

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
-------------------	--	-------



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 comuniquen 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

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 _____

RECORD DE CUIDADO PRENATAL:

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento _____
Historia Menstrual: primer día 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 anormales _____
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. Radiografias _____
- 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 _____

. GWINNETT OB/GYN ASSOCIATES, P.C.

Embarazo previous: termino completo _____ prematuros _____
 abortos/abortos/espantaneos/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

	Si	No
1. Edad del paciente mayor de 35 años		
2. Defecto del tubo neutro (menin gomyeloccele, 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, describa brevemente los sintomas 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 cardiaco	_____
<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 habitos intestinales
 - Estrenimiento
 - Diarrea
 - Sangre brillante en las heces
 - Heces de color arcilla
 - Heces negras
 - Dolor abdominal
 - Hemorroides
 - Vomitos con sangre
 - Evacuaciones intestinales dolorosas
 - Nauseas o vomitos

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

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

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

HISTORIAL DE ANTICONCEPTIVOS: (Enumere los antecedentes 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 entre ciclos? Si No Colicos con a menstruacion? Si No Depresion, ansiedad, malestar emocional antes de la menstruacion? Si No

PAPANICOLAU:

Ultimo examen pelvico: _____ 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:



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

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:
