

Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC

Información Importante Para Nuestros Pacientes

Horario de consulta

Nuestro consultorio permanece abierto de 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a viernes.

Información e identificación del paciente

En cada visita, los pacientes deberán presentar una identificación válida con fotografía y su tarjeta actual del seguro. Los pacientes deberán notificar oportunamente al consultorio por escrito sobre cualquier cambio en su información demográfica y/o información del seguro. En caso de que no notifique a Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC (MFMofMD) cualquier cambio que se presente, podría resultar en que el paciente sea responsable por las cuotas en su totalidad derivadas de los servicios ofrecidos.

Confirmación/cancelación de citas

Se le enviará un recordatorio automatizado tres días laborales antes de su cita programada de acuerdo a su preferencia (por llamada o texto). Si usted requiere cancelar o cambiar una cita, requerimos de una notificación con 24 horas de antelación. Si no se presenta una notificación con 24 horas de antelación, resultará en una cuota de \$75 por cita por concepto de cita perdida directamente para usted, no para su empresa de seguros. La cuota por concepto de cita perdida deberá pagarse antes de volver a programar una cita. En caso de haber varias citas perdidas resultará en que usted sea despedido por parte del consultorio.

Visitantes

Su cónyuge, persona de apoyo o amigo es bienvenido para que lo acompañe a su cita. Sin embargo, por favor tome en cuenta que nuestros cuartos de examen y nuestras salas de espera tienen un espacio reducido. Si usted se hace acompañar de más de dos visitantes, por favor comprenda que es posible que no podamos acomodar a todos los visitantes en el cuarto de examen. Si es necesario que traiga a niños pequeños con usted, por favor hágase acompañar de otro adulto que los pueda supervisar durante su examen. Supervisión inadecuada puede resultar en la incapacidad de nuestro personal para completar el examen.

Fotografía y grabación de videos

Para garantizar la confidencialidad y la privacidad, está estrictamente prohibido cualquier tipo de grabación electrónica. Esto incluye, pero no se limita a los siguientes dispositivos: teléfonos celulares, cámaras digitales, videocámaras, laptops, etc. Las imágenes del ultrasonido se pueden proporcionar a usted bajo solicitud.

Proveedores de seguro

Usted podrá encontrar una lista de las empresas de seguros con quienes participamos en nuestro sitio web y está disponible para usted bajo solicitud. Para los titulares de un seguro participante, nosotros enviaremos los reclamos directamente a su plan en su nombre. Usted, el paciente, es responsable por el pago del deducible correspondiente, y el monto por coaseguro o copago según se determine por la empresa de seguros. Los copagos y los saldos pendientes de pago deberán pagarse al momento del servicio antes de su cita. Cualquier otra responsabilidad adicional del paciente establecida por la empresa de seguros en la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) deberá realizarse inmediatamente después de su recepción. Si su seguro médico a sido cancelado no importando la razón, el paciente será responsable en su totalidad por todo balance que a quedado. El paciente es también responsable por el conocimiento y entendimiento de su beneficio médico.

Continuado

Para los titulares de un seguro con el que no participamos, nosotros enviaremos los reclamos directamente a su plan en su nombre. Sin embargo, una vez que el proveedor de seguros pague el reclamo, usted será responsable de cualquier saldo no pagado.

Autorización de referencia/certificación previa

Debido a que muchas empresas de seguros solicitan autorizaciones de referencia y certificaciones previas para servicios especializados, le pedimos por favor que se familiarice con los requerimientos de su empresa de seguros. Si nuestra oficina no ha recibido la autorización correspondiente antes de su cita con nosotros, su cita deberá volverse a programar. Si su empresa de seguros rechaza un reclamo por falta de autorización previa, es su responsabilidad financiera el pagar los honorarios en su totalidad. Por favor tome en cuenta que muchos médicos de atención primaria requieren de una notificación con de 4 días por adelantado, a fin de proporcionar la autorización.

