

Estimado Paciente,

Le agradecemos por elegir a *Palomar Health Medical Group* para sus servicios de salud. Nos esforzamos continuamente para ofrecer la más alta calidad de atención médica ginecológica y obstétrica, en un ambiente de excelencia y desempeño profesional.

Queremos comprender sus metas y preocupaciones de la salud. Adjunto esta su paquete de registro para paciente favor de completarlo--gracias por tomarse el tiempo para completar esta información y comenzar nuestra conversación. **Este paquete debe completarse y devolverse antes de programar su cita.**

Debido a la capacidad limitada y para brindarle la mejor atención médica posible, las citas se limitan al paciente, independientemente de la edad de la minoría y un adulto

Entendemos que el inglés puede no ser el idioma principal de todos nuestros pacientes. Para aliviar cualquier retraso en su atención relacionado con el idioma, si necesita un traductor, se lo pedimos que nos noti fiqué antes de sus citas y le proporcionaremos un traductor.

Debe traer su tarjeta de seguro medico o prueba de seguro medico a todas sus citas. Co-pagos o deducibles, en su caso, están obligados a pagarse en el momento de la visita.

Por último, por favor de llegar 15 minutos antes de su hora de la cita. Tenga en cuenta que si están más de 15 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho de reprogramarla.

Gracias por su cooperación.
Esperamos poder cuidar de usted,

Palomar Health Medical Group

Recintos

Branco Cizmar MD, PhD

Damon Cobb, MD

Natalia Babkina, MD PhD

Paul Hinshaw, DO

Rachel Krochmal, FNP

Karen Manchester, FNP

Elizabeth Saez, FNP

Información de inscripción del paciente

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

PERIÓDICO

MEDIOS SOCIALES/BÚSQUEDA POR INTERNET

REFERENCIA DEL SEGURO

FAMILIARES/AMIGOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE							
NOMBRE (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)		No. del Seguro Social	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA	SEXO: M F	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FÍSICA (Si difiere de la dirección de facturación)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DE LA CASA XXX-XXX-XXXX	TELÉFONO DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX		CELULAR XXX-XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		
MÉTODO DE CONTACTO DE PREFERENCIA (Obligatorio) <small>Casa Trabajo Celular Correo electrónico Mensaje de texto</small>		ESTADO CIVIL			RAZA	ORIGEN ÉTNICO	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA					RELACIÓN	TELÉFONO DE EMERGENCIA XXX-XXX-XXXX	
DIRECCIÓN			TELÉFONO NO.	OCUPACIÓN			
EMPLEADOR PRIMARIO				EMPLEADOR SECUNDARIO (Si corresponde)			
DIRECCIÓN				DIRECCIÓN			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO DEL TRABAJO	OCUPACIÓN		TELÉFONO DEL TRABAJO	OCUPACIÓN			
TITULAR DE PÓLIZA/AVAL (Si difiere del paciente)							
NOMBRE (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)		No. del Seguro Social	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA	SEXO: M F	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN FÍSICA (Si difiere de la dirección de facturación)				CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DE LA CASA XXX-XXX-XXXX	TELÉFONO DEL TRABAJO XXX-XXX-XXXX		CELULAR XXX-XXX-XXXX		CORREO ELECTRÓNICO (ejemplo@prueba.com)		
MÉTODO DE CONTACTO DE PREFERENCIA (Obligatorio) <small>Casa Trabajo Celular Correo electrónico Mensaje de texto</small>		ESTADO CIVIL			RAZA	ORIGEN ÉTNICO	
PARENTESCO CON EL PACIENTE							
SEGURO PRIMARIO							
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					PÓLIZA NO.		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA				FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO NO.		
PARENTESCO CON EL PACIENTE					MONTO DE COPAGO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \$	ESPECIALISTA	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					MONTO DEL DEDUCIBLE INDIVIDUAL	MONTO DEL DEDUCIBLE FAMILIAR	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL					FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	
SEGURO SECUNDARIO							
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					PÓLIZA NO.		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA				FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO NO.		
PARENTESCO CON EL PACIENTE					MONTO DE COPAGO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA \$		
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS					MONTO DEL DEDUCIBLE INDIVIDUAL		
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL					FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO	
INFORMACIÓN DE REFERENCIA							
NOMBRE DEL MÉDICO QUE HACE LA REFERENCIA				MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA			

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO/ENTREGA DE INFORMACIÓN: Doy permiso para que Palomar Health Medical Group administre el tratamiento médico y realice los procedimientos médicos que considere necesarios. Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros o a los agentes de seguro a fin de procesar mis pagos por el servicio. Toda la información indicada más arriba es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

POLÍTICA FINANCIERA: Se espera el pago total o el copago al momento del servicio. Los servicios provistos que no sean un beneficio cubierto por su plan médico serán su responsabilidad.

