



# Caring For Women Obstetrics & Gynecology

Emily Rekuc, D.O. | Chikanele Okorie, M.D. | Brandi Teegarden, FNP-C | Stephanie Townsend, FNP-C

*Gynecology Office*  
79440 Highway 111, Suite 105  
La Quinta, CA 92253

*Obstetrics Office*  
81719 Dr. Carreon Blvd, Suite C-1  
Indio, CA 92201

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
Primero MI Ultimo

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Direccion de envio Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Trabajo o Celular(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Seguro Social# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

Direccion de Correo Electronico: \_\_\_\_\_

\*\*\*PARA CONFIRMACION DE SU CITA, PREFIERE UN CORREO ELECTRONICO, TEXTO O AMBOS? \_\_\_\_\_ \*\*\*

### ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente: Mismo Padre Esposo(a) Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Identificacion #: \_\_\_\_\_ Grupo#/Nombre: \_\_\_\_\_

### ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente: Mismo Padre Esposo(a) Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Identificacion #: \_\_\_\_\_ Grupo#/Nombre: \_\_\_\_\_

### Liberación de Beneficios

Yo asigno todos los beneficios médicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por lo presente autorizo mi compañía de seguros, incluyendo Medicare, el seguro privado de salud y cualquier otro plan medico, para emitir cheque(s) directamente a Emily Rekuc, DO de los servicios médicos prestados a mi y/o mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por el seguro, de acuerdo con las directrices de mi seguro.

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

### AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento y autorizo el tratamiento, que en conjunto con el juicio de mi medico de cabecera, que se consideren necesarias y/o conveniente para el diagnostic y/o tratamiento del paciente nombrado arriba

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

### FORMA DE CONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS Y PRIVACIDAD

Emily Rekuc, DO se reserva el derecho de modificar las practicas de privacidad descritas en la convocatoria. He recibido una copia de la notificación de practicas de privacidad para Emily Rekuc, DO

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ (en letra de imprenta)

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### Información de Política Financiera y Seguros

Yo entiendo y acepto que las formas de reclamación de Seguro será sometido a mi compañía de seguros como una cuestión de conveniencia, y que soy responsable por todos los cargos, independiente de mi cobertura médica existente. Yo doy la autorización para el pago de los beneficios del Seguro que se harán directamente a Caring for Women por los servicios prestados. En el caso de que mi compañía de seguros envíe el pago directamente a mi, en lugar de Caring for Women, que entregara de forma inmediata dicho pago al Dr. Rekuc. Yo entiendo y acepto que soy totalmente responsable y obligado(a) al pago de todos los cargos impuestos por servicios profesionales prestados y pagara cualquier suma adeudada, a la demanda. Entiendo y estoy de acuerdo en que si es necesario para Dr. Rekec utilizar una agencia de colección exterior o para iniciar una acción judicial, para el cobro de los cargos pendientes, yo seré responsable por el saldo pendiente (mas un cargo por procesamiento de \$35), y, además, los honorarios de abogados, costos judiciales y otros gastos de litigio.

### Co-Pagos

Debido a las obligaciones contractuales con su compañía de seguros, todos los co-pagos se cobrarán en el momento del servicio. Los co-pagos no son facturables y el cobro de co-pagos no es negociable.

### Llenado de Formas

Existe un costo por completar formas tales como forma de discapacidad, DMV, o ausencia por enfermedad. El costo varía de acuerdo al tipo de forma. Con un costo de mínimo \$35.00. El pago por este servicio es pagado por adelantado. **Por favor, permita un tiempo de 5-7 días hábiles para completar estas formas.**

### Política de la Oficina

He recibido una copia de las políticas de la oficina y tengo un claro entendimiento de las mismas, así como sus expectativas. He leído la porción acerca de la cancelación excesiva, y de no acudir a las citas programadas entiendo que si no me presento 3 citas que nuestra relación médico-paciente se va dar por terminada y tendré que obtener un nuevo médico. He revisado y entiendo las políticas mencionadas. Al firmar doy por entendido que soy responsable de estos gastos y consecuencia.

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

## **AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA A PERSONAS / MIEMBROS DE LA FAMILIA**

De acuerdo con las reglas de privacidad del gobierno federal implementado a través de la Ley de Salud de Portabilidad de 1996 (HIPAA), a fin de que su médico o el personal de Caring For Women pueda discutir su condición médica con los miembros de su familia u otras personas que designe, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En el caso de un episodio crítico o si no es capaz de dar su autorización debido a la gravedad de su condición médica, la ley establece que estas reglas se pueden renunciar.

\_\_\_\_\_ No autorizo a Caring For Women para liberar cualquier o toda la información con respecto a mi atención médica a cualquier persona, excepto según lo establecido para arriba.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Caring For Women que libere alguna o toda la información con respecto a mi condición médica a las siguientes personas:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

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

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

***Este comunicado se mantendrá en efecto hasta que sea rescindida/  
revisada por escrito por parte del paciente.***

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Historia Médica y Quirúrgica

Historia Obstétrica				
Número de Nacimientos Vivos _____		Número de abortos _____		
Número de abortos espontáneos _____		Número de hijos vivos _____		
Fecha	Método de nacimiento (vaginal, cesárea, vacío, fórceps)	Peso del bebé	Sexo / Nombre del bebé	Complicaciones
<i>Por ejemplo:</i>				
10/2001	Vaginal	7lbs 2 oz	Chica / Luz	Diabetes

Historia Ginecológica (Por favor llene sólo 1 columna.)			
¿Todavía Menstruar? Conteste a las preguntas siguientes:		¿Postmenopáusico? Conteste a las preguntas siguientes:	
¿Su edad cuándo usted tuvo su primer período?	_____	¿Su edad cuándo usted tuvo su primer período?	_____
¿Cuándo fue su último período?	_____	¿Cuándo fue su último período?	_____
¿Cuándo fue su Último Papanicolaou?	_____	¿Cuándo fue su Último Papanicolaou?	_____
¿Era normal?	Y / N	¿Era normal?	Y / N
¿Ha tenido algun Papanicolaou anormal?	Y / N	¿Ha tenido algun Papanicolaou anormal?	Y / N
¿Ha tenido usted una infección sexual?	Y / N	¿Alguna vez ha tomado hormonas?	Y / N
¿Si sí, cuáles? _____		Si es así, ¿qué y cuándo? _____	
¿Es sexualmente activo usted?	Y / N	¿Es sexualmente activo usted?	Y / N
¿Usa usted la anticoncepción?	Y / N	¿Tiene sexo con hombres, mujeres o los dos?	_____
¿Si sí, que tipo? _____		¿Le han quitado su útero?	Y / N
¿Tiene sexo con hombres, mujeres o los dos?	_____	¿Le han quitado sus ovarios?	Y / N
¿Experimenta usted alguno de los siguientes?		¿Ha tenido usted alguna cirugía vaginal?	Y / N
¿Menstruacion pesado?	Y / N	¿Experimenta usted alguno de los siguientes?	
¿Sangrado entre períodos?	Y / N	¿Sangrado postmenopáusica?	Y / N
¿Menstruacion doloroso?	Y / N	Libido bajo	Y / N
¿Dolor con las relaciones sexuales?	Y / N	¿Incontinencia urinaria o fecal?	Y / N
¿Sangrado después de relaciones sexuales?	Y / N	¿"Caída" de órganos pélvicos?	Y / N

Planificación de la Familia				
¿Qué es usted planea para tener Niños? (Seleccione su respuesta de abajo y rodéela.)				
Nunca	Durante _____ años	He terminado la maternidad	Intento ahora	Incierto

Firma de Doctor \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Historia de Familia		
Por favor ver Hoja aparte para Síndromes de Cáncer Hereditarios		
Miembro de Familia	Enfermedad	vida / difunto
Por ejemplo: Madre	Diabetes	Edad difunta 73

Fui adoptado y no conoce mi historia de familia. \_\_\_\_\_

Nadie en mi familia tiene cualquier problema médico. \_\_\_\_\_

Historia Social						
Estado civil (por favor círculo uno):	Solo	Viuda	Casada	Divorciada	Separados	
El nombre del compañero: _____						
Nivel de educación más alto: _____						
Empleador y Título de Trabajo: _____						
Raza (por favor círculo uno):	Hispano	Africano-amer.	Caucásicos	Asiático-amer	Nativos-amer	Otros: _____
La etnia (por favor círculo uno):	Latino	Judía	Árabe	Se negó	Otros: _____	
¿Fuma actualmente usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuántos Paquetes por día?	¿Para cuántos años?			
¿Ha fumado alguna vez usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuántos Paquetes por día?	¿Para cuántos años?			
¿Bebe usted el alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuántos bebidas por semana?				
¿Usa usted drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuáles?				
¿Usa usted la marihuana médica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí, cuánto?				