Opciones de pago

El pago se debe realizar en el momento en que los servicios se proporcionen. Aceptamos pagos en efectivo, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Nuestros servicios de facturación son provistos por Healthcare Data Management. Para cualquier pregunta o dudas relacionadas con su cuenta, contacte directamente a HDM al teléfono: 1-866-869-6132

Cobranza

Las cuentas de los pacientes que presenten adeudos pendientes se turnarán a una agencia de cobranza. En caso de incumplimiento el paciente acuerda además de pagar los cargos razonables por cobranza y/o honorarios de abogados y/o costos judiciales.

Registros médicos

Todas las solicitudes para obtener copias de los registros médicos deberán ser presentadas por escrito. Se deberá recibir en nuestra oficina la cuota por registros médicos de acuerdo a la Ley de Salud General de Maryland antes de que se proporcione el registro.

Certifico que entiendo y estoy de acuerdo con los términos arriba establecidos:

Firma del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente

Fecha de nacimiento

Iniciales del representante de MFMofMD: _____

LIBERACIÓN Y ASIGNACIÓN

Yo, _____, por medio del presente, autorizo a Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC, a proporcionar a mi(s) plan(es) de seguro, toda la información relacionada con mi enfermedad y tratamiento y asimismo asigno a Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC, todos los pagos por los servicios médicos provistos para mi persona y/o mis dependientes. Entiendo que soy totalmente responsable por cualquier monto que NO sea cubierto por mi plan de seguros.

Firma del paciente

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Yo, _____, por medio del presente, autorizo a Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC, a liberar toda y cualquier información relacionada con mi historial médico pasado y presente, diagnósticos y tratamientos a mi médico referente (ginecólogo obstetra), a cualquier otro médico de atención primaria o a un especialista que me estará tratando durante mi enfermedad y tratamiento en la MFMofMD. Entiendo que mis registros no relacionados con mi enfermedad y tratamiento NO serán liberados.

Firma del paciente

Fecha

RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA PRIVADA

Yo, _____, he recibido de la Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC, una copia de la notificación de las Prácticas Privadas.

Firma del paciente

Fecha

EL CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA

Con el fin de cumplir con la Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) Bloodborne Reglamento de patógenos y la Ley del Estado de Maryland, estamos solicitando su consentimiento a someterse a pruebas de sangre para los patógenos transmitidos por la sangre (hepatitis B, la hepatitis C y VIH) en caso de que ocurra una exposición (lesiones por pinchazos , salpicadura de la sangre) a uno de los empleados. Las pruebas se hará sin costo alguno para usted. Toda la información sobre la exposición es confidencial.

Firma del paciente

Fecha

Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC

Autorización Para Discutir La Información Médica

Por la presente autorizo a usar o divulgar la información específica que se describe a continuación, únicamente para los fines y los partidos también se describen a continuación (por ejemplo: cónyuge, padre, amigo)

Descripción de la información específica a tratar:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fechas de Citas/Tiempos | <input type="checkbox"/> Diagnostico: | <input type="checkbox"/> Medicamento |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Laboratorio/Resultados | <input type="checkbox"/> Resumen de Registros Medico | <input type="checkbox"/> Plan de Cuidad |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ | | |

Indique la información confidencial (especificar):

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información que debe darse a: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Esta autorización tendrá vigencia desde la fecha de la firma de abajo hasta que (por favor marque uno) :

_____ (especificar la fecha o evento de vencimiento)

NO FECHA DE VENCIMIENTO

Entiendo que:

- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o revelada.
- Puedo revocar esta autorización por escrito poniéndose en contacto con su oficina—atención: Administrador.
- Esta autorización está dando MFMOFMD el derecho a hablar de mi información médica la una o más personas que figuran más arriba.
- Información utilizada o revelada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no estar protegidos por la HIPAA.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y que no voy a condicionar el tratamiento o el pago de mi prestación de esta autorización (excepto en la medida en que la autorización es para el tratamiento relacionado con la investigación , en cuyo caso puede negarse a proporcionar ese tratamiento relacionado con la investigación).

