

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Seguro Social # \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 (Marque uno)  Empleado  Jubilado  Estudiante  
 Otros \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_  
 Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  
 Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Teléfono residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Número de farmacia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Médico de Cabecera \_\_\_\_\_  
 Referido por \_\_\_\_\_  
 Idioma principal \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** proporcione su tarjeta de seguro y licencia de conducir a la *repcionista*

Seguro Primario \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_  
 Póliza# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_  
 Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Permito que el médico/personal deje mensajes/fax resultados en:  Home  Work  Cell  Fax  None  
 Autorizo a FemCare Ob-Gyn, LLC a divulgar cierta información de salud protegida (PHI) sobre mí a las partes que se enumeran a continuación:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**Tarifas e información de seguros**

Todas las tarifas se pagan en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguros y los términos del contrato varían de acuerdo con los términos de la póliza. El pago final de todos los cargos es responsabilidad del paciente y si es necesario que esta cuenta se entregue a un abogado o agencia de cobranza, autorizo a dicho abogado a obtener mi informe de crédito y entiendo que seré responsable de cualquier cargo incurrido, incluidos los honorarios razonables de abogados, los costos judiciales y los gastos de cobro.

**Notificación de seguro de negligencia**

Hemos elegido no tener seguro de negligencia médica ni demostrar responsabilidad financiera. Sin embargo, acordamos satisfacer cualquier juicio adverso hasta los montos mínimos de conformidad con S.458.320 (5) (g). La Ley de Florida impone sanciones contra los médicos no asegurados que no satisfagan los juicios adversos que surjan de reclamos de negligencia médica. Este aviso se proporciona de conformidad con la Ley de Florida.

**Liberación y asignación del médico**

Por la presente, autorizo el pago directamente a FemCare Ob-Gyn, LLC ("Médico") de todos los beneficios aplicables y pagaderos a mí de mi compañía de seguros u otro tercero pagador, por los servicios prestados por el Médico. Entiendo que soy financieramente responsable ante el médico por todos y cada uno de los cargos que el transportista se niegue a pagar. Por la presente, autorizo la divulgación de mis registros médicos según se considere necesario para el pago de los beneficios.

**Reconocimiento HIPAA**

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Regla Federal de Privacidad hipaa.

**Consentimiento para tratar**

Al firmar a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para el tratamiento por parte de los médicos y otros proveedores de atención médica de FemCare Ob-Gyn, LLC, incluida la realización de un examen médicamente necesario que incluye, entre otros, un examen pélvico.

Firma del paciente/garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



FEMCARE OB-GYN, LLC  
Geoffrey N. James, M.D.  
Jason S. James, M.D.  
Jila Senemar, M.D.  
Karen Salazar Valdes, M.D.  
Ingrid Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
7800 S.W. 87th Avenue, Suite A-120  
Miami, Florida 33173  
Telephone (305) 412-6004  
Fax (305) 412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)

Estimado paciente,

Como médicos de salud de la mujer, nuestro objetivo principal es mantenerlo saludable y prevenir enfermedades, especialmente el cáncer. Al mismo tiempo, queremos minimizar sus molestias y evitar la realización de pruebas y procedimientos innecesarios.

Con eso en mente, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) y el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos han actualizado sus recomendaciones para la detección del cáncer de cuello uterino en 2013. Implementaremos estas recomendaciones para brindarle la atención más completa y actualizada posible. Las nuevas recomendaciones son las siguientes:

- Comience a realizar pruebas de Papanicolaou a los 21 años
- Entre las edades de 21-65 años, *en individuos de bajo riesgo*, prueba de Papanicolaou y prueba de HPV cada 3 años
- Dejar de realizar pruebas de Papanicolaou después de los 65 años o después de la histerectomía, excepto en pacientes con antecedentes de displasia/cáncer cervical

Estas pautas se aplican solo a las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. La prueba de Papanicolaou es solo una pequeña parte de su visita anual de detección preventiva. Es fundamental que continúe siendo atendida cada año para un examen de mama y pelvis para detectar cánceres de mama, vulva y ovario, entre otras afecciones médicas. Un examen anual es la ÚNICA manera de garantizar que varias afecciones médicas se detectan en una etapa temprana y tratable.

Tenga en cuenta también que realizar pruebas de Papanicolaou fuera de este horario recomendado puede resultar en que su proveedor de seguros se rebale a cubrir sus costos.

