

CLÍNICA OB-GYN TERRELL
Marie Hollis, MD
Daphney Ayinde, DNP, FNP-C
109 Texas Drs. Suite 100
Terrell TX 75160
Teléfono: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339

Motivo de la visita - Queja(s) principal(es)

¿Qué le trae hoy y/o qué inquietudes tiene?

Medicamentos actuales y/o medicamentos de venta libre junto con cualquier vitamina que esté tomando: Si no tiene suficiente espacio a continuación, indíquelo al dorso de la página.

Nombre

Doce

Cómo se toma

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Historia Médica

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Problemas de oído |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsión |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Trastorno renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastorno articular |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimentarios | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B,C | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Defectos cardíacos | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
-

Historia Obstetricia/ginecología

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal anormal | <input type="checkbox"/> Criocirugía |
| <input type="checkbox"/> Papanicolau anormal | <input type="checkbox"/> Fibromas |
| <input type="checkbox"/> Sangrado entre periodos | <input type="checkbox"/> Sofocas |
| <input type="checkbox"/> Bulto/Masa Mamaria | <input type="checkbox"/> Períodos irregulares |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de busto | <input type="checkbox"/> Clamidia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Cervical | <input type="checkbox"/> Exposición de DER |
| <input type="checkbox"/> Displasia Cervical | <input type="checkbox"/> Verrugas |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Papiloma Humano |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia la fecal/plana genitales | <input type="checkbox"/> Dolor Menstrual |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Infección en las vías urinarias |
| <input type="checkbox"/> Esterilidad | <input type="checkbox"/> Hiperplasia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Inflamación |
| <input type="checkbox"/> Secrecion del pezon | <input type="checkbox"/> Enfermedad del cáncer uterino |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria pélvica uterina | |
| <input type="checkbox"/> Quiste de ovario | |

¿Es alérgico a algo? Sí No

En caso afirmativo, enumere todas las cosas a las que es alérgico a continuación. Si no hay suficiente espacio, por favor anótelo en el reverso de la página.

Nombre

Reacción

Historial quirúrgico

Cirugía: _____ Fecha: _____ Dónde: _____

Cirugía: _____ Fecha: _____ Dónde: _____

Cirugía: _____ Fecha: _____ Dónde: _____

Si hay más cirugías, enumere al dorso de la página.

Antecedentes médicos familiares

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B, C |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta Presión |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Alto Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación | <input type="checkbox"/> Trastornos de hígado |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas de oído | <input type="checkbox"/> Trastorno de riñón |
| <input type="checkbox"/> Problema | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Trastorno Articular |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Trastorno Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangre | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Defectos cardiacos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Trastornos de tiroides | |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel | |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad transmitida sexualmente | | |

Otros detalles _____

Estilo de vida - Historial social

¿Es usted sexualmente activo? Sí No

¿Cuántas parejas? _____ Año pasado _____ Vida total _____

Si no está actualmente activa, ¿alguna vez ha sido sexualmente activa? Sí No

La(s) pareja(s) sexual(es) es(n) Hombre Mujer Ambos

¿Le gustaría que lo revisaran para detectar enfermedades de transmisión sexual? Sí No

¿Alguien en su casa lo ha lastimado física o verbalmente? Sí No

¿Fuma? Sí No ¿Cuántos paquetes por día? _____

¿Ha fumado alguna vez? Sí No Fecha de abandono _____

¿Utiliza drogas recreativas? Sí No

Si se consumen drogas, ¿de qué tipo/frecuencia? _____

¿Cuánto alcohol bebe por semana? _____

¿Cuánta cafeína bebes al día? _____

¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio?

¿Cuánto mides de estatura? _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Historial ginecológico: Menstrual/Historial de salud

¿Edad en el primer período? _____

¿Última prueba de Papanicolaou? _____

¿Fecha del último período? _____

¿Última mamografía? _____

¿Frecuencia de los períodos? _____

¿Última densidad ósea? _____

Duración del período? _____

¿Última colonoscopia? _____

¿Sus períodos son regulares? Sí No

¿Última revisión general de salud? _____

¿Edad de la menopausia? _____

¿Vacunas al día? Sí No

Historial de obstetricia/embarazo:

¿Está actualmente embarazada? Sí No

Número de embarazos _____ Embarazos a término (37+) _____ Embarazos

Prematuros(-36) _____ Espontáneos _____ Abortos _____

Fecha de nacimiento: Semanas de Gestación: Tipo de parto: M/F: Peso: Vida: Complicaciones:

¿Estás tratando de quedar embarazada? Sí No

¿Cuál es su método anticonceptivo actual? N/A Abstinencia Condones

Dispositivo intrauterino Implanon/Nexplanon Anillo vaginal (NuvaRing)

Parche anticonceptivo Espermicida Abstinencia

Planificación familiar natural/Método del ritmo Diafragma/capuchón cervical

Pastillas anticonceptivas orales: (Otro: _____)

CLÍNICA OB-GYN TERRELL
Marie Hollis, MD
Daphney Ayinde, DNP, FNP-C
109 Texas Drs. Suite 100
Terrell TX 75160
Teléfono: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339

Número de Seguro Social: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

Entiendo que, como parte de mi atención médica, esta organización origina y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuros.

