



### 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:** \_\_\_\_\_

### Informacion de Politica Financiera y Seguros

Yo entiendo y acepto que las formas de reclamacion de Seguro sera sometido a mi compania de seguros como una cuestion de conveniencia, y que soy responsable por todos los cargos, independiente de mi cobertura medica existente. Yo doy la autorizacion para el el pago de los beneficios del Seguro que se haran directamente a Caring for Women por los servicios prestados. En el caso de que mi compania 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 coleccion exterior o para iniciar una accion judicial, para el cobro de los cargos pendientes, yo sere responsable por el saldo pendiente (mas un cargo por procesamiento de \$35), y, ademas, 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 completer formas tales como forma de discapacidad, DMV, o ausencia por enfermedad. El costo varia de acuerdo al tipo de forma. Con un costo de minimo \$35.00. El pago por este servicio es pagado por adelantado. **Por favor, permita un tiempo de 5-7 dias habiles para completar estas formas.**

### Politica de la Oficina

He recibido una copia de las politicas de la oficina y tengo un claro entendimiento de las mismas, asi como sus expectativas. He leido la porcion acerca de la cancelacion excesiva, y de no acudir a las citas programadasm entiendo que si no me presento 3 citas que nuestra relacion medico-paciente se va dar por terminada y tendre que obtener un nuevo medico. He revisado y entiendo las politicas mencionadas. Al firmar doy por entendio 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 \_\_\_\_\_

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.

<b>Constitucional:</b> cambio de peso <input type="checkbox"/>	<b>ENT:</b> Úlceras de la boca <input type="checkbox"/>	<b>GI:</b> Náusea / vómitos <input type="checkbox"/>
Fatiga o cansancio <input type="checkbox"/>	Infección del tracto respiratorio superior <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>
<b>Ojos:</b> cambios de visión <input type="checkbox"/>	<b>Cardiovascular:</b> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/>	Ttaretos 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"/>	<b>Psiquiátrico:</b> Depresión <input type="checkbox"/>
<b>Musculoskeletal:</b> Debilidad <input type="checkbox"/>	<b>Hematologic:</b> contusión fácil <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
<b>Piel:</b> Erupción <input type="checkbox"/>	Sangra fácil (gomos o nariz sangra) <input type="checkbox"/>	<b>Endocrino:</b> repentinos de calor <input type="checkbox"/>
<b>Neurológicos:</b> Convulsiones <input type="checkbox"/>	Adenopathy (glándulas aumentadas) <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Síncope (desmayo) <input type="checkbox"/>	<b>Immunologic:</b> alergias estacionales <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides <input type="checkbox"/>
dolor de cabeza <input type="checkbox"/>	Alergias de comida <input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio:</b> 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. hipertensión	Lisinopril	10 mg , 1 a diario	2001
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>		
3/2001	<i>Biopsia de mama</i>	<i>benigno</i>
4/2002	<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 con 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 \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE NUEVO EMBARAZO

1. Que dia fue tu primer dia de tu ultima menstruacion? \_\_\_\_\_
2. A que edad tuviste tu primer menstruacion? \_\_\_\_\_
3. Eres regular en tu menstruacion? \_\_\_\_\_  
Cada 28 o 30 dias? Tu flujo menstrual es pesado, moderado o ligero?  
Cuantos dias es tu menstruacion? \_\_\_\_\_
4. Este embarazo fue planeado?  
Si no, estabas usando anticonceptivos? \_\_\_\_\_
5. Cuantos hijos as tenido? \_\_\_\_\_ El papa del bebe es el mismo padre de tus hijos? \_\_\_\_\_
6. Cuando fue tu ultimo Papanicolaou? \_\_\_\_\_ Fue normal o abnormal?
7. Estas interesada en algun estudio genetico? \_\_\_\_\_
8. Alguna vez has dado positivo por TB? \_\_\_\_\_
9. Alguna vez has tenido alguna enfermedad de transmision sexual, hepatitis B, o hepatitis C? \_\_\_\_\_
10. Alguna vez has tenido varicela? \_\_\_\_\_
11. Necesita una receta para vitaminas prenatales? \_\_\_\_\_
12. Sufres de nausea o vomito? \_\_\_\_\_
13. Sientes depresion? \_\_\_\_\_

**La evaluación genética incluye al paciente, al padre del bebé o a cualquier miembro de la familia con:**

Sí/No: 1. Edad del paciente de 35 años o más a partir de la fecha estimada de parto

Sí/No: 2. Talasemia (antecedentes italiano, griego, mediterráneo o asiático) MCV Menos de 80

Sí/No: 3. Defecto del tubo neural (meningomielocelo, espina bífida o anencefalia)

Sí/No: 4. Defecto cardíaco congénito

Sí/No: 5. Síndrome de Down

Sí/No: 6. Tay-Sachs (judío asquenazí, cajún, francocanadiense)

Sí/No: 7. Enfermedad de Canavan (judío Ashkenazi)

Sí/No: 8. Disautonomía familiar (judío Ashkenazi)

Sí/No: 9. Enfermedad de células falciformes o rasgo (africano)

Sí/No: 10. Hemofilia u otro trastorno de la sangre

Sí/No: 11. Distrofia muscular

Sí/No: 12. Fibrosis Quística

Sí/No: 13. Corea de Huntington

Sí/No: 14. Retraso mental/autismo (En caso afirmativo, ¿se le hizo a la persona una prueba de X frágil?)

Sí/No: 15. Otro trastorno genético o cromosómico heredado

Sí/No: 16. Trastorno Metabólico Materno (EG, Diabetes Tipo 1, PKU)

Sí/No: 17. El padre del paciente o del bebé tuvo un hijo con defectos de nacimiento (no mencionados anteriormente)

Sí/No: 18. Pérdida recurrente del embarazo o muerte fetal

Sí/No: 19. Medicamentos (incluidos suplementos, vitaminas, hierbas o medicamentos de venta libre) / Drogas ilícitas / recreativas / Alcohol desde la última menstruación