



Información General/Registro

Fecha de hoy: _____/_____/_____

Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____ Edad: _____

Teléfonos: Casa(_____) _____ - _____ Celular(_____) _____ - _____

Estatdo Civil: Soltera Union Libre Casada Separada Divorciada

Ocupacion: _____

Trabajo: Tiempo Completo _____ Medio Tiempo _____ Ama de Casa _____ Estudiante _____

Nombre de su pareja: _____ Telefono: _____

Razón de su visita hoy: _____

Si está embarazada, ha tenido cuidado prenatal en algún otro lugar?: SI NO

Nombre de la Clínica/doctor: _____

Número de teléfono: _____

Método de pago: Pago Particular(Efectivo/Debito/Credito) Seguro Médico Medicaid/Medicare

Nombre de Contacto en caso de Emergencia: _____

Número de teléfono:(_____) _____ - _____ Relación: _____

Entiendo que soy responsable por el pago de todo cuidado médico y consultas recibidas en la Clínica CPM

Firma: _____ Fecha: _____/_____/_____



Historial Médico

Nombre: _____ Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha de última menstruación: _____

Por favor marque si usted tiene o ha tenido algún padecimiento de los mencionados a continuación:

SI NO

- ___ ___ Alergias a medicamentos: Cuales _____
- ___ ___ Anemia (por falta de hierro)
- ___ ___ Ansiedad
- ___ ___ Huesos fracturados (rotos)
- ___ ___ Problemas para respirar
- ___ ___ Mareos / desmayos
- ___ ___ Fatiga crónica
- ___ ___ Problemas de vesícula
- ___ ___ Problemas de estómago o intestino
- ___ ___ Infecciones frecuentes de vías urinarias
- ___ ___ Alguna cirugía (fecha y razón) _____
- ___ ___ Hospitalizaciones (fecha y razón) _____
- ___ ___ Transfusiones de sangre? (fecha y razón) _____
- ___ ___ Sangrado excesivo (por cuánto tiempo) _____
- ___ ___ Cáncer (de mama, cérvix, útero, ovarios...) _____
- ___ ___ Papanicolaou **anormal** (explique) _____
- ___ ___ Clamidia
- ___ ___ Gonorrea
- ___ ___ Sífilis
- ___ ___ Herpes
- ___ ___ HIV
- ___ ___ Tricomonas
- ___ ___ Virus del papiloma humano
- ___ ___ Fuma - cigarrillos al día _____
- ___ ___ Toma bebida alcohólicas, cuantas al día _____
- ___ ___ Usa drogas? Actualmente _____ En el pasado _____



Ha estado en tratamiento por infertilidad? _____

Cuántos embarazos ha tenido? _____ (cuente pérdidas, abortos y embarazos ectópicos). Partos normales: _____

Cesáreas: _____

Está tomando medicamentos actualmente (Cuáles, qué dosis y la razón del por qué?) _____

Otras complicaciones de salud no mencionadas anteriormente? _____

Por favor marque si usted (o alguien de su familia, y quien) tuvo o tiene algún padecimiento mencionado a continuación:

SI NO

- ___ ___ Asma
- ___ ___ Cáncer- qué tipo? _____
- ___ ___ Problemas de coagulación de sangre _____
- ___ ___ Derrame cerebral / trombosis venosa profunda / embolia pulmonar
- ___ ___ Depresión
- ___ ___ Diabetes
- ___ ___ Enfermedades alimenticias
- ___ ___ Problemas genéticos
- ___ ___ Enfermedades del corazón
- ___ ___ Colesterol alto / triglicéridos
- ___ ___ Presión alta
- ___ ___ Trastorno autoinmune / Lupus eritematoso
- ___ ___ Dolores de cabeza con pérdida de visión, adormecimiento de la cara, aura
- ___ ___ Osteoporosis
- ___ ___ Ataques epilépticos
- ___ ___ Anemia de Células Falciformes (Sickle Cell) o portadora del gen
- ___ ___ Problemas de la tiroides
- ___ ___ Tuberculosis
- ___ ___ Artritis
- ___ ___ Hepatitis
- ___ ___ Fiebre reumática



Favor de anotar medicamentos tomados regularmente:

Mujeres Embarazadas:

Está tomando vitaminas prenatales? Si No

En su familia o la familia del papa de bebé, hay alguien con algún problema genetico?
(Por ejemplo: Síndrome de Down/Espina Bífida/Autismo/Retardo Mental/Defectos de Corazon/Ciegos Sordos/Mudos/Enfermedad Fibroquistica)

Conteste Si o No con explicacion:

Tiene Mascotas____ Qué tipo/Cuantos_____

Tiene problemas Alimenticios(Anorexia/Bulimia)_____ Desde cuando_____

Hace ejercicios____ Qué tan seguido_____

Ha sufrido Abuso Sexual/Fisico____ Este embarazo fue planeado_____

Ha estado en contacto con alguien que tenga:

Sida/VIH Hepatitis B Tuberculosis Gonorrea Clamidia

Herpes Genitales Sifilis Papiloma Humano

Usted ha considerado hacerse la esterilización o ligadura de trompas, después de este embarazo?
Si_____ No_____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Firmando a continuación estoy autorizando a la Clínica CPM y su personal médico a brindarme cuidado y/o tratamiento médico. Entiendo que los proveedores médicos me proporcionaran el tratamiento de acuerdo con los estándares de cuidado establecidos por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG). Así mismo entiendo que este tratamiento puede incluir exámenes de laboratorio, ultrasonidos y otros procedimientos diagnósticos. Toda información obtenida u todos los resultados serán confidenciales, a menos que yo firme una autorización para que dicha información sea proporcionada a otra persona y/o clínica. Nadie será capaz de acceder a la información y al hospital para discutir mi información médica con el personal de la clínica para los propósitos de traducción y ayuda en general.

Acepto que no exista ninguna garantía de protección de mi historial médico ante la petición ordenada por un tribunal, en caso de un procedimiento legal que involucre la atención médica. Entiendo que el contenido de mi historia clínica deba estar disponible al abogado que represente la práctica.

Autorizo a los médicos y al hospital para discutir mi información medica con los empleados de Clínica CPM para propósitos de traducción y ayuda en general.

Firma del paciente

Fecha

Guardian Legal (Si paciente es menor de edad)/Relacion

Fecha

Testigo

Fecha



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES del PACIENTE

Yo entiendo que la Clinica CPM tiene un documento que explica los derechos y responsabilidades del paciente y puedo obtenerlo en cualquier momento.

_____ Estoy conciente de mos derechos y responsabilidades como paciente y quiero una copia del documento que me los explica.

_____ Estoy consiente de mis derechos y responsabilidades como paciente y NO quiero una copia del documento que me los explica.

Firma

Fecha



Authorization to receive blood products

Although pregnancy and childbirth are a very natural events, at times they can be complicated by problems which require the use of blood or blood products to be used. Refusal to accept a blood transfusion under these circumstances can endanger the life of the mother or baby and can lead to death, disability or prolonged recuperation. These problems are rare and occur in less than one hundred (1:100) pregnancies. There are infrequent not serious risks from blood transfusions which may include infections such as Hepatitis, HIV or Transfusion reactions.

I authorize the transfusion of blood products to me, when deemed necessary by my physician, anesthesiologist, or their associates and assistants. I will give the physician at CPM OB-GYN a 30day notice in writing if I wish to revoke this authorization.

Signature

Date

Witness

Date

AUTORIZACION PARA RECIBIR TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Aun a pesar de qué el embarazo y el parto son eventos naturales, en algunas ocasiones pueden presentarse complicaciones que requieren el uso de sangre o derivados sanguíneos. Estas complicaciones pueden poner en peligro la vida de la madre o del bebé, o bien provocar enfermedades, causar una recuperación prolongada e incluso la muerte. Dichas complicaciones son raras y ocurren en menos de uno en cien (1:100) embarazos. Existen riesgos serios que no se presentan de manera frecuente, como lo son Hepatitis C, VIH o reacciones negativas a la transfusión.

Yo autorizo la transfusión de sangre y/o derivados sanguíneos en caso de que el personal médico lo considere necesario. Así mismo daré notificación, con 30 días de anticipación al personal médico de Clínica CPM OB-GYN en caso revocar esta autorización.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