CESIÓN DE BENEFICIOS: Por el presente, cedo todos los beneficios pagaderos por mi compañía de seguros a Palomar Health Medical Group.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Parentesco con el paciente

Acuerdo financiero del paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Deducible/coaseguro: Todos los coaseguros y deducibles aplicables deben pagarse al momento del servicio. Se proporcionará un estimado y el pago deberá realizarse antes de que se presten los servicios. Esto no constituye un pago final y cualquier saldo adicional adeudado que se adjudique después del reclamo del seguro deberá pagarse al momento de recibir la factura. **Iniciales** _____

Copagos: Su compañía de seguros nos exige cobrar los copagos al momento del servicio. Debido a las leyes estatales y federales, no se eximirán los copagos. **Iniciales** _____

Cheques: Los cheques devueltos pueden estar sujetos a una tarifa de \$30.00. **Iniciales** _____

Pacientes que pagan en efectivo: Es posible que los montos que pague en su consulta programada no sean su pago final. Pueden devengarse otros costos para dicha cita, los cuales incluyen pero no se limitan a, análisis de laboratorio, radiografías, inyecciones, procedimientos especiales o cargos adicionales por la cita en el consultorio. **Iniciales** _____

Presentación de reclamos: Como una cortesía, Palomar Health Medical Group le facturará a su seguro. Una cotización de beneficios no es garantía de pago. Nosotros enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos hasta que estos sean resueltos. Se espera el pago de su compañía de seguros dentro de los 45 días. Después de los 45 días, lo contactaremos para el pago total. Usted es responsable de todos los servicios no cubiertos, de acuerdo con las pautas de su compañía de seguros. Si recibimos notificación de que usted no es elegible para recibir cobertura o que nosotros no tenemos contrato con su seguro, usted será responsable de todos los cargos incurridos y del pago adeudado al momento de recibir la factura. Su compañía de seguros puede necesitar que usted les proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud en forma oportuna. Usted es responsable de brindar copia de sus tarjetas del seguro más recientes para todos los planes de salud aplicables. Las cuentas adeudadas por más de 90 días pueden ser derivadas a una agencia de cobranzas. **Iniciales** _____

Servicios de atención preventiva: Los exámenes de rutina pueden estar cubiertos por su seguro. Cuando se aborda una inquietud médica al momento de su consulta, ya no aplicarán los beneficios de atención preventiva. Pueden incurrir tarifas adicionales, lo que incluye pero no se limita a copagos, deducibles y coaseguros. **Iniciales** _____

Servicios complementarios: Los procedimientos ambulatorios de laboratorio y radiología los facturará un proveedor externo por separado. Por favor comuníquese directamente con él si tiene alguna pregunta relacionada con su factura. **Iniciales** _____

Cesión de beneficios: Por el presente se otorga autorización para entregar información, según pueda ser necesaria (en cumplimiento con las pautas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos - HIPAA, por sus siglas en inglés) para procesar y completar mi reclamo del seguro, y el pago de beneficios médicos debe realizarse directamente a Palomar Health Medical Group por todos los servicios prestados. **Iniciales** _____

Incumplimiento de citas: Por favor observe que se aplicará una tarifa de cancelación de \$25.00 por las citas a las que no acuda por no cumplir con cancelarlas con 24 horas de antelación a su cita programada. Estos cargos serán su responsabilidad y se le facturarán directamente. Por favor ayúdenos a servirlo mejor asistiendo a sus citas programadas regularmente.

Si en algún momento experimenta dificultades financieras y debe realizar coordinaciones para planes de pago especiales, por favor comuníquese con nuestra oficina de facturación.

He leído y comprendo los enunciados más arriba. **Iniciales** _____

Acepto cumplir con las políticas financieras de Palomar Health Medical Group y entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios o tratamientos médicos administrados con mi cuenta.

Firma del paciente / tutor

Fecha

Nombre del paciente (por favor use letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Autorización para el uso o divulgación de información médica de Palomar Health Medical Group a personas designadas

La compleción de este documento autoriza la divulgación y uso de información médica sobre usted. El no cumplir con brindar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*NOMBRE (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	NOMBRE DE SOLTERA U OTRO
*FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO

Yo, _____ (paciente) (por favor use letra de imprenta) por el presente autorizo a **Palomar Health Medical Group** a que entregue **cualquier y toda** información sobre mi *salud, condición médica o facturación por servicios* a familiares u otras personas según se especifican más abajo. Esto incluye discusiones verbales con personal médico/de enfermería y copias de mi historial médico.