No dude en preguntar a su médico o proveedor de salud si tiene alguna pregunta. Siempre estamos disponibles para ayudarlo a tomar las decisiones mejor informadas sobre su salud.

FemCare Obstetra-Ginecólogo

Por favor, acuse recibo de esta notificación:

Imprimir nombre

Firma del paciente

Fecha



FEMCARE OB-GYN, LLC  
Geoffrey N. James, M.D.  
Jason S. James, M.D.  
Jila Senemar, M.D.  
Karen Salazar Valdes, M.D.  
Ingrid Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
7800 S.W. 87th Avenue, Suite A-120  
Miami, Florida 33173  
Telephone (305) 412-6004  
Fax (305) 412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)

---

## Acuse de recibo del programa de llamadas obstétricas

Los médicos de FemCare Ob-Gyn que realizan partos son: Jason James MD, Jila Senemar MD, Karen Salazar Valdes MD y Ingrid Paredes MD. Estos cuatro médicos cubren Baptist Hospital de manera rotativa durante toda la semana y los fines de semana. En circunstancias más normales, los partos serán realizados por uno de estos cuatro médicos. Cuatro médicos adicionales brindan cobertura de llamadas ocasionales en algunos fines de semana y días festivos: César Vinueza MD, Wilfredo Álvarez MD, Lucia Gaitan MD y Alison Coll MD. Además, Baptist Hospital emplea a un grupo de obstetras de emergencia que trabajan en el hospital las 24 horas del día y brindan cobertura de emergencia; este grupo se llama Ob Hospitalist Group y comprende múltiples médicos que brindan llamadas al hospital.

Al firmar a continuación, reconozco que mi atención obstétrica puede ser proporcionada por cualquiera de los médicos anteriores dependiendo de la programación, la disponibilidad y las posibles emergencias.

---

Nombre (Imprimir)

---

Firma

---

Fecha



**FEMCARE OB-GYN, LLC**  
Geoffrey N. James, M.D.  
Jason S. James, M.D.  
Jila Senemar, M.D.  
Karen Salazar Valdes, M.D.  
Ingrid Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
7800 S.W. 87th Avenue, Suite A-120  
Miami, Florida 33173  
Telephone (305) 412-6004  
Fax (305) 412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)

FemCare Ob-Gyn

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE FOTOS**

En FemCare Ob-Gyn, recibimos fotografías de pacientes, familias de pacientes y recién nacidos en forma de fotografías de vacaciones, fotos tomadas en el parto y / o después del parto, y fotos grupales con el médico / s, pacientes, familias y recién nacidos. Mostramos algunas de estas fotografías en las salas de examen, pasillos y otros lugares diferentes de la práctica y podemos incluirlas en la galería de imágenes de nuestro sitio web([www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)). Así como cuentas de redes sociales como en Facebook e Instagram.

**Por favor, lea e inicie la opción que aplica:**

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento a FemCare Ob-gyn para que muestre las fotografías en todos los lugares como se indicó anteriormente.

\_\_\_\_\_ Por la presente doy mi consentimiento para que las fotografías se exhiban en la oficina, **NO** en la galería de imágenes del sitio web de la práctica([www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)), Facebook o Instagram.

\_\_\_\_\_ Solo doy mi consentimiento para mostrar las fotografías en el sitio web de la práctica([www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com))galería de imágenes de Facebook e Instagram, **NO** en la oficina

\_\_\_\_\_ **NO** doy mi consentimiento para la exhibición pública de las fotografías que he dado libremente a la práctica.

Libero a FemCare Ob-gyn y a cualquier tercero de cualquier derecho que pueda tener sobre las fotografías. Entiendo que no seré compensado por el uso de mis fotografías.

Entiendo que puedo rescindir esta Autorización de Liberación de Fotos. Para hacerlo, debo notificar a esta instalación por escrito con respecto a la terminación y la fecha de vigencia.

Sé que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo.

