

Patient Demographic

Date: _____

Patient ID: _____

Preferred Provider: _____

Patient Name: _____

Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Date of Birth: _____

Social Security Number: _____

Marital Status: _____

Employer: _____

Pharmacy: _____

RX Phone Number: _____

Race: _____

Ethnicity: _____

Referred By: _____

Primary Care Provider _____

INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Plan: _____

Insured's DOB: _____

Insurance Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Policy Number: _____

Group Number: _____

Insured's Name: _____

Patient Relation to Insured: _____

Secondary Insurance Plan: _____

Insured's DOB: _____

Insurance Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Policy Number: _____

Group Number: _____

Insured's Name: _____

Patient Relation to Insured: _____

CONSENT FOR TREATMENT/INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT

I hereby authorize my physician to release any and all information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance carrier.

I hereby assign/authorize payment directly to the physician for the medical and/or surgical benefits otherwise payable to me for services provided. I understand that I am financially responsible for the charges not covered/allowed by my insurance. A photocopy of this authorization shall be accepted as the original.

Signature: _____

Date: _____

AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD
Thunderbird Obstetrics & Gynecology, Ltd.
5757 W Thunderbird Road, Suite W 202
Glendale, AZ 85306

Por favor lealo con atencion. Nuestra oficina nomas va a realizar consultas acerca de este aviso con las personas que usted anote en esta forma. Sobre su salud, recibos, o informacion sobre su citas. Tenga en mente si usted elige no dar consentimiento no hablaremos con nadie, incluyendo familiares, amigos, ect. Quien llame para informacion acuerdese que bajo la privacidad HIPAA las reglas incluyen: Tenemos el derecho de compartir informacion medica con ciertos individuos para continuar su cuidado medico.

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Cuenta#** _____

COMO NOS PODEMOS CONTACTAR CON USTED?

(Registre el que aplique)

NUMERO DE CASA TELEFONO	NUMERO DE CELULAR	NUMERO DE TRABAJO
()	()	()
<input type="checkbox"/> Solo dejar numero	<input type="checkbox"/> Solo dejar numero	<input type="checkbox"/> Solo dejar numero
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados

ESCOJA UNA OPCION ABAJO:

- Le doy permiso a los siguientes individuos mi consentimiento** para que llamen representandome. Este consentimiento es restrinigido para opciones elegidas. Si en cualquier momento decido cambiar Individuales apuntados abajo, estoy consiente que tengo que notificar la oficina en escrito o llenando un consentimiento Nuevo. Este consentimiento es valido asta que la oficina sea notificada por el paceinte de algun cambio.

Nombre(s): _____ **Relacion:** _____

Telefono: _____ **Numero alternativo:** _____

Nombre(s): _____ **Relacion:** _____

Telefono: _____ **Numero alternative:** _____

Para personas adicionales, porfavor continue atras de la forma o agrade una segunda forma.

Porfavor eliga una caja:

- Toda la informacion (Tratamiento, Medicamento, Resultados de Laboratorio y Radiografias, Citas, Pagos de cuenta.
 - Solamente resultados de Laboratorio/Radiologia y Medicamentos
 - Solamente Citas y Pagos (cuenta)
 - Otro _____
- Yo eligo no dar consentimiento a cualquier individual o que me represente.** Cualquier informacion Tratandose de mi tratamiento, resultados y radiografias, medicamentos, pagos o otra informacion. Solamente debe dirigir a mi. Y en cualquier momento si deseo agradecer individuales que llamen a Representarme, estoy consiente que tengo que notificar la oficina in escrito o completar un Consentimeinto nuevo.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

THUNDERBIRD OBSTETRICS & GYNECOLOGY, LTD.

JACK D. KYMAN, M.D.
JUNE A. KWARK, M.D.
MAURIZIO GALASSO, M.D.
DAVID J. KAUFMAN, D.O.

HILLARY H. CHARLES, M.D.
MARIA J. APIGO, M.D.
JAY EPSTEIN, M.D.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SONOGRAFÍA

I autorice al Dr. _____ y ayudantes el suyo que elige realizar una examinación del ultrasonido. La examinación del ultrasonido es un procedimiento de diagnóstico que utiliza ondas acústicas para obtener imágenes de los detalles. No hay evidencia que el ultrasonido de diagnóstico causa daño al paciente o al feto.

Hay tres tipos de exámenes:

- Un sonogram obstétrico básico proporciona la información con respecto a la localización de la placenta, posición fetal, edad gestacional, estima el peso y la evaluación fetales del líquido amniótico.
- Un sonogram obstétrico completo o extenso que consiste en una evaluación más específica de anomalías fetales además de la información de las exploraciones básicas.
- Un sonogram vaginal proporciona la información con respecto el útero, el canal cervical, los ovarios y a la localización de un embarazo muy temprano. Consiste en el insertar de una pequeña punta de prueba cubierta (el tamaño de un tapón) en la vagina. Es generalmente menos incómodo que un borrón de transferencia de Pap.

Mientras que un sonogram obstétrico básico o completo detectará muchas anomalías, no es un definitivo para las malformaciones fetales. A pesar de la interpretación normal, algunos bebés pueden nacer con las anomalías no identificadas durante el sonogram. En caso de que se descubra una malformación fetal, un segundo sonogram de la opinión sería pedido. Así, aunque la sonografía sea una herramienta muy provechosa, no debe ser considerado como prueba absoluta de la ausencia de defectos fetales.

CONSENTIMIENTO

Si usted tiene ninguna preguntas no vacilan discutirlos con el Dr. _____ antes, durante y después del procedimiento.

Le piden firmar este consentimiento antes de la examinación del ultrasonido y de tal modo reconocerle han leído y entender completamente esta forma del consentimiento.

PACIENTE

TESTIGO

FECHA

HISTORIA MEDICA OBSTETRICA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Completar el Formulario _____

NOTAS DEL MEDICO

HISTORIA PERSONAL DE LA SALUD

1. ¿Tiene alergias a alguna medicina? SI No

Si es sí, favor de hacer una lista: _____

2. Favor de indicar cualquiera condición que usted tiene o ha tenido en el pasado:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga o Riñon |
| <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Grupo B Estreptococo | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH (Virus del Sida) |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Intestino | <input type="checkbox"/> Herpes | |
| <input type="checkbox"/> Desorden Emocional | | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | |

Describe si es necesario: _____

3. Favor de indicar cualquiera cirugía que ha tenido: _____

4. Favor de describir cualesquier problemas de salud o síntomas que usted tiene ahora mismo: _____

EXPOSICIONES AFECTANDO LA SALUD:

1. ¿Usa tabaco? SI No Si es sí, ¿Cuántos al día? _____

2. ¿Toma bebidas alcohólicas? SI No Si es sí, ¿Con que frecuencia? _____

¿Que tipos de bebida(s)? _____

3. Por favor liste cualquier medicinas tomadas desde su ultimo periodo, incluyendo medicinas disponibles sin receta: _____

4. Por favor liste cualquier drogas usadas en el pasado (por ejemplo: cocaína, marihuana, methamphetamine, etc.: _____

La última fecha en que uso las drogas: _____

5. ¿Tiene usted una historia de transfusiones de sangre, uso de drogas intravenoso, múltiples compañeros sexuales o exposición a un hombre homosexual o bi-sexual, exposición a un usuario de drogas intravenoso, o tiene cualquier otra razón que usted puede creer que fue expuesto al SIDA? _____

6. ¿Trabaja usted con químicos o radiación (por ejemplo: radiografías)? SI No

7. ¿Está usted en una dieta especial? SI No Si es sí, por favor describa: _____

HISTORIA GINECOLOGICA DE SALUD

1. ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____

¿Ha tenido un Papanicolaou anormal?..... SI No

Si es sí, ¿Cuándo? _____ ¿Qué fue el diagnóstico? _____

¿Qué fue el tratamiento? _____

2. ¿Ha tenido usted alguna vez gonorrea, clamidia, o enfermedad de inflamación del pelvis? _____

..... SI No

Si es sí, ¿Cuándo y en donde recibió tratamiento? _____

3. ¿Ha tenido Herpes? SI No

4. ¿Ha recibido la vacuna del Virus Humano Papiloma? SI No

5. ¿Usa usted anticonceptivos? SI No Si es sí, ¿Qué tipo? _____

6. ¿Usted ha tenido infecciones de la vejiga o riñon? SI No

Si es sí, ¿Que fue el tratamiento? _____

7. ¿Tiene usted historia de infertilidad? SI No Si es sí, por favor describa cuándo y el tratamiento que recibió. _____

8. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene en relación a su historia de salud:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del Paciente _____ Nombre en letra de Imprenta _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ **ALERGIAS** _____

NOTAS DEL MEDICO

9. ¿Tiene usted alguna objeción religiosa u otras objeciones para cualquier forma de tratamiento médico que a usted le gustaría hacernos saber (por ejemplo: negar una transfusion de sangre)?
 Sí No Si es sí, ¿Cual es la razón? _____

10. ¿Tiene usted alguna necesidad especial para:
 Oír: Sí No Visual: Sí No Comunicación: Sí No

HISTORIA DE FAMILIA Y GENETICA

1. ¿Ha tenido ya sea usted o el padre del bebe un niño(a) nacido con un defecto de nacimiento?
 Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

2. ¿Tienen ya sea usted o el padre del bebe un defecto de nacimiento? Sí No

Si es sí, por favor describa: _____

3. Favor de describir cualquiera anomalías que han ocurrido en niños de su familia o en la familia del padre del bebe: (por ejemplo, retardación mental, defectos de nacimiento, deformidades, o enfermedades heredadas como hemofilia, distrofia muscular, o fibrosis cística).

¿Qué parentesco tiene el niño(a) o persona afectada con usted? _____

4. ¿Tiene usted o el padre del bebe historia de pérdidas de embarazos (abortos o nacido muerto)?
 Sí No

Si es sí, ¿Han tenido cualquiera de ustedes consejería genética? Sí No

Si es sí, ¿Han tenido cualquiera de ustedes estudios cromosomal? Sí No

Donde y resultados: _____

5. Algunos problemas genéticos ocurren más en parejas de ciertos antecedentes raciales o ancestrales. Por favor marque si sea usted o el padre del bebe tiene alguno de estos antecedentes:

¿Ascendencia Judía? Sí No Si es sí, ¿Ha tenido usted un estudio de Tay-Sachs? Sí No
 Fecha: _____ Resultado _____

¿Afro-Americano? Sí No Si es sí, ¿Ha tenido usted estudios Depranocito? Sí No
 Fecha: _____ Resultado _____

6. Por favor indique si alguien en su familia o en la familia del padre del bebe tiene:

Diabetes Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona a usted? _____

Desorden Sangrante Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona a usted? _____

Alta Presión de Sangre Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona a usted? _____

Cancer Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona a usted? _____

Hepatitis Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona a usted? _____

VIH Sí No Si es sí, ¿Cual es el parentesco de esta persona a usted? _____

7. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene sobre defectos de nacimiento o los deórdenes heredados. _____

8. ¿Tendrá usted 35 años o más cuando nazca el bebe? Sí No

9. ¿Tendrá el padre 50 años o más? Sí No

Firma del Paciente _____

Nombre en letra de Imprenta _____

Fecha _____

Patient Name _____ ALLERGIES _____
 Address _____ Insurance _____ Pre Cert. _____
 City/State/Zip _____ Delivery Hospital _____ Pediatrician _____
 Home Phone _____ Work Ph. _____ Obstetrician _____ Breast _____ Bottle _____
 Occupation _____ Baby's Father's Name _____ Age _____
 Date of Birth _____ Age _____ Occupation _____ Wk Phone _____
 Marital Status _____ Social Security _____ Racial Background: Patient _____ Father _____

PREGNANCY HISTORY Grav _____ Para _____ SAB _____ T/EAB _____ Stillborn _____ Neonatal Death _____ Other Loss _____ Premature _____

No.	Date	Weeks	Sex	Wt.	Delivery Mode	Obstetrical Problems	Neonatal Problems

LABORATORY STUDIES

BASIC PRENATAL SCREEN

Date _____
 WBC _____
 HGB _____ HCT _____
 MCV (90±9µµ3) _____

BLOOD TYPE & RH

Atypical Antibodies _____
 Serology _____
 Rubella Screen _____

DATE RESULT

Urinalysis _____
 HBSAg _____
 Triple Screen _____

PAP SMEAR

GLUCOSE SCREEN

Date _____ Fasting _____ 1 hr. _____

REPEAT ANTIBODY SCREEN 24 wks ±, if Rh-Neg.

Date _____ Results _____

DETERMINATION OF GESTATIONAL AGE

LMP _____
 Cycle Length _____
 Menstrual EDC _____
 Date of Conception (if known) _____
 Ultrasound Estimate of EDC _____
 Date Performed _____

OPTIONAL LAB STUDIES

	DATE	RESULT
CF Screen	_____	_____
GC Screen	_____	_____
Chlamydia	_____	_____
HIV Screen	_____	_____
Sickle Cell	_____	_____
Herpes	_____	_____
Drug Screen	_____	_____
Group B Strep	_____	_____
Fetal Fibrinectin	_____	_____
Varicella Screen	_____	_____
Repeat Urinalysis	_____	_____
Glucose Tolerance	_____ Hr. _____	Result _____

REPEAT HGB/HCT

Date _____ Results _____
 Other: _____

ADDITIONAL ULTRASOUND DATA (OPTIONAL)

Date _____ Findings _____
 Date _____ Findings _____
 Date _____ Findings _____

PRELIMINARY CLINICAL EDC

ADJUSTED EDC _____ **AS OF** _____

The CLINICAL EDC is the physician's best estimate of the due date and is the date used for clinical management.

INITIAL PHYSICAL EXAMINATION

Wt _____ Pre-OB Wt _____ Height _____
 BP _____ Pulse _____ HEENT _____
 Thyroid _____
 Breasts _____
 Heart _____
 Lungs _____
 Abdomen _____
 Back _____
 Extremities _____
 Vulva _____
 Vagina _____
 Cervix _____
 Uterus _____ est. wks. _____
 Adnexae _____
 Pelvis _____

REMARKS

Exam by _____

Date _____

Check here if Physical Exam was dictated