PERSONAS DESIGNADAS

NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO
NOMBRE	TELÉFONO

*EI OBJETIVO DE ESTA ENTREGA SE REALIZA

A mi solicitud Continuando la atención médica Otro _____

Especificar limitaciones (si las hubiera) sobre el uso de la información: _____

Autorización para el uso o divulgación de información médica de Palomar Health Medical Group a personas designadas

*Expiración de la autorización

Esta autorización entra en vigencia a la firma del presente y expirará mediante mi revocación por escrito.

Derechos del paciente

Yo, el paciente o el representante legal del paciente, entiendo que:

- › Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, con mi firma o a mi nombre y entregada, o enviada por correo postal a:

Palomar Health Medical Group
15611 Pomerado Road Poway, CA
92064

Si revoco esta autorización, la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones tomadas antes de que Palomar Health Partners reciba la revocación.

- › El destinatario puede volver a divulgar la información entregada de acuerdo a esta autorización y la misma ya no estará protegida en virtud de la ley federal de privacidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica realice mayor divulgación de la misma, a menos que obtenga otra autorización de divulgación de mi parte o que tal divulgación sea requerida o permitida específicamente por ley.
- › Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

*

Firma del paciente / tutor

Fecha

*

De ser el representante legal, establecer parentesco con el paciente.

*Requerido para validar la autorización

Formulario de diversidad de pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Estimado paciente de Palomar Health Medical Group:

El gobierno federal solicita que se formulen las siguientes preguntas a todos los pacientes.

Por favor seleccione lo que mejor corresponda a su preferencia y devuelva esto al encargado de recepción.

** Ver más abajo las descripciones de raza y origen étnico.

Identifico mi raza como:
(Por favor marque una)

Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático

Me rehúso a identificarme

Negro, afroamericano

Nativo hawaiano u otro

Nativo de la Polinesia

Otra raza- _____

Blanco

Identifico mi origen étnico como:
(Por favor marque una)

Centroamericano

Me rehúso a identificarme

Cubano

Dominicano

Hispano o latino / español

Latino / americano / latino, latino mexicano

No hispano / latino

Puertorriqueño

Sudamericano

Español

Mi idioma de preferencia es:
(Por favor marque una)

Inglés

Español

Tagalo

Ruso

Persa / farsi

Otro (por favor especifique) _____

**Raza se define como la "autoidentificación de una persona con un grupo social o más".

**Origen étnico se define como la "autoidentificación de una persona en base a la nacionalidad, idioma, cultura y religión, geografía u origen familiar".

NO PRESENTAR EN NG

Aviso de *Prácticas de Privacidad*

Vigencia: 14 de abril de 2003

Revisado: 10 de septiembre de 2013; 23 de marzo de 20 15;

29 de julio de 2019

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Léalo detenidamente.

Si tiene alguna duda sobre este aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de Palomar Health Medical Group llamando al **1.877.376.3930**. Este aviso describe las prácticas de Palomar Health Medical Group y las de:

- › Todo profesional de la salud autorizado para ingresar información en su expediente médico.
- › Todos los departamentos y sedes clínicas de Palomar Health Medical Group.
- › Todo miembro de un grupo de voluntarios que cuenta con nuestro permiso para ayudarlo mientras usted está bajo nuestro cuidado.
- › Todos los empleados, dotación y demás personal de Palomar Health Medical Group.
- › Médicos afiliados

Todas estas entidades, sitios y ubicaciones se apegan a los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica que se describen en este aviso.

Los proveedores que participan en este aviso (a los que se hace referencia como "nosotros") entienden que su información médica y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de la atención y de los servicios que recibe durante su visita con nosotros. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por cualquiera de los sitios de Palomar Health Medical Group o entidades afiliadas, ya sean creados por el personal de Palomar Health Medical Group o por su médico personal. Su médico personal puede tener diferentes políticas o avisos con respecto a cómo el médico usa o divulga su información médica creada en el consultorio o la clínica del médico. Este aviso le informa sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. Este aviso también describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

La ley nos exige asegurarnos de mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifica (con ciertas excepciones), notificarle de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica, notificarle si se produce una violación de su información médica y respetar los términos del aviso de prácticas de privacidad actualmente vigente.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Explicaremos lo que queremos decir y trataremos de dar algunos ejemplos para cada categoría de usos y divulgaciones. No incluiremos todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, dentro de una de las categorías incluiremos todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información.

DIVULGACIÓN A SU SOLICITUD

Podemos divulgar información cuando usted lo solicite. Esta divulgación a su solicitud puede requerir una autorización por escrito suya.

Tratamiento : podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, farmacéuticos, estudiantes de atención médica u otro personal de Palomar Health Medical Group y miembros de la fuerza laboral que estén involucrados en brindarle bienestar durante su visita. Por ejemplo, es posible que un médico que lo esté tratando por una pierna fracturada necesite saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informarle al dietista si tiene diabetes para que podamos organizar las comidas adecuadas. Los diferentes departamentos dentro de Palomar Health Medical Group también pueden compartir su información médica para coordinar las diferentes cosas que necesite, como recetas/medicamentos, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos divulgarle su información médica a personas fuera de Palomar Health Medical Group que puedan estar involucradas en su atención médica después de que se retire de la institución, como centros de enfermería especializada, agencias de atención médica domiciliaria y médicos u otros profesionales, incluidos, entre otros, su proveedor de atención primaria, para que puedan brindarle atención o coordinar la atención continua.

Para pagos : podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba en nuestras instalaciones o de nuestra parte se facturen y que el pago se le cobre a usted, una compañía de seguros, un tercero o una agencia de cobranza. Por ejemplo, es posible que necesitemos brindarle información sobre un servicio médico que recibió en una clínica de PHMG a su plan de salud para que nos pague o le reembolse el servicio médico. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento propuesto para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. También podemos proporcionarle información básica sobre usted y su plan de salud, sobre su compañía de seguros u otra fuente de pago a los médicos fuera del hospital que participan en su atención, para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindan.

Para operaciones de atención médica : podemos usar y divulgar su información médica para operaciones comerciales y de atención médica, una variedad de actividades necesarias para administrar nuestros centros de atención médica y garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar información médica para revisar la calidad y seguridad de nuestros tratamientos y servicios, para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención o para la planificación comercial, la administración y los servicios administrativos. También podemos usar y divulgarle su información médica a una empresa externa que nos brinda servicios, como acreditación, servicios legales, informáticos o de auditoría. Estas empresas externas se denominan socios comerciales y la ley les exige que mantengan la confidencialidad de su información médica. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal del hospital con fines de revisión y aprendizaje. Podemos remover la información que lo asocie

a uno de los conjuntos de esta información médica para que otros puedan usarla para estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes específicos.

Actividades de recaudación de fondos : podemos usar información sobre usted, o divulgarle dicha información a una fundación relacionada con Palomar Health Medical Group, para incluirlo en un esfuerzo por recaudar fondos para nuestra organización de atención médica y sus operaciones. Usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si recibe una comunicación de recaudación de fondos, le dirá cómo optar por no participar.

Comercialización y venta : la mayoría de los usos y divulgaciones de información médica con fines de comercialización y las divulgaciones que constituyen una venta de información médica requieren su autorización.

A las personas involucradas en su atención o en el pago de su atención : podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. También podemos brindarle información a alguien que ayude a pagar su atención. Además, podemos divulgarle su información médica a una organización que ayude en un esfuerzo de socorro en caso de desastre para que se pueda notificar a su familia sobre su condición, estado y ubicación.

Para investigación : en ciertos casos, podemos usar y divulgar su información médica con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro, por la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y el uso que hacen de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de mantener la privacidad de su información médica. Antes de que usemos o divulguemos información médica para fines de investigación, el proyecto contará con la aprobación de este proceso de aprobación de investigación. Sin embargo, podemos divulgarle su información médica a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información médica no salga de nuestros centros u oficinas.

Según lo exija la ley : divulgaremos su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad : podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier tipo de divulgación se hará únicamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Notas de psicoterapia : la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia requieren su autorización.

Donación de órganos y tejidos : podemos divulgar información médica a organizaciones que se ocupan de la procuración de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos de guerra : si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación para trabajadores : podemos divulgar su información médica para la compensación para trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud pública : podemos divulgar información médica suya para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para informar nacimientos y defunciones;
- Para informar sobre el abuso o abandono de niños, ancianos y adultos dependientes;
- Para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a las personas sobre retiradas de productos que puedan estar usando;
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- Para notificar a las autoridades gubernamentales correspondientes si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando la ley lo requiera o lo autorice;
- Para notificar a los empleados de respuesta a emergencias sobre la posible exposición al VIH/SIDA, en la medida necesaria para cumplir con las leyes estatales y federales.

Actividades de supervisión de la salud : podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias.

Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas : si está implicado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de un tercero involucrado en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud (que puede incluir una notificación por escrito), o para permitirle obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley : podemos divulgar información médica si así lo solicita un oficial de cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citación, pedido judicial, comparecencia o proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Acerca de una muerte que creemos que puede ser el resultado de un delito;
- Acerca de delitos en nuestras instalaciones; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias : podemos divulgarle información médica a un médico forense o examinador médico. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgarle información médica sobre los pacientes del hospital a los directores de funerarias según sea necesario para el desempeño de sus funciones.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional : podemos divulgarle su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el presidente y otras personas : podemos divulgarle su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan realizar investigaciones o brindar protección al presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

Reclusos : si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgarle su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley según lo autorice o requiera la ley. Esta divulgación sería necesaria 1) para que la institución le brinde atención médica; 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o 3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Categorías especiales de información : en algunas circunstancias, su información médica puede estar sujeta a restricciones que pueden limitar o excluir algunos usos o divulgaciones descritos en este aviso. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso o la divulgación de ciertas categorías de información, por ejemplo, pruebas para el VIH o tratamiento para afecciones de salud mental o abuso de alcohol y drogas.

Intercambio de información médica (Health Information Exchange, HIE) : podemos compartir su información médica electrónicamente con otras organizaciones en las cuales recibe atención médica. Compartir información de forma electrónica es una forma más rápida de hacer llegar su información médica a los proveedores de atención médica que lo tratan. Los participantes de HIE deben cumplir con las reglas que protegen la privacidad y seguridad de su salud e información personal.

Portal seguro de los pacientes : hemos establecido un sistema basado en la web, llamado Portal de los pacientes, que nos permite comunicarnos y transferirle información de atención médica de manera segura. Con su consentimiento, recibirá una identificación de usuario y una contraseña para acceder al Portal de los pacientes. Si otra persona obtiene su identificación de usuario o contraseña para su Portal de los pacientes, su información médica está sujeta a divulgación indebida. Notifíquenos de inmediato si cree que se está accediendo incorrectamente a su Portal de los pacientes.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE MANTENEMOS SOBRE USTED

Usted tiene derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted. Para ejercer sus derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted, debe enviar una solicitud por escrito a Palomar Health Medical Group, Privacy Office, 15611 Pomerado Road, Suite 400, Poway, CA 92064.

DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR

Usted tiene derecho a inspeccionar y/u obtener una copia de su información médica, incluidos los resultados de las pruebas de laboratorio. Puede solicitar una copia electrónica o impresa de su información médica.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia en circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.

DERECHO A ENMENDAR

Puede solicitarnos que modifiquemos la información médica que tenemos sobre usted si cree que la misma es incorrecta o está incompleta. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que Palomar Health Medical Group conserve la información. Debe hacer la solicitud por escrito y debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud según lo autorice la ley.

Incluso si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

DERECHO A SOLICITAR UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES

Usted tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones. Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica que no sean nuestros propios usos para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y con otras excepciones de conformidad con la ley. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Si desea obtener listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionarle la lista.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; para usar en un directorio de centros; o a familiares y otras personas involucradas en su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto en la medida en que usted nos solicite que restrinjamos la divulgación a un plan de salud o aseguradora con fines de pago u operaciones de atención médica si usted u otra persona en su nombre (que no sea el plan de salud o aseguradora), ha pagado el artículo o servicio de su bolsillo en su totalidad.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES OFICIALES

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

DERECHO A OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web: PalomarHealth.org.

Cambios a este aviso : nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer que el nuevo aviso sea efectivo para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en el hospital, los sitios del hospital, la farmacia para pacientes ambulatorios y en nuestro sitio web.

Quejas : si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede presentar una queja ante nosotros comunicándose con el Oficial de Privacidad por teléfono al **1.877.376.3930** o por escrito a Palomar Health Medical Group, Privacy Officer, 15611 Pomerado Road, Suite 400, Poway, CA 92064. No se lo sancionará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Quejas : solo se realizarán otros usos y divulgaciones de información médica que no se cubren en este aviso o que no están abarcados por las leyes que se nos aplican con su permiso por escrito. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación adicional de su información médica para los fines cubiertos por su autorización por escrito, excepto si ya hemos actuado confiando en su permiso. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

Aviso sobre las prácticas de privacidad

Etiqueta del paciente aquí

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de expediente médico: _____

Acuse de recibo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (por favor en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente / tutor

Fecha

Teléfono del paciente XXX-XXX-XXXX

Nombre del médico

Al firmar este formulario, el paciente acusa recibo del "Aviso sobre las prácticas de privacidad" de Palomar Health Medical Group. Nuestro "Aviso sobre las prácticas de privacidad" le brinda información sobre cuánta de la información médica protegida podemos usar y divulgar. Lo instamos a que lo lea en su totalidad.

Acuso recibo del "Aviso sobre las prácticas de privacidad" de Palomar Health Medical Group.

Firma del paciente / tutor

Fecha

De ser el representante legal, establecer parentesco con el paciente.

Quisiera recibir una copia de cualquier enmienda al Aviso sobre las prácticas de privacidad por correo electrónico.

Mi dirección de correo electrónico es: _____

Esta información es confidencial y no será revelada a nadie sin su permiso

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** ___ **Fecha:** ___/___/___
Altura: ___ pies ___ pulgadas **Peso:** ___ libras **Idioma Preferido:** _____ **Grupo étnico:** _____ **Estado civil:** _____

A CUAL ES LA RAZÓN PRINCIPAL DE SU VISITA HOY? Embarazo Examen Ginecólogo Anual Problema de salud de Ginecología

Por favor describa el problema de Ginecología: _____ *Cuanto tiempo han tenido este problema de Ginecología:* _____

B Historial Ginecológico

Edad de el primer periodo: _____ **Fecha de comienzo del ultimo periodo menstrual:** _____ **Edad de Menopausia:** _____
Frecuencia: Normal Irregular **Longitud de Ciclo** (#días entre periodos): _____ **Duración del Ciclo**(#días de sangrando): _____
Flujo Menstrual: Ligero Moderado Pesado Coágulos **Cólicos:** Ninguno Leve Moderado Severo
Sexualmente Activo: Si No Previamente **Pareja:** Hombres Mujeres Ambos **Tipos de sexo:** Vaginal Oral Anal
Método Anticonceptivo: Píldoras Parche Anillo Inyección DIU Implante Ligadura de trompas Condones Ninguno Otros:
Fecha de ultimo Papanicolaou: _____ **Era Normal:** Si No **Cual anomalía:** _____
Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal: Si No **Cuando:** _____ **Que anomalía:** _____
Ha tenido alguna vez tratamiento para un Papanicolaou anormal: Si No **Cuando:** _____ **Que tratamiento:** _____
Fecha de la ultima mamografía: N/A _____ **Era Normal:** Si No

C Historial Obstétrico nunca he estado embarazada

(Enumere todos los embarazos en orden. Incluyendo abortos espontáneos, nacimientos prematuros, abortos, embarazos ectópico (tubario), etc.)

Embarazos		Nacidos a termino		Nacimientos prematuros		Abortos		Niños Vivos	
(# de cuantos embarazos)		(>37semanas)		(20-36semanas)		Abortos espontáneos			
Ectópico/Tubarico									
Mes/Día/Años	Duración del embarazo (decir: 40 semanas)	Horas en trabajo de parto	Peso al nacer (libras)	Sexo M/F	Tipo de Parto (Vaginal, cesárea, fórceps, aborto, etc.)	Epidural S/N	Lugar del parto o del aborto	Comentarios/Complicaciones	

Complicaciones del embarazo: **Diabetes** Si No **Hipertensión** Si No **Pre-eclampsia** Si No

D Medicamentos Actuales (Liste todos incluyendo hormonas, vitaminas, hierbas, medicamentos sin receta, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia (es decir, dos veces al día)	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia (es decir, dos veces al día)

E ALERGIAS **Comida:** Si No **Látex:** Si No **Medicamentos:** Si No (Si, si, liste todos y la reacción):

Esta información es confidencial y no será revelada a nadie sin su permiso

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____ **Edad:** ____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

F Antecedentes Por favor Verifique si usted o un pariente consanguíneo ha tenido cualquiera de los siguientes

M=Madre; F=Padre; B=Hermano; S=Hermana; GM= Abuela; GF=Abuelo; O = Otras(es decir, tía o tío)

	No	Si	Yo misma	Familia		No	Yes	Yo misma	Familia
1. Problemas de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			23. Miomas/ fibromas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			24. Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Problemas de espalda o articular artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			25. Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			26. Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Enfermedad autoinmune (lupus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			27. Ataque al Corazón enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			28. hepatitis/enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Infecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			29. Enfermedad hereditaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Problemas de sangrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			30. Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Coágulos sanguíneos en los pulmones, piernas (trombosis venosa profunda/ PE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			31. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			32. VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			33. Infecciones de riñón/ piedras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. cáncer – de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			34. Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. cáncer – cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			35. Infección pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. cáncer – colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			36. Enfermedad pulmonar/ neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. cáncer – de ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			37. Problemas digestivos/ reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16. cáncer – uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			38. Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17. cáncer – otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			39. Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18. Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			40. Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19. clamidia/gonorrea/sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			41. Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20. Depresión, ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			42. Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			43. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22. Epilepsia/ trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			44. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Para cualquier si, por favor indicar # y explicar:

