

CUESTIONARIO SOBRE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (M/D/A): _____ Edad: ____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: (solo en California): _____ Ocupación: _____

INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento (M/D/A): _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ ¿Es su pareja el padre biológico del bebé que espera? NO SÍ
 Si la respuesta es no, ¿utilizó un donante de esperma? NO SÍ

INFORMACIÓN PARA COMUNICARNOS CON EL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN

Teléfono de móvil: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

¿Podríamos dejarle un mensaje de voz detallado que incluya **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**? SÍ NO

Si su respuesta es sí, marque la opción que corresponda: Teléfono de móvil Casa Trabajo

Si no logramos ponernos en contacto con usted, ¿hay otra persona a la que podamos dejarle un mensaje de vos detallado que incluya **información médica confidencial y resultados de sus pruebas**? NO SÍ Si su respuesta es "SÍ", brinde la siguiente información:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

- Usted como paciente tiene el derecho de revocar este permiso para dejar un correo de voz confidencial
- El paciente asume responsabilidad por la información dejada en el correo de voz confidencial

INFORMACIÓN DEL DOCTOR O CLINICA QUE LE REFIRIÓ:

Nombre: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EXPOSICIONES Y EL EMBARAZO

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?	NO	SÍ	¿Toma algún medicamento de forma regular?	NO	SÍ
Diabetes	NO	SÍ	Si la respuesta es sí, especifique. Si está embarazada, haga una lista de todos los medicamentos que ha tomado desde la concepción (excepto vitaminas prenatales y Tylenol):		
Epilepsia	NO	SÍ	_____		
Lupus	NO	SÍ	_____		
Enfermedad de Graves, tiroiditis crónica (enfermedad de Hashimoto) o cáncer de tiroides	NO	SÍ	_____		
¿Está usted embarazada?	NO	SÍ	DESDE QUE SE EMBARAZÓ, HA TENIDO O TOMADO:		
Fecha del parto: _____			CIGARRILLOS	NO	SÍ _____
			ALCOHOL	NO	SÍ _____
			DROGAS ILÍCITAS	NO	SÍ _____
			FIEBRE (MÁS DE 101 °F)	NO	SÍ _____
			Rayos X (no dentales)	NO	SÍ _____
¿Fue usted adoptada o lo fue el padre biológico del bebé que espera?	NO	SÍ	Si responde "SÍ", especifique: _____		

TODA LA INFORMACIÓN ANTES MENCIONADA ES CORRECTA SEGÚN MI SABER Y ENTENDER

FIRMA DE LA PACIENTE: _____ **FECHA:** _____



Derechos y responsabilidades del paciente de Asesoramiento genético

Asesor de genética reproductiva

Su proveedor de atención médica lo ha remitido a Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories para obtener asesoramiento genético. Además de brindar servicios de asesoramiento genético, Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories realiza pruebas genéticas. Los asesores genéticos apoyan a los pacientes y a sus médicos para identificar los riesgos genéticos, para explicar las opciones apropiadas de pruebas genéticas, para discutir las implicaciones de los resultados de las pruebas y para ayudar a los pacientes a tomar decisiones médicas informadas.

Durante las sesiones de asesoramiento genético, el asesor genético le hará preguntas detalladas acerca de su historial reproductivo personal, así como de su historial médico personal y familiar. De acuerdo a la información que proporcione durante la sesión, el asesor genético identificará y discutirá los factores de riesgo genéticos identificados que podrían afectarle a usted o a sus hijos. El asesor genético le explicará cualquier opción de prueba y procedimiento disponible, como la amniocentesis, incluyendo sus beneficios y limitaciones. De acuerdo a su disposición y criterio, usted decide si desea someterse a alguna prueba o procedimiento genético. La decisión es completamente suya.

Es importante que comprenda que el asesor genético usará solo la información que usted o la oficina de atención médica proporcionó con el fin de evaluar los riesgos genéticos específicos. Es su responsabilidad asegurarse de que la información que proporcione al asesor genético sea lo más exacta y completa posible. Si algún resultado de pruebas pertinentes no está disponible durante su asesoramiento genético, el asesor genético no podrá proveerle los riesgos más relevantes en relación con estas pruebas y condiciones genéticas ocultas. Es su responsabilidad comunicarse con las oficinas de su proveedor de atención médica actual o anterior para que envíe cualquier resultado pertinente de las pruebas al asesor genético y es su responsabilidad comunicarse con el asesor genético para programar una cita de seguimiento si desea someterse más adelante a una evaluación de riesgo relacionada con los resultados de esta prueba. Si obtiene cualquier información nueva o diferente acerca de su historial familiar o reproductivo, continúa siendo su responsabilidad comunicarse nuevamente con el asesor genético después de su cita de asesoramiento genético. Si decide enviar por correo electrónico los resultados de pruebas necesarias, su historial médico o cualquier otra información a su asesor genético, usted asumirá toda responsabilidad por la seguridad de la transmisión por correo electrónico o cualquier otro riesgo potencial de que su correo electrónico se dirija equivocadamente a un destinatario no deseado.

Nuestra política prohíbe la grabación de audio ó video de la sesión de asesoramiento genético o tomar fotografías/ video de los materiales o del asesor genético.

Usted puede decidir si se somete a la prueba genética de la que habló con el asesor genético de Integrated Genetics. Es su responsabilidad asegurarse de que se realice la prueba que ha solicitado. Su médico es responsable de ordenar las pruebas y seleccionar el laboratorio que las realice.

Su asesor genético hablará con usted sobre cómo recibirá los resultados de la prueba. Los resultados de la mayoría de las pruebas genéticas están disponibles en un plazo de dos o tres semanas. Si espera que el asesor genético o el consultorio de su proveedor de atención médica se comuniquen con usted con los resultados de la prueba y no ha tenido noticias de ellos en un plazo de dos o tres semanas después de la prueba, deberá comunicarse con el consultorio de atención médica o con el asesor genético.

El asesor genético ofrece asesoramiento genético a solicitud de su proveedor de atención médica. Durante su embarazo, los cobros por asesoramiento genético y por cualquier prueba genética son independientes de los cobros del ultrasonido o del médico. Integrated Genetics/Esoterix Genetic Laboratories le facturará a su compañía de seguros si nos proporciona la información del seguro. Usted es responsable del pago de todo saldo pendiente, incluyendo cualquier deducible, copago o coaseguro.

Muchas gracias por revisar esto y esperamos que encuentre esta información útil para comprender cuál es la función del asesoramiento genético. Firme abajo para indicar que ha recibido y revisado la información anterior.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Asesor genético: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Integrated Genetics Genetic Counseling ♦ Teléfono 855-GC CALLS (855-422-2557)

Integrated Genetics is a business unