

**Austin Perinatal Associates**  
**6500 N MoPac Expwy, Bldg 1, Ste 1205, Austin, TX 78731**  
**Phone: (512)206-0101 Fax: (512) 206-0212**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
# DE CASA: \_\_\_\_\_ # DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ # CELULAR: \_\_\_\_\_  
# DE LA SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ # DE LICENCIA DE CONDUCIR: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE SU ESPOSO: \_\_\_\_\_ EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DE SU ESPOSO: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIA \*\*\*SI DESEA QUE NOSOTROS ENVIEMOS UNA FACTURA A SU SEGURO, DEBE LLENAR CADA ESPACIO EN BLANCO\*\*\***

COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL DE RECLAMOS: \_\_\_\_\_  
# DE POLÍZA: \_\_\_\_\_ # DE GRUPO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ # DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
# SOCIAL DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ RELACIÓN A LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

MEDICO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_ MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

CUALQUIER OTRAS CONDICIONES/COMPLICACIONES/PREOCUPACIONES: \_\_\_\_\_

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS A LOS CUALES USTED ES ALÉRGICA: \_\_\_\_\_

FECHA DE SU ÚLTIMA PERIODO MENSTRUAL: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

FECHA PREVISTA DE PARTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Autorizo a David L. Berry, MD y / o personal calificado para llevar a cabo sobre mí, ecografía y / o cualquier otro tipo de atención médica, incluido el tratamiento necesario para el bienestar de mí y / o mi hijo por nacer. Reconozco que la práctica de la medicina y / o ecografía no es una ciencia exacta y que no hay garantías que se pueden hacer a mí con respecto a los resultados del tratamiento y / o mi embarazo.

FIRMA DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 tengo ciertos derechos a la privacidad en lo que respecta a mi información médica privada. He leído, recibido una copia (si se solicita) y entendió el Aviso de Prácticas de Privacidad presentados por Austin Perinatal Associates. Reconozco que esta práctica se reserva el derecho de modificar esta poliza que se rige por la ley y que puedo solicitar una copia de la poliza en cualquier momento.

FIRMA DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de la información a mi compañía de seguros antes mencionado con respecto a mi condición médica y con el propósito de procesamiento de reclamaciones. También autorizo la liberación de información médica a mi médico de referencia y cualquier médico recomendado que vea para la continuación de la atención médica. Entiendo que la divulgación de información consistirá únicamente de los registros médicos pertenecientes a Austin Perinatal Associates.

FIRMA DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## **POLÍZA FINANCIERA**

Al entrar en esta relación de medico y paciente, estamos de acuerdo en proporcionar atención médica de calidad a un precio justo y razonable, y que a su vez, esta de acuerdo en que es su obligación de estar dispuesta a pagar en el momento del servicio y que usted entienda los beneficios de su seguro(s). Queremos explicar nuestra póliza financiera a usted para que no haya sorpresas desagradables.

- **Co-pagos, deducibles y / o co-seguro se deben en el momento del servicio.** Aceptamos efectivo, cheque personal, MasterCard, Visa, Discover y American Express. Si usted no está preparada para pagar la cantidad requerida, tenemos la obligación de reprogramar su cita. **La responsabilidad financiera estimada para los servicios se deberá *antes de* que estos servicios se presten. Cualquier saldo restante después de que su plan de salud pague será debido al recibo de su declaracion.** Si la cobertura del seguro no puede ser verificada antes de la cita, la cuenta será anotada como pago privado y el pago será debido en su totalidad. *Los saldos de cuenta más de 90 días sin actividad de pago serán reportados a la oficina (s) de crédito.* Iniciales \_\_\_\_\_
- **Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad saber lo que su póliza cubre y lo que no, aunque vamos a ayudarle a sacar el máximo provecho de sus beneficios.** No podemos citar sus beneficios. Cualquier artículos considerados "no cubiertos" por su compañía de seguros será su responsabilidad financiera. No aceptamos pagos de los usuales y habituales ". Cualquier disputa sobre el pago debe ser resuelta entre usted y su compañía de seguros. Esto también incluye la designación de laboratorio y disputas de pago. Usted es responsable de asegurar una referencia y / o autorización debidamente fechada si es requerido por su compañía de seguros para los servicios que se proporcionan. Es su responsabilidad asegurarse de que tiene las autorizaciones posteriores durante el tratamiento en curso. Usted también es responsable del pago si su reclamo se niega por falta de remisión / autorización. Iniciales \_\_\_\_\_
- Como una cortesía a usted, presentaremos a su seguro primario participante con la asignación adecuada dentro de 3 días después de su cita. El seguro no será aceptado si se presenta después de 3 días de la fecha de su cita. Cualquier pólizas adicionales serán suyos para presentar con su recibo de nuestra oficina. Por favor traiga su tarjeta de seguro primario con usted para cada cita y indíquenos de cualquier información actualizada. Entiendo que todos los saldos restantes son mi responsabilidad de satisfacer antes de que los servicios adicionales se proporcionen. Iniciales \_\_\_\_\_
- Esta oficina no es parte en las disputas legales / acuerdos. La responsabilidad financiera recae en la paciente. Iniciales \_\_\_\_\_
- Un cargo de \$25.00 será cobrado para todos los cheques devueltos. Iniciales \_\_\_\_\_
- Pagos y créditos se aplican a los cargos más antiguos primero, con la excepción de los pagos de seguros, que se aplican a las fechas correspondientes de servicio. Los reembolsos más de \$50.00 serán proporcionados dentro de los 30 días a partir de la fecha de todas las reclamaciones pendientes esten satisfechos. Cualquier saldo de crédito menos de \$50.00 estará disponible y procesado a petición del paciente. Iniciales \_\_\_\_\_

### **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Solicito el pago de los beneficios médicos, de otro modo pagadero a mí, directamente a *Austin Perinatal Associates* por los servicios prestados por ellos.

He leído y entiendo la póliza financiera de la práctica y estoy de acuerdo en estar obligada por sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos podrán ser modificados por la práctica en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable (Debe tener 18 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

**Austin Perinatal Associates**  
6500 North MoPac, Suite 1205, Austin, TX 78731  
Phone (512) 206-0101 Fax (512) 206-0212  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

---

### **NUESTRO DEBER LEGAL**

Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en efecto. Este Aviso entra en vigor 01 de Agosto 2003 y se mantendrá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nosotros reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivo para toda la información médica que mantenemos, incluyendo información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer cambios significativos en nuestra poliza práctica, vamos a cambiar este Aviso y hacer el nuevo Aviso disponible bajo petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o para una copia adicional de este Aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de este Aviso.

---

### **USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Nosotros usamos y divulgamos su información de salud para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro profesional de la salud que esta proporcionando tratamiento para usted.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos a usted.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Operaciones de atención médica incluyen la evaluación de la calidad y las actividades de mejoría, revisando la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, evaluando el desempeño profesional y de el facultative, llevando a cabo programas de entrenamiento, acreditación, actividades de concesión de licencias o credenciales.

**Su Autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago o cuidado de la salud, usted puede darnos la autorización escrita para utilizar su información de salud o divulgarla a cualquiera para cualquier propósito. Sus solicitudes deben presentarse por escrito y también puede revocarla (por escrito) en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba en efecto. A menos que usted nos de una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud para cualquier motivo, excepto los que se describen en este Aviso.

**Para su Familia y Amigos:** Tenemos que divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su cuidado de la salud o con el pago para su cuidado de la salud, pero sólo si usted está de acuerdo por escrito para que podamos hacerlo.

**Personas Involucradas en su Cuidado:** Podemos utilizar o divulgar información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si está presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, nosotros le proporcionamos una oportunidad de oponerse a tales usos y divulgaciones. En caso de incapacidad o circunstancias de emergencia, daremos a conocer información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional revelando sólo la información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir a una persona recoger sus recetas, suministros médicos, reportes de sonograma u otras formas de información de salud.

**Mercadeo de Servicios Relacionados con la Salud:** No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

**Requerido por la Ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otras personas.

**Seguridad Nacional:** Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales información de salud requerida para la inteligencia legal, contraespionaje y otra actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución correccional o al funcionario policial que tenga la custodia legal la información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, tarjetas postales o cartas).

---

## DERECHOS DEL PACIENTE

**Acceso:** Usted tiene el derecho de ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Usted puede solicitar copias en un formato distinto aparte de fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no podamos hacerlo factiblemente. Usted debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener una forma para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Le cobraremos un costo razonable para gastos tales como copias, franqueo y el tiempo del personal.

**Contabilidad de Divulgación:** Usted tiene el derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestros socios divulgamos su información de salud para propósitos de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud y ciertas otras actividades durante los últimos seis años, pero no antes de 01 de agosto 2003. Si usted solicita esta información contable más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa basada en el costo razonable para responder a estas solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestro uso y divulgación de su información de salud. Nosotros no estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero respetaremos sus peticiones con la única excepción en caso de emergencia.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que enmendamos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

---

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted está preocupada que podamos haber violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso de su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud u para que nos comuniquemos con usted por medios alternativos, puede utilizar la información de contacto abajo. Estamos obligados a cumplir con los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que esta actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de hacer revisiones o cambios a este aviso.

*Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros le proporcionaremos la dirección para presentar una queja federal al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, bajo petición.*

Contacto Oficial: Jinnie Nutt, Gerente de la Práctica, Teléfono: (512)206-0101

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

**Austin Perinatal Associates**  
**David L. Berry, M.D.**  
 6500 N. Mo Pac Expwy Bldg 1, Ste 1205  
 Austin, TX 78731  
 Phone (512) 206-0101 Fax (512) 206-0212

**HISTORIA DE LA PACIENTE**

<b>Fecha:</b>	<b>Medico/Partera de Referencia:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Edad:      Estatura:      Peso:      BMI:</b>
<b>Estado Civil:</b>	<b>Nombre de su Pareja:</b>

**Motivo de Consulta (Las preocupaciones de usted o su médico):**

**Signos y sintomas usted está sintiendo:**

**Número total de embarazos ( incluyendo éste):**

**Número de partos plazos de bebé: Partos prematuros: Abortos Involuntarios/Voluntarios:**

**Niños/Niñas que viven:**

**HISTORIA DE EMBARAZO:**

Año y mes de Nacimiento	Parto vaginal o cesárea/peso de nacimiento	Comentarios (Prematuro, anomalía, muerte fetal, complicación, daño o enfermedad durante el embarazo):

Por favor, indique si tiene o ha tenido:	Sí	No	En caso afirmativo, una breve descripción:
Cáncer de los senos			
Quiste del ovario			
Coágulos de sangre			
Infección del útero			
Infección del útero , las trompas o los ovarios			
Tumor del útero			
Ictericia			
Cancer			
Convulsiones			
Neumonía			
Diabetes			
Colesterol alto			
Migrañas			
Enfermedad del riñón			
Enfermedad del corazón			
Tendencia a sangrar			
Alta presión sanguínea			
Cardiopatía congénita			
El lupus			
Hepatitis			
Disfunciones tiroideas			
Prueba positiva del VIH o del SIDA			

**CIRUGÍAS:** (por favor indique qué tipo y el año en que se realizó):


<b>¿Alguna vez ha tenido una infección vaginal o enfermedad de transmisión sexual?</b>

<b>Anote todos los medicamentos que esta tomando (incluya todo lo que se prescriben y sin receta médica):</b>

<b>Anote todos los medicamentos que ha tomado durante su embarazo (incluya todo lo que se prescriben y sin receta medica):</b>

<b>Anote todos los medicamentos a los cuales usted es alérgica:</b>

<b>¿Bebe alcohol</b>	<b>En caso afirmativo, con qué frecuencia / cuánto</b>
<b>¿Fuma</b>	<b>En caso afirmativo, con qué frecuencia / cuánto</b>
<b>¿Toma drogas recreativas</b>	<b>En caso afirmativo, cuáles drogas</b>
<b>Con qué frecuencia</b>	<b>Cuánto tiempo hace?</b>

<b>¿Usted o el padre tiene antecedentes familiares de defectos de nacimiento?</b>
<b>Liste la relación y la descripción</b>
<b>Fibrosis Quística</b>
<b>Talasemia</b>
<b>La Anemia de Células Falciformes</b>
<b>Defecto del Tubo Neural</b>
<b>Defectos del Corazón</b>
<b>Retraso Mental Inexplicable/Neuromuscular</b>
<b>Las Anomalías Cromosómicas (Síndrome de Down, etc.)</b>
<b>Cualquier Otra Historia (por favor indique)</b>

**REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS (marque todo lo que corresponda)**

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| Fiebre_____                            | Estreñimiento / Diarrea_____           | Depresión_____                        |
| Dolores de cuerpo_____                 | Dolor abdominal_____                   | Dificultad para concentrarse_____     |
| Dolores de cabeza_____                 | Dificultad para orinar/ Infección_____ | Alucinaciones_____                    |
| Mareos_____                            | Sangrado vaginal reciente_____         | Demasiado frío / calor_____           |
| Cambio de Peso_____                    | El flujo vaginal_____                  | Problemas de azúcar en la sangre_____ |
| Visión / Ojos_____                     | Dolor / debilidad muscular_____        | Ganglios linfáticos inflamados_____   |
| Orejas / Nariz / Garganta_____         | Dolor en los huesos o fracturas_____   | Anemia_____                           |
| Palpitaciones / Dolor en el pecho_____ | Erupciones en la piel o picazón_____   | Las alergias estacionales_____        |
| Infección de pulmón / Sibilancias_____ | Entumecimiento / hormigueo_____        | Enfermedades frecuentes_____          |
| Náuseas / Vómitos_____                 | Debilidad_____                         | Sistema inmune deficiente_____        |



**AUSTIN PERINATAL  
ASSOCIATES**

Maternal - Fetal Medicine and Genetic Services

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Fecha que dará a luz: \_\_\_\_\_

Doy a las personas que se enumeran a continuación, el permiso para hablar y recibir cualquier información médica y financiera para este embarazo actual, con todos los empleados de Austin Perinatal Associates, David L. Berry, MD.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Las personas involucradas con este embarazo actual:

\_\_\_\_\_  
Nombre (imprime)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre (imprime)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre (imprime)

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