



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

Nombre _____ Fecha: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Si usa otro nombre distinto a su nombre legal, por favor indíquelo aquí: _____

Dirección: _____ Apt./Condo #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

¿A qué número prefiere que se le llame? _____ Podemos dejarle mensaje: Sí No

Medio de comunicación que prefiere TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO TEXTO

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ SS #: _____ Sexo: _____

Raza _____ Etnia _____ Idioma _____

¿A quién viene a ver hoy?

- Charles Downey, MD Carol Norton, MD Elayna Brooks, MD Charmaine Gibson, MD
 Cori Poovey, NP Shirley Tran, NP

Nombre del asegurado/a (usted, cónyuge, padre, madre, etc.): _____

Fecha de nacimiento del asegurado/a: _____ SS #: _____

¿Dónde trabaja el asegurado/a?: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, notificar a: _____ Teléfono: _____

Relación con la paciente: _____ Otro número de tel.: _____

Farmacia de su preferencia: _____ Teléfono: _____

¿Cómo supo de nuestro consultorio? _____

Si fue referida, ¿quién la refirió? _____

Su médico de atención primaria o médico general: _____ Teléfono: _____

¿Tiene un testamento en vida o directriz anticipada: Sí No

Por favor, el día de la cita traiga consigo la tarjeta del seguro médico, su licencia de conducir o una identificación con foto y una tarjeta de crédito. Estos documentos son necesarios para tramitar con la compañía de seguros el pago de nuestros servicios.

AVISO: Las citas se reprogramarán por las siguientes razones:

- La paciente llega a la cita con más de 15 minutos de atraso.
- La paciente no puede pagar el costo de la visita.
- La paciente llega con niños (excepto bebés recién nacidos) que necesitan ser supervisados por nuestro personal.
- Para que el personal pueda manejar mejor el volumen de pacientes o como una cortesía a las pacientes.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

Nombre _____ Edad _____ Última menstruación _____

Razón de su visita _____

¿Tiene actualmente problemas de (por favor, encierre sus respuestas en un círculo)?:

Piel:	Acné	Verrugas	Hematomas	Salpullido ¿Dónde?: _____
Vista:	No usa lentes	Usa lentes	Usa contactos	Cirugía láser
Audición:	Usa audífono	No usa audífono	Deficiencia auditiva	
Menopausia:	Calores	Irritabilidad	Sudoración nocturna	Resequedad vaginal
Mamas:	Dolor	Masas	¿Se auto-examina las mamas mensualmente?	Sí No A veces
Corazón:	Palpitaciones	Dolor en el pecho		
Pulmones:	Tos	Dificultad para respirar con poca actividad		
Intestinos:	Constipación	Diarrea	Náusea	Vómitos Sangrado rectal
Sist. Urinario:	Frecuencia	Urgencia	Ardor	Dolor Incontinencia
Vagina:	Picazón	Ardor	Secreción	Olor
Peso:	Estable	Aumentó	Disminuyó	¿Cantidad el último año? _____ lb.
Psiquiátricos:	Síndrome premenstrual	Depresión	Ansiedad	Cambios de humor Insomnio
Neurológicos:	Dolor de cabeza	Mareos		
Huesos/músculos:	Dolor en las articulaciones	Dolor muscular	¿Dónde? _____	

Historial de su menstruación: Histerectomía Menopausia
 Si todavía menstrua: ¿Cada cuántos días? _____ ¿Cuántos días le dura? _____
 Problemas actuales con su menstruación: Sangrado excesivo Dolor Coágulos Sangrado entre periodos

Fecha de su último Papanicolau: _____ Normal Anormal

Fecha de su última mamografía (si aplica) _____ **¿Dónde?** _____

Sexualmente activa: Sí No actualmente Nunca ¿Alguna preocupación? Dolor Sangrado Resequedad
 Parejas sexuales Hombres Mujeres Ambos

Método anticonceptivo: Innecesario Ninguno Condón Píldora/Parche/Anillo
 Inyección Ligadura de tubos Dispositivos intrauterinos Vasectomía Otro

Médico de atención primaria (PCP): _____
 ¿Podemos intercambiar información médica con su médico? Sí No

Historial obstétrico:
 ¿Cuántos embarazos? _____ ¿Cuántos partos? _____
 ¿Cuántos hijos vivos? _____
 Tipo de parto: Cesárea - ¿Cuántas? _____ Parto vaginal - ¿Cuántos? _____ Bebé más pesado: _____ lb. _____ oz.
 Alguna vez ha tenido (en caso afirmativo, por favor especifique cuántas veces):
 Aborto espontáneo: _____ Embarazo ectópico: _____ Terminación del embarazo: _____



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

Historial ginecológico

Por favor, indique si alguna vez se ha sometido a alguno de los siguientes procedimientos y en qué año:

Histerectomía: Abdominal Vaginal Ovarios removidos Año _____
Laparoscopia para: Ovario Dolor pélvico Endometriosis Otro Año _____
Ligadura de tubos: Laparoscópica Histeroscópica Posparto Año _____
Mamas: Implantes (debajo o encima del músculo) Reducción Biopsia Año _____
Útero/cérvix: Escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) Cono cervical
 Crioterapia (congelamiento) Dilatación y Curetaje Año _____
Otros procedimientos ginecológicos (por favor, indique):

¿Alguna vez ha tenido un examen de Papanicolaou anormal? Sí No
Año del Papanicolaou anormal: _____
Tratamiento: Repetición del examen Colposcopia / biopsia Crioterapia LEEP / cono Otro
¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? _____
Si está en la menopausia, ¿qué edad tenía cuando tuvo su última menstruación? _____
Enumere los métodos anticonceptivos o terapia de reemplazo hormonal que ha utilizado en el pasado:

Número de parejas sexuales masculinas que ha tenido: 0 1 - 4 5 - 10 11 - 20 > 20

INFECCIONES: ¿Tiene actualmente o ha tenido alguna de las siguientes (por favor, indique el año)?
 Clamidia Gonorrea Verrugas Virus del Papiloma Humano (VPH)
 Tricomonas Sífilis Herpes (¿cuántas erupciones al año? _____)

¿Tiene antecedentes de abuso físico o sexual o problemas en su relación actual? Sí No

Historial médico: (hipertensión, diabetes, asma, heridas, transfusiones de sangre, etc.)

Diagnóstico	Fecha	Médico
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Cirugías no ginecológicas (Colonoscopia, vesícula biliar, apéndice, etc.)

Cirugía	Fecha	Diagnóstico
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

Vacunas (indique la fecha)

Tétano _____ Hepatitis B _____ VPH (Gardasil) _____

Alergias a medicamentos: (sulfa, penicilina, miacina, etc.)

Medicamento	Reacción (picazón, dificultad para respirar, urticaria, etc.)

¿Es alérgica a: Yodo Maní Látex?

Medicamentos actuales:

Medicamento	Fecha	Dosis	Diagnóstico
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

Vitaminas: Ninguna Calcio Multivitaminas Vit B Vit C Vit E Vit A Hierro Otras:

Medicamentos sin receta médica: _____

Suplementos herbales / naturales: _____

Historia social:

Ocupación: _____

Educación (encierre en un círculo): Secundaria Universidad Postgrado Otro _____

Estado civil: Soltera Comprometida Casada Viuda Separada Divorciada

Vive con: Sola Familia Compañero/a de cuarto Esposo Prometido Otro

Tipo de dieta: Regular Baja en grasa / Carbohidratos / Colesterol Diabética Vegetariana Otra

Hace ejercicios: No Sí

Tipo: Cardio Pesas Otro _____ # de días a la semana: _____

Fuma: No Sí Cuánto: _____ paquete(s) al día por _____ años

Fumaba: No Sí Cuánto: _____ paquete(s) al día por _____ años.

Año en que dejó de fumar: _____

Alcohol: No Sí _____ (#) cada día semana mes año

Cafeína: No Sí Cantidad al día: _____

Usa drogas: No Sí Tipo y frecuencia: _____

¿Tiene preparado un testamento de vida (directriz anticipada)? Sí No

Historia familiar:

Madre: Vive Falleció (Causa: _____)

Padre: Vive Falleció (Causa: _____)



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

Enfermedad:	Maternal	/	Paternal	Familiar
Cáncer de mama	M		P	_____
Cáncer uterino	M		P	_____
Cáncer de ovario	M		P	_____
Cáncer de colon	M		P	_____
Osteoporosis	M		P	_____
Coágulos	M		P	_____
Ataque cardíaco	M		P	_____
Presión alta	M		P	_____
Colesterol alto	M		P	_____
Derrame	M		P	_____
Diabetes	M		P	_____
Problemas de tiroides	M		P	_____
Depresión	M		P	_____
Defectos congénitos / de nacimiento		M		P
Otro _____				

Preventivos	Fecha	Médico que ordenó el examen
Examen de sangre		
Densitometría ósea		

Si al hacerse un examen de rutina el resultado es "anormal", es posible que haya que realizar exámenes adicionales que seguramente estén sujetos al deducible de su seguro. Esto incluye exámenes que se hacen en su "visita anual".

***Normalmente hacemos la prueba de Clamidia junto con el examen de Papanicolaou si la paciente tiene 25 años o menos, conforme a las recomendaciones de ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists).**

****Normalmente hacemos la prueba para detectar el Virus del Papiloma Humano (VPH) junto con el examen de Papanicolaou cada tres años si la paciente tiene 30 años o más, conforme a las recomendaciones de ACOG y de la Sociedad Americana de Cáncer.**

¿Está interesada en hacerse exámenes para detectar enfermedades de transmisión sexual? (Es recomendable que antes de hacerse los exámenes llame a su compañía de seguros para verificar la cobertura) Sí No

¿Tiene alguna preferencia en cuanto al laboratorio donde se hará el examen de sangre? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál laboratorio? *LabCorp* *Quest*

Firma: _____

Fecha: _____



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO

***El siguiente es un consentimiento general para recibir cualquiera de los servicios médicos que ofrece este consultorio, es decir, examen de mamas, pélvico, Papanicolaou. Si su plan de tratamiento requiere procedimientos adicionales, se le pedirá su consentimiento específico para esos procedimientos.*

*El consentimiento que leerá a continuación fue redactado por la Asociación Médica de Texas y exige que todos los médicos obtengan el consentimiento de sus pacientes para recibir tratamiento. ***

"Yo, consciente de que tengo una condición que requiere de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, por este medio doy voluntariamente mi consentimiento para que se me someta a tales tratamientos y para recibir cualquier servicio médico o quirúrgico de acuerdo con las indicaciones generales y específicas de las doctoras de Women's Health Associates of Richardson, sus asistentes, o la persona que ellas asignen, según lo estimen necesario.

También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que Women's Health Associates of Richardson no me ha dado ninguna garantía del resultado de los tratamientos o exámenes que se me practiquen".

--Asociación Médica de Texas.

Asignación de los beneficios del seguro

Por este medio autorizo el pago directo de los beneficios médicos/quirúrgicos a Women's Health Associates of Richardson por los servicios que me brinden en persona o bajo su supervisión. Entiendo que soy responsable de todos los cargos o de cualquier saldo que mi aseguradora no cubra.

Autorización para divulgar información

Por este medio autorizo a Women's Health Associates of Richardson para que divulgue cualquier información médica o incidental que sea necesaria para mi cuidado médico o para procesar el pago por los servicios médicos que reciba.

Medicare/Medicaid

Certifico que la información que he dado para solicitar el pago es correcta. Autorizo la divulgación de mi expediente médico cuando sea solicitado. Pido que el pago de mis beneficios se haga a Women's Health Associates of Richardson, el Dr. Charles Downey, la Dra. Carol Norton. La Dra. Elayna Brooks, o la Dra. Charmaine Gibson.

La fotocopia de estos documentos será tan válida como su original.

Nombre de la paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre / Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

POLÍTICA FINANCIERA

En Women's Health Associates of Richardson estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Que usted comprenda perfectamente sus responsabilidades financieras es esencial para la atención y el tratamiento que reciba. Si tiene alguna duda acerca de la política que describimos a continuación, por favor, no dude en preguntarnos.

Con respecto a los planes de seguros en los que participamos, la porción predeterminada de los cargos que usted debe pagar de acuerdo con su aseguradora, debe ser cancelada **al momento de la cita**. Para su conveniencia, aceptamos VISA, MasterCard y Discover. **Mantenemos en nuestros archivos una copia de su tarjeta de crédito que será utilizada para pagar cualquier saldo en su cuenta que tenga más de 30 días**. Al firmar este documento, usted nos autoriza a usar su tarjeta de crédito para tal fin.

Su seguro

Nosotros hemos hecho arreglos previos con muchas compañías de seguros y otros planes de salud para ofrecer una serie de beneficios. Nosotros le cobramos a los planes con los que hemos hecho arreglos previos y solo le exigiremos a usted pagar el co-pago autorizado al momento de recibir los servicios médicos.

Si usted está cubierta por un seguro con el cual nosotros no hemos hecho un acuerdo previo, usted deberá pagar el costo total de la consulta al momento de recibir los servicios, y le daremos los documentos necesarios para que usted solicite el reembolso a su aseguradora.

Nosotros nos esforzamos por cumplir con los requisitos establecidos por su aseguradora. Sin embargo, cada contrato es diferente. Si usted no nos informa de algún requisito especial en su plan y en consecuencia le brindamos un servicio o tratamiento que la aseguradora decide no pagar, no nos queda otra opción más que cobrarle a usted directamente por esos servicios. Nosotros hacemos todo lo posible por solicitar el pago a la aseguradora. Lamentablemente, si no recibimos el pago en un máximo de 60 días, usted será responsable de pagarnos. Por lo tanto, exhortamos a nuestras pacientes a que ayuden a que sus aseguradoras nos paguen.

Si su cobertura de seguro cambia, usted es responsable de notificarnos por lo menos 48 horas antes de su próxima cita. De no hacerlo, es posible que deba posponer la cita.

Pacientes menores de edad

En el caso de los servicios brindados a pacientes menores de edad, acudiremos al acompañante adulto y al padre acudiente o guardián para el pago. No divulgaremos información confidencial al padre o guardián sin el consentimiento verbal y escrito de la menor.

Cambio de cita

Por favor llámenos lo más pronto posible si sabe que va a tener que cambiar la fecha de su cita. **Se le aplicará un recargo de \$25 o \$50 si no nos avisa con 24 horas de anticipación.**

Si su cuenta es remitida a una agencia de cobros por falta de pago, usted será responsable de todos los gastos que resulten de esta acción.

He leído y comprendido la política financiera de este consultorio y acepto respetar sus términos. También comprendo y acepto que el consultorio podrá modificar dichos términos de tiempo en tiempo.

Firma de la paciente o persona responsable

Fecha

Firma de la persona co-responsable

Nombre de la paciente (en imprenta)

Fecha de nacimiento



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON
Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

**ACUSO DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y REVISIÓN DE LAS RESTRICCIONES
SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL**

He recibido y leído **este Aviso sobre Prácticas de Privacidad** de Women's Health Associates of Richardson (WHAR), el cual explica cómo se utilizará y divulgará la información sobre mi salud, es decir, mi información médica. Además, he recibido una copia de este **Acuso de Recibo del Aviso sobre Prácticas de Privacidad**. Puedo incluir los nombres de la(s) persona(s) -- amigos, familiares, cónyuge, etc. — que quiero que tengan acceso a mi información médica. Entiendo que mi médico general tendrá acceso a mi información por medio del portal electrónico de Women's Health Associates of Richardson, a menos que yo indique lo contrario en este documento.

Al firmar este documento, confirmo que he leído el aviso de sobre las Prácticas de Privacidad de WHAR e identifico a las personas que, aparte de mí, pueden tener acceso a mi información médica.

- ¿Cuál es su ciudad de nacimiento? _____ . (Usted o cualquiera que llame por usted deberá contestar esta pregunta. Esta medida de seguridad tiene el fin de garantizar la privacidad de la paciente y a la vez permitimos brindar información personal por teléfono).
- No quiero que nadie tenga acceso a mi información médica. Yo soy la única persona que debe tener acceso a esta información.
- Acuerdo y acepto que “mi esposo solamente” tenga acceso a mi información médica.
- La paciente tiene menos de 18 años de edad y comprende que su representante legal tiene acceso a su información médica y que su representante legal firma este documento.
- Quiero que la/s persona/s que menciono a continuación tengan acceso a mi información:
Nombre: _____ Relación: _____
Nombre: _____ Relación: _____
- No quiero que mi médico general tenga acceso a mi información.
- Es aceptable que me dejen mensajes detallados en el siguiente número de teléfono:
(_____) _____ Casa Trabajo Celular

Nombre de la paciente (en letra imprenta)

Firma de la paciente **SI NO ES MENOR DE EDAD**

Firma del representante legal/personal **SI LA PACIENTE ES MENOR DE EDAD**

Relación del representante legal/personal con la paciente

Fecha:



WOMEN'S HEALTH ASSOCIATES
of RICHARDSON

Obstetrics and Gynecology

Charles Downey, MD / Carol Norton, MD / Elayna Brooks, MD / Charmaine Gibson, MD

Autorizo a esta clínica a tener acceso a mi historial de recetas médicas.

Nombre de la paciente (en imprenta)

Fecha

Firma de la paciente

El resto de este formulario es opcional.

Estamos obligados a hacerle las siguientes preguntas para cumplir con los requisitos federales de los expedientes médicos electrónicos.

IDIOMA PRINCIPAL: _____

ETNIA :

Hispana o Latina

No Hispana o Latina

RAZA:

Amerindia u oriunda de Alaska

Asiática

Negra o Afro-Americana

Oriunda de Hawai o de otra isla del Pacífico

Blanca