

No pudimos obtener un escrito acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad porque:

- Existía una emergencia y no fue posible firmar en ese momento.
- El individuo se negó a firmar.
- Se envió una copia por correo con una solicitud de firma a vuelta de correo.
- No se puede comunicar con el paciente por el siguiente motivo:

• Otro: _____

Preparado por: _____

Firma: _____

Fecha: _____