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Apellido:		Nombre:			Inicial:	
Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Ocupación:		Empleador	
Dirección:		Departamento número:		Ciudad, estado, código postal:		
Correo electrónico:		Estado civil (marque un círculo alrededor de su respuesta):				
		S	C	D	V	Otro
Teléfono celular:		Teléfono del trabajo:			Teléfono de casa:	

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (FACTURAR A)

(En caso de ser el paciente, déjelo en blanco. Si el paciente es menor de 18 años de edad, por favor complete con la información del padre/tutor)

Apellido:		Nombre:			Inicial:	
Calle:		Departamento número:		Ciudad, estado, código postal:		
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:		Número telefónico de contacto:		

INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Ginecólogo obstetra referente:		Teléfono del consultorio:				
		Fax de la oficina:				
Médico de atención primaria:		Teléfono del consultorio:				
		Fax de la oficina:				

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario:		Se requiere referencia (marque un círculo alrededor de su respuesta):				
					Sí:	No:
Nombre del titular:			Número de póliza:		Número de grupo:	
Fecha de cumpleaños:		Número de seguro social:			Contacto:	
Profesión:			Empleador:			
Relación del paciente con el asegurado:	Misma persona	Cónyuge	Hijo	Otra:	Fecha de validez:	
Seguro secundario (en caso de que aplique):		Se requiere referencia (marque un círculo alrededor de su respuesta):				
					Sí:	No:
Nombre del titular:			Número de póliza:		Número de grupo:	
Fecha de cumpleaños:		Número de seguro social:			Contacto:	
Profesión:			Empleador:			
Relación del paciente con el asegurado:	Misma persona	Cónyuge	Hijo	Otra:	Fecha de validez:	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número del contacto por emergencia:		Relación con el paciente:		Número telefónico de contacto:	
-------------------------------------	--	---------------------------	--	--------------------------------	--

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento _____ N.º SS: _____
Obstetra: _____ Farmacia Preferida / Teléfono: _____
¿Es usted alérgico al látex? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, describa: _____

HISTORIA DE OBSTETRICIA:

Último periodo menstrual: _____ N.º de embarazos: _____

Parto vivo	Fecha	Peso	A término	M/F	Vaginal/Cesárea	Complications (if any)
1						
2						
3						
4						

Aborto: Fecha(s) y semana(s): _____

Interrupción(es): Fecha(s) y semana (s) _____

Tipo sanguíneo (rodear): A: _____ B: _____ AB: _____ O: _____ RH positive: _____ RH negative: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

¿Ha tenido/sufrido alguna vez...?	Sí	No	Comentarios (si cualquier) (Por favor limitar la respuesta a 60 caracteres)
Anemia			
Artritis			
Asma			
Problemas de espalda			
Coágulos sanguíneos			
Transferencias de sangre			
Cáncer			
Depresión			
Diabetes			
Problemas/soplos cardiacos			
Hepatitis			
Hipertensión arterial			
Lupus/trastornos autoinmunitarios			
Migrañas			
Ataques convulsivos			
Enfermedades de transmisión sexual			
Cirugías (OB/GYN)			
Problemas de tiroides			
Otras afecciones médicas			

Durante su embarazo, ¿ha fumado cigarrillos? Sí _____ No _____

Durante su embarazo, ¿ha bebido alcohol? Sí _____ No _____

¿Toma medicamentos actualmente (con receta y de venta libre)? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuáles y qué dosis? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, indíquelos: _____

Fecha: _____ Revisada por: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre: _____ Nombre de la pareja: _____ Edad: _____
 Su fecha de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento de la pareja: _____
 Religión (suyo y el de su pareja): _____
 Origen étnico (suyo y el de su pareja): _____
 ¿Alguna vez usted o su pareja se han sometido a un análisis genético? Sí _____ No _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Usted, su pareja, sus hijos o algún miembro de su familia ha padecido de las siguientes condiciones?