Revisión de Sistemas		
Por favor compruebe al lado de cualquier condición que usted haya tenido o tenga actualmente.		
Constitucional: cambio de peso <input type="checkbox"/>	ENT: Úlceras de la boca <input type="checkbox"/>	GI: Náusea / vómitos <input type="checkbox"/>
Fatiga o cansancio <input type="checkbox"/>	Infección del tracto respiratorio superior <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>
Ojos: cambios de visión <input type="checkbox"/>	Cardiovascular: Dolor en el pecho <input type="checkbox"/>	Ttuburetes sangrientos <input type="checkbox"/>
Cataratas <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar al acostarse <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>
Glaucoma <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar en esfuerzo <input type="checkbox"/>	Psiquiátrico: Depresión <input type="checkbox"/>
Musculoskeletal: Debilidad <input type="checkbox"/>	Hematologic: contusión fácil <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
Piel: Erupción <input type="checkbox"/>	Sangra fácil (gomas o nariz sangra) <input type="checkbox"/>	Endocrino: repentinos de calor <input type="checkbox"/>
Neurológicos: Convulsiones <input type="checkbox"/>	Adenopathy (glándulas aumentadas) <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Síncope (desmayo) <input type="checkbox"/>	Immunologic: alergias estacionales <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides <input type="checkbox"/>
dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	Alergias de comida <input type="checkbox"/>	Respiratorio: dificultad para respirar <input type="checkbox"/>

Firma de Doctor \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Historia Médica			
Condición médica	Nombre de Medicación	la dosis y ¿qué frecuencia usted lo toma?	¿Cuándo comenzó usted esta medicación?
<i>Por ejemplo:</i>			
1. <i>hipertensión</i>	<i>Lisinopril</i>	<i>10 mg , 1 a diario</i>	<i>2001</i>
Comentario: <i>Tratada por el Dr. Smith</i>			
1.			
Comentario:			
2.			
Comentario:			
3.			
Comentario:			
4.			
Comentario:			
5.			
Comentario:			
6.			
Comentario:			
7.			
Comentario:			
8.			
Comentario:			

No tengo ninguna condición médica. \_\_\_\_\_

Quirúrgico y la Historia de Hospitalización		
Fecha	La cirugía, las lesiones graves o Razón de Hospitalización	Comentario
<i>Por ejemplo:</i>		
<i>3/2001</i>	<i>Biopsia de mama</i>	<i>benigno</i>
<i>4/2002</i>	<i>accidente de automóvil - fractura pélvica</i>	<i>coágulo de sangre en hospital</i>

Yo nunca he tenido cirugía o han sido hospitalizados. \_\_\_\_\_

Firma de Doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# Evaluación del riesgo de cáncer

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Se trata de una herramienta de detección para las características comunes de cáncer hereditario. Por favor responder a estas preguntas y tomar en consideración todos los familiares mencionados. Nuestro servicio nos permite darle la proyección más avanzada tecnológicamente posible aumentar las posibilidades de detección del cáncer y la intervención temprana para optimizar tu salud

CÁNCER			RELACIÓN al miembro de la familia con cáncer de		
			USTED, HERMANOS, HIJOS	Madre o parientes del lado de la madre (tías, tíos, abuelos, sobrinas, sobrinos)	PADRE o parientes en el lado del padre (tías, tíos, abuelos, sobrinas, sobrinos)
POR FAVOR RESPONDER A CADA PREGUNTA, LA LISTA DE MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TENIA EL CANCER Y LA EDAD DE DIAGNOSTICO					
Sí	N	¿Cáncer de mama <u>antes</u> de los 50 años?			
Sí	N	¿Varios cánceres de mama en el mismo lado de la familia? • Si dos cánceres de mama se debe <u>antes</u> de los 50 años • Si tres o más cánceres de mama pueden ser de <u>cualquier edad</u>			
Sí	N	¿Ascendencia judía Ashkenazi <i>con</i> mama o cáncer de ovario en un <i>miembro de la familia</i> a <u>cualquier edad</u> ?			
Sí	N	¿Cáncer de mama masculino a <u>cualquier edad</u> ?			
Sí	N	¿Cáncer de ovario a <u>cualquier edad</u> ?			
Sí	N	¿Cáncer endometrial (útero) <u>antes</u> de los 50 años?			
Sí	N	¿Cáncer de colon <u>antes</u> de los 50 años?			
Sí	N	¿ <u>Diez o más</u> pólipos (adenomas colorrectales) de por vida?			
Sí	N	¿Tiene un familiar con <b>cáncer de páncreas</b> a cualquier edad?			

Usted o alguien en su familia tuvieron las pruebas genéticas para un síndrome de cáncer hereditario? Sí  No

Firma de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si Usted "optó" de llenar este formulario por favor firme y feche la línea anterior, reconociendo que ofrecían cribado

For Office Use Only:

Patient offered risk assessment  Accepted  Declined

Reason for Decline:

Staff signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_