Entiendo que esta información sirve como:

1. Una base para planificar mi atención y tratamiento.
2. Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi atención.
3. De hecho, se proporcionó una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
4. Una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina, como la evaluación de la calidad de la atención y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Entiendo que tengo derecho a:

1. Oponerse al uso de mi información de salud para propósitos de directorio.
2. Solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y que la organización no esté obligada a aceptar las restricciones solicitadas.
3. Revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto.

Solicito que los siguientes nombres mencionados utilicen la divulgación de mi información de salud:

se realice directamente al Dr. A.J. Marie Hollis MD para beneficios médicos o quirúrgicos. Seré responsable del pago de cualquier tarifa médica o quirúrgica no cubierta por mi compañía de seguros.

Firma del paciente o Representante Legal.

Fecha

Firma del testigo

Fecha

CLÍNICA OB-GYN TERRELL
Marie Hollis, MD
Daphney Ayinde, DNP, FNP-C
109 Texas Drs. Suite 100
Terrell TX 75160
Teléfono: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339

Daphney o atención médica general. procedimientos que se pueden realizar incluyen, pero no se limitan a:

- Historial médico y examen físico, incluyendo examen pélvico y de senos Extracción de
- sangre para detectar sífilis, anemia, rubéola, diabetes, hepatitis y SIDA O VIH, y otros análisis de sangre determinados de ser necesario.
- Análisis de orina, prueba de embarazo en orina, cultivo de orina y pruebas de detección de drogas.
- Cultivo de gonorrea/clamidia y prueba de Papanicolaou.
- Cualquier otro trabajo de laboratorio apropiado
- Ultrasonido(s)
- Vacunas necesarias.

Se me ha explicado la naturaleza de los procedimientos y no se me ha hecho ninguna garantía en cuanto al resultado.

Entiendo que los proveedores médicos de la Clínica OB-GYN que me examinarán incluyen médicos, parteras certificadas, enfermeras practicantes avanzadas y asistentes médicos. Los enfermeros practicantes avanzados son enfermeros profesionales capacitados para brindar la gama completa de servicios de atención primaria en la comunidad y en entornos hospitalarios. Están certificados por la Asociación Estadounidense de Enfermeras o por organizaciones especializadas en enfermería. Tienen licencias del estado como Enfermeras Practicantes Profesionales Registradas. Los asistentes médicos son miembros calificados del equipo de atención médica que están capacitados para trabajar de forma independiente con los médicos y, bajo su supervisión, brindar atención diagnóstica y terapéutica al paciente. Las enfermeras parteras certificadas son personas educadas en las dos disciplinas de enfermería y partería, que poseen certificación de acuerdo con los requisitos del Colegio Americano de Enfermeras Parteras. Además, en el estado de Texas, tienen licencias como enfermeras registradas y enfermeras practicantes avanzadas.

Entiendo que puedo solicitar que me vea un médico.

Además, la Clínica OB-GYN emplea y contrata a otros profesionales para brindar algunos de los servicios ofrecidos como parte de nuestro equipo de tratamiento. Estas personas brindan servicios de salud auxiliares o aliados, como ecografía, flebotomía y psicoterapia. Entiendo que, como parte de mi evaluación o tratamiento en la Clínica OB-GYN, un profesional calificado puede brindar, a pedido de mi médico, servicios de salud auxiliares o relacionados importantes para mi atención.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica requerida para el pago de mi proveedor (incluidos los servicios de salud auxiliares o aliados) y/o los cargos hospitalarios por los servicios prestados por la Clínica OB-GYN o por uno de sus proveedores médicos aliados. Además, autoricé la divulgación de información a cualquier hospital o centro médico al que me presente para recibir atención médica.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

**CLÍNICA OB-GYN TERRELL
Marie Hollis, MD
Daphney Ayinde, DNP, FNP-C
109 Texas Drs. Suite 100
Terrell TX 75160
Teléfono: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339**

RECONOCIMIENTO DE REVISIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

Fecha

**CLÍNICA OB-GYN TERRELL
Marie Hollis, MD
Daphney Ayinde, DNP, FNP-C
109 Texas Drs. Suite 100
Terrell TX 75160
Teléfono: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339**

Formulario de liberacion de telefono

Este formulario de divulgación telefónica permanecerá vigente hasta que yo lo rescinda por escrito.

Llame a: () Mi casa () Mi trabajo () Mi

número de teléfono celular para llamar: _____

SI NO PUEDE LLAMARME:

() Puede dejar un mensaje detallado

() Deje un mensaje pidiéndome que le devuelva la llamada

La mejor hora para comunicarse conmigo es _____

Nombre del paciente en letra de imprenta:

Firma del paciente:

Fecha:

Testigo:

Fecha:

CLÍNICA OB-GYN TERRELL
Marie Hollis, MD
Daphney Ayinde, DNP, FNP-C
109 Texas Drs. Suite 100
Terrell TX 75160
Teléfono: 972-563-3334 Fax: 972-563-3339

POLICIA DE CITA FALTADA/NO APARECERSE

Estimado paciente:

Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad en el momento oportuno. Para lograr esto, implementamos una política de cita perdida/no presentación. Esto nos permite utilizar mejor las citas disponibles para los pacientes que necesitan atención médica.

Sea respetuoso y llame a nuestra oficina si necesita cancelar o reprogramar una cita con al menos 24 horas de anticipación. Puede dejar un mensaje si no puede comunicarse con nosotros. Asegúrese de dejar su información de contacto y el mejor momento para devolverle la llamada si desea reprogramar. Tenga en cuenta que todos los mensajes de voz se devuelven dentro de las 24 horas.

Una persona que “no se presenta” es alguien que falta a una cita sin cancelar o reprogramar de manera oportuna. Las citas sin presentación son inconvenientes tanto para los pacientes que necesitan atención médica como para nuestra oficina.

Si no avisa con 24 horas de antelación o no presenta una cita, se le cobrará una tarifa de \$10,00.

Si no avisa con 24 horas de antelación o no se presenta a un procedimiento en la oficina, se le cobrará una tarifa de \$25,00.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende nuestra política de citas perdidas/no presentarse.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Firma de testigo

Fecha

AVISO DE PÓLIZAS DE SEGURO MÉDICO

Cualquier persona que tenga seguro de Medicaid y sea atendida aquí y tenga otro seguro comercial y no nos proporcione esta información será responsable del pago cuando Medicaid no pague sus visitas.

Si tiene un seguro comercial, esto solo significa que debe figurar como seguro primario y luego Medicaid será su seguro secundario. Tú NO tener que pagar nada. Solo tenemos que presentar la solicitud a su seguro primario primero y luego lo que no pagan a Medicaid se hará cargo del resto. Incluso si canceló la primaria recientemente, necesitaremos esa información para poder presentarles la carta de denegación y enviarla a Medicaid para que paguen sus visitas. Si ya recibió la carta de cancelación o terminación de beneficios, envíenosla para que podamos adjuntarla a su cuadro. Si no se proporciona el seguro comercial, entonces usted **será responsable del pago al momento de la visita o no podrá ser atendido.**

¡No hay reembolso!

Si no se proporciona el seguro comercial en el momento de su primera visita, se le cobrará una tarifa de nueva presentación de 35,00.

Nombre impreso del paciente: _____

Firma del paciente: _____

AVISO DE ENFERMEDADES

NO VENGAN SI ESTÁS ENFERMO DE LOS
SIGUIENTES SÍNTOMAS:

FIEBRE/ESCALIZOS
TOS
DOLOR DE GARGANTA

SI TIENE UNA CITA POR FAVOR LLAME CON
ANTICIPACIÓN PARA NOTIFICARNOS DE SU
ENFERMEDAD. LE INFORMAREMOS SI NECESITA
VENIR DE CUALQUIER FORMA O VOLVER A
RESERVAR UNA CITA. SI TIENES ESTOS
SÍNTOMAS PUEDES ACUDIR A ATENCIÓN DE
URGENCIA O ER PARA HACERTE LA PRUEBA. NO
TENEMOS LA PRUEBA AQUÍ. ENTONCES
LLÁMANOS CON TUS RESULTADOS.

Cribado Genético/Asesoramiento de Teratología	SÍ O N.	CUAL ES SU RELACIÓN CON USTED
Talasemia (italiana, griega, mediterránea o asiática): MCV <80		
Defecto del tubo neural		
Defecto cardíaco congénito		
Síndrome de Down		
Tay Sachs		
enfermedad de canavan		
Enfermedad o rasgo de células falciformes		
Hemofilia u otros trastornos sanguíneos.		
Distrofia muscular		
Fibrosis quística		
Retraso Mental / Autismo		
En caso afirmativo, ¿se le hizo a la persona la prueba de X frágil?		
Otro trastorno genético o cromosómico hereditario		
Trastorno metabólico materno		
El padre del paciente o del bebé tuvo un hijo con defectos de nacimiento que no figuran en la lista		
Pérdida recurrente del embarazo o muerte fetal		

Medicamentos/drogas ilícitas/recreativas/alcohol/desde el último período menstrual		
En caso afirmativo, agente(s) y concentración/dosis.		
Cualquier otro (ver comentarios)		

HISTORIAL DE INFECCIONES

¿Vive con alguien con tuberculosis o expuesto a la tuberculosis?		
¿Usted o su pareja tienen herpes genital?		
¿Ha tenido una erupción o una enfermedad viral desde el último período menstrual?		
¿Tiene antecedentes de ETS, gonorrea,		
Otros (ver comentarios)		

Comentarios: _____