	Sí	No	¿Quién? Por favor explique
Autismo			
Ceguera			
Desórdenes óseos o estatura baja			
Cáncer de inicio temprano (antes de los 45 años de edad)			
Coágulos de sangre			
Anomalías cromosómicas			
Labio leporino y/o paladar hendido			
Enanismo			
Fibrosis quística			
Sordera			
Síndrome de Down			
Epilepsia/trastorno convulsivo			
Anomalías genitales			
Deficiencia cardíaca (cuando era menor de edad)			
Hemofilia/ trastorno hemorrágico			
Enfermedad de Huntington			
Hidrocefalia (líquido/agua en el cerebro)			
Infertilidad			
Muerte infantil			
Abortos múltiples- más de 2			
Preeclampsia			
Defectos renales			
Defectos en las extremidades			
Enfermedad psiquiátrica			
Discapacidad Intelectual			
Distrofia muscular			
Neurofibromatosis			
Anemia drepanocítica/talasemia			
Espina bífida/anencefalia			
Mortinato			
La muerte súbita			
Otras condiciones médicas			

Sheri L. Hamersley, M.D., FACOG

Maternal-Fetal Medicine Associates of Maryland, LLC

10110 Molecular Drive, Suite 218

Rockville, Maryland 20850

Phone: (301) 315-2227

Fax: (301) 315-2169

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UN ULTRASONIDO

Su médico ha solicitado que usted se someta a un procedimiento diagnóstico conocido como ultrasonido. Dicho de manera sencilla, este procedimiento implica la transmisión de ondas acústicas que rebotan en su útero y feto, y el cual será monitoreado y grabado en video o filmado a fin de obtener información relativa a su embarazo. Este examen se considera de muy poco riesgo para usted y el feto.

El examen de ultrasonido estándar toma para realizarse aproximadamente de 10 a 30 minutos y puede proporcionar información acerca de la ubicación de la placenta, la posición fetal, gestación múltiple, edad aproximada de la gestación y la presencia posible de ciertas malformaciones fetales significativas. Sin embargo, esta prueba no es definitiva para la ausencia de malformaciones fetales, y a pesar de una interpretación normal de la prueba, algunos bebés nacen con anomalías que no son identificadas por el médico examinador durante el estudio por ultrasonido. Por lo tanto, a pesar que la ultrasonografía es una herramienta de diagnóstico útil, no determina categóricamente la ausencia de defectos fetales. Asimismo, este tipo de examen se realiza antes de hacer una amniocentesis genética.

Si usted tiene alguna duda respecto a la ultrasonografía, por favor consulte a su médico referente antes de someterse al tratamiento. Usted deberá firmar este documento antes de realizarse el examen por ultrasonido, reconociendo así que: HE LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO, Y SOY CONSCIENTE DE LOS RIESGOS INVOLUCRADOS.

Firma del paciente

Fecha

Nombre impreso del paciente

Firma y fecha del representante
de MFMOFMD



DECLARACIÓN OFICIAL DEL INSTITUTO AMERICANO DE ULTRASONIDO EN LA MEDICINA

**Seguridad clínica
Aprobada el 11/28/2006**

El ultrasonido de diagnóstico se ha usado desde finales de la década de 1950. Debido a sus beneficios conocidos y eficacia reconocida para el diagnóstico médico, incluyendo su uso durante el embarazo humano, el Instituto Americano de Ultrasonido en la Medicina, por este conducto aborda la seguridad clínica de dicho uso:

No existen efectos biológicos confirmados, causados por la exposición a los instrumentos actuales de diagnóstico por ultrasonido, en los pacientes o en los operadores de la instrumentación. Aunque existe la posibilidad de que dichos efectos biológicos se identifiquen en el futuro, los datos actuales indican que los beneficios para los pacientes derivados del uso prudente del ultrasonido de diagnóstico superan los riesgos que pudieran presentarse.