G Cirugías/ hospitalizaciones(no incluya hospitalización de parto)

Año	Procedimiento o motivo de hospitalización	Año	Procedimiento o motivo de hospitalización

H HISTORIAL SOCIAL

Usted Fuma/ o ha fumado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	# paquetes/día	# años fumando	Cuando dejo de fumar?	Desea dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que bebes?	Con que frecuencia consume?	Cuanto bebe?	
Usted usa/ o ha usado drogas alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que sustancia?	Con que frecuencia?	Cuando dejo de usar?	Desea dejar de usar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

I **En caso de emergencia usted da su consentimiento a transfusión de sangre o productos sanguíneos? Si No

J INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

FELICIDADES

Como parte de su cuidado prenatal, favor de completar las formas adjuntas relacionadas a su cuidado prenatal y Análisis de Genética así mismo los otros consentimientos adjuntos relacionados a su cuidado de salud. Favor de recordar que estos formularios tienen que ser completados y regresados a nuestra oficina por los menos 1 semana

antes de su cita programada.



Para su conveniencia, puede hacer sus notas o preguntas en las lneas siguientes de esta hoja. Si usted tiene algunas preguntas, las podrá hacer el día de su cita.

Hoja de Trabajo de Obstetricia

1. ¿Ha tenido hijos con un defecto de nacimiento? SI NO
 2. ¿Alguien de ambos lados de la familia tiene defectos de nacimiento? SI NO
 3. ¿Hay alguna enfermedad que padece en su familia? SI NO
 4. ¿Alguien de ambos lados de la familia está mentalmente discapacitada? SI¹ NO
 5. ¿Alguien de ambos lados de la familia tiene X frágil, autismo, fallo ovárico prematuro o Atrofia Muscular Espinal? SI¹ NO
 6. Tú o el padre de tu bebé son de descendencia Judío Asquenazí, Francés-Canadiense o Cajun? SI^{2,3} NO
 7. Hay alguna posibilidad de que usted y el padre de su bebé tengan parentesco familiar? SI NO
 8. Usted o el papá del bebé son de descendencia Afro-Americana, Alguna vez se han hecho análisis para células falciformes? N/A SI⁴ NO
 9. Es usted de alguno de los siguientes descendientes? SI NO
- Africano^{4,5,6} Mediterráneo^{4,5,6,7} Asiático^{6,7} Asiático del Sudeste^{4,5,6} Antillano/Caribe^{5,6,7} Medio Oriente^{5,7} Hispano⁷
10. Alguna vez ha tenido varicela o recibido la vacuna contra la varicela? SI NO
 11. Si su bebé es un niño, le gustaría que le hicieran una circuncisión? SI NO
 12. Le gustaría más información sobre los bancos de sangre de cordón umbilical? SI NO
 13. Esta usted interesada en esterilizarte permanentemente después del nacimiento de su bebé? SI NO
 14. ¿Se ha expuesto a algún químico tóxico durante este embarazo? SI NO
 15. ¿Ha tenido algún tipo de enfermedad durante este embarazo? SI NO
 16. ¿Está usted bajo cuidado de otro proveedor para cualquier otro problema médico? SI NO

¹ Considere la prueba X Frágil, ² Considere la prueba de Tay-Sachs

³ Si ambos padres son Judíos Asquenazí considere la prueba del **Panel Ashkenazi** (enfermedad de Canavan, disautonomía familiar, Tay-Sachs), o **Panel completo Asquenazí** (Síndrome de Bloom, hiperinsulinismo familiar, anemia Fanconi, enfermedad del Gaucher, enfermedad por almacenamiento de glucógeno tipo I (enfermedad de Gierke), síndrome Joubert, enfermedad de la orina en jarabe de arce, Mucopolidosis tipo IV, enfermedad de Niemann-Pick, síndrome Usher)

⁴ Considere la prueba de anemia de células falciformes, ⁵ Considere la prueba de electroforesis de la hemoglobina, ⁶ Considere la prueba Alfa-Talasemia, ⁷ Considere la prueba beta-Talasemia

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

DetECCIÓN Prenatal y Consentimiento de Prueba

____(iniciales) Entiendo que hay múltiples exámenes opcionales de detección y diagnóstico disponibles para mí. He leído la información en el folleto "**Programa de Detección Prenatal de California**" (o me lo han leído) y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con estas pruebas y con las pruebas de detección de portadores.