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del Representante Legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**FEMCARE OB-GYN, LLC**  
Geoffrey N. James, M.D.  
Jason S. James, M.D.  
Jila Senemar, M.D.  
Karen Salazar Valdes, M.D.  
Ingrid Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
7800 S.W. 87th Avenue, Suite A-120  
Miami, Florida 33173  
Telephone (305) 412-6004  
Fax (305) 412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)

## **AVISO A LA PACIENTE OBSTÉTRICA**

(Ver Sección 766.316, Estatutas de Florida)

El Dr. Jason S. James, la Dra. Jila Senemar, la Dra. Karen Salazar Valdés y la Dra. Ingrid Paredes me han proporcionado información preparada por la Asociación de Compensación de Lesiones Neurológicas Relacionadas con el Nacimiento de Florida (NICA), y se me ha informado que el Dr. Jason S. James, la Dra. Jila Senemar, la Dra. Karen Salazar Valdés y la Dra. Ingrid Paredes son médicos participantes en ese programa, en el que cierta compensación limitada está disponible en caso de que ocurra cierta lesión neurológica durante el trabajo de parto, el parto o la reanimación. Para obtener detalles específicos sobre el programa, entiendo que puedo contactar:

Lesión neurológica relacionada con el nacimiento en Florida  
Asociación de Compensación  
APARTADO DE CORREOS 14567  
Tallahassee, Florida 32317-4567  
1-800-398-2129

Reconozco además que he recibido una copia del folleto preparado por NICA.

Además, reconozco que he sido asesorado y estoy de acuerdo en que ocasionalmente puedo ser atendido por médicos que también son médicos participantes en el programa NICA e incluyen, entre otros, al Dr. César Vinueza y al Dr. Wilfredo Álvarez.

FECHADO este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

Atestiguar:

Médico o Enfermera: Momque Castillo

Fecha: \_\_\_\_\_



**FEMCARE OB-GYN, LLC**  
 Geoffrey N. James, M.D.  
 Jason S. James, M.D.  
 Jila Senemar, M.D.  
 Karen Salazar Valdes, M.D.  
 Ingrid Paredes, M.D.

Snapper Creek Professional Center  
 7800 S.W. 87th Avenue, Suite A-120  
 Miami, Florida 33173  
 Telephone (305) 412-6004  
 Fax (305) 412-3007  
[www.femcare-obgyn.com](http://www.femcare-obgyn.com)

**Examen genético prenatal**

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
1. ¿Tendrá 35 años o más cuando nazca el bebé?	_____	_____
2. Tener a ti, el padre del bebé; o cualquier persona en cualquiera de los dos si sus familias alguna vez tuvieron cualquiera de los siguientes trastornos:		
Síndrome de Down (mongolismo)	_____	_____
Defecto del tubo neural (espina bífida, meningomielocelo,		
Columna abierta, anencefalia)	_____	_____
Hemofilia	_____	_____
Distrofia muscular	_____	_____
Fibrosis quística	_____	_____
En caso afirmando, indique la relación de la persona afectada con usted o con el bebé. padre: _____		
3. ¿Usted o el padre del bebé tienen un defecto de nacimiento?	_____	_____
En caso afirmación, ¿quién tiene el defecto y qué es? _____		
4. En cualquier matrimonio perverso, ¿usted o el padre del bebé tienen un hijo nacido? vivo o muerto con un defecto congénito que no aparece en la pregunta 2?	_____	_____
5. ¿Usted o el padre del bebé tienen parientes cercanos con retraso mental?	_____	_____
6. ¿Usted, el padre del bebé o un pariente cercano en cualquiera de sus familias tienen Un defecto congénito, cualquier trastorno familiar o una anomalía cromosómica no Enumerada ¿encima?	_____	_____
7. En cualquier matrimonio anterior, ¿usted o el padre del bebé tienen un hijo muerto? o tres o más pérdidas espontáneas del embarazo en el primer trimestre (abortos espontáneos)?	_____	_____
8. ¿Eres tú o el padre del bebé de ascendencia judía?	_____	_____
En caso afirmativa, ¿se ha hecho la prueba de la enfermedad de Tay Sach?	_____	_____
9. ¿Usted o el padre del bebé son descendientes afroamericanos o afroamericanos?	_____	_____
En caso afirmativa, ¿ha sido examinado para detectar antecedentes de enfermedad de rasgos de células falciformes?	_____	_____
En caso afirmación, ¿alguno de ustedes ha descansado por B-talasemia?	_____	_____
10. ¿Usted o el padre del bebé tiene ascendencia filipina o del sudeste asiático?	_____	_____
11. ¿Tiene alguna razón religiosa o personal que lo haga reacio? para aceptar transfusiones de sangre en caso de emergencia potencialmente mortal?	_____	_____
12. Excluyendo el hierro y las vitaminas, ¿ha tomado algún medicamento o drogas recreativas desde que está embarazada o desde su última menstruación período (incluidos los medicamentos sin receta o alternativos)?	_____	_____
En caso afirmación, dé el nombre del medicamento y cuando se tome:		
_____		
_____		

Nombre (Imprimir): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_