____(iniciales) Entiendo que no todas las pruebas pueden estar cubiertas por seguros y si elijo realizar pruebas que no están cubiertas; *Soy responsable de los costos de esas pruebas.*

- **Pruebas de detección de portador:** (si usted ya ha tenido estas pruebas, no es necesario repetirlas, ya que estos resultados NO cambian)
 - a. *Fibrosis Quística (CF) (es ofrecido a todas las mujeres)* Si NO
 - b. *Atrofia Muscular Espinal (SMA) (es ofrecido a todas las mujeres)* Si NO
 - c. Síndrome de Frágil X Si NO
 - (Recomendado para mujeres con historial familiar de trastornos relacionados con frágil X, discapacidad intelectual inexplicable o desarrollo intelectual lento, autismo con discapacidad intelectual o mujeres que sufren de insuficiencia ovárica inexplicable)
 - d. *Enfermedad de Tay-Sachs (se recomienda para descendientes Judío Askenazí, Frances-Canadiense o Cajún)* Si NO
 - e. *Anemia de células falciformes (recomendado para descendientes Africanos, Mediterráneo o Asiático)* Si NO
 - f. *Alfa-Talasemia (recomendado para descendientes Africanos, Mediterráneo, Asiático, o del Caribe)* Si NO
 - g. *Beta-Talasemia (recomendado para Mediterráneos, Asiáticos, Medio Oriente, Hispanos, o del Caribe)* Si NO
- **Prueba(s) de Detección Prenatal:** (*seleccione solo uno*)
 - a. **Prueba Inicial Integrada Secuencial** [sección del folleto verde]
(Combina ultrasonido temprano especializado para translucidez de la Nuca Fetal (NT) con resultados de prueba de sangre de primer y segundo trimestres)
 - b. **Prueba Inicial Integrada del Suero** [sección del folleto azul]
(Combina los exámenes de sangre del primer y segundo trimestre)
 - c. **Prueba Inicial de Marcador de Cuádruple** [sección amarilla de folleto]
(Un análisis de sangre en el segundo trimestre)
 - d. NINGUNA de las pruebas de detección prenatal
- **Prueba(s) de Diagnóstico Prenatal:**
 - a. **Pruebas diagnósticas invasivas**(CVS, Amniocentesis) en lugar de análisis Si NO
 - b. **Prueba prenatal no invasiva (NIPT) (AND fetal libre de células)** Si NO

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

**INFORMACION DE BANCOS DE SANGRE DE CORDON
UMBILICAL**

El estado de California requiere a los proveedores de servicios de salud que informen a sus pacientes que van a ser padres sobre sus opciones de los bancos *de sangre de cordón umbilical*.

“La sangre del cordón es la sangre del bebé que permanece en el *cordón umbilical* y en la *placenta* después del parto. Esta sangre contiene *células* especiales que se denominan *células madre hematopoyéticas* que se pueden usar para tratar algunos tipos de enfermedades. La sangre del cordón umbilical se puede donar a un banco público para que la use cualquier persona que la necesite o conservarla en un banco privado (que a veces se le llama “banco familiar”) para el uso de su bebé o su familia.” (ACOG SP172)

He leído la información en el folleto "Programa de Detección Prenatal de California" (o me han leído) sobre **bancos de sangre de cordón umbilical**. *Entiendo perfectamente, y si deseo obtener información adicional sobre preservación de células madre de sangre del cordón umbilical, esta responsabilidad será única y totalmente mía.* _____(iniciales)

Nota: Algunos de nuestros proveedores pudieran tener contrato con algunas de las compañías de bancos de cordón umbilical y pudieran recibir pago por hacer los servicios de donación

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Notificación para exámenes de Drogas

Yo entiendo que, con el fin de garantizar la salud de mi bebé, mi orina o sangre pueden ser **analizadas para drogas** a la discreción de mi proveedor. ____ (iniciales)

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Cuestionario de TB Pulmonar

- | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1. Ha tenido alguna vez una prueba cutánea o prueba de sangre positiva de Tuberculosis? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 2. Alguna vez ha tenido una reacción severa a una prueba de TB? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 3. Alguna vez le han dicho que NO se puede hacer la prueba cutánea de TB? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 4. Ha tenido alguna vez una radiografía del tórax para una prueba de tuberculina positiva? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 5. Ha tomado medicamentos para la tuberculosis? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 6. <i>Si no naciste en los Estados Unidos, le han dado lavacuna BCG?</i> | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 7. Ha vivido o a estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 8. Ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante las <u>últimas 2 semanas?</u> | | | |
| a. <i>Tos</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| b. <i>Tos con Sangre</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| c. <i>Escupe Sangre</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| d. <i>Perdida de apetito</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| e. <i>Sudor Nocturno</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| f. <i>Fiebre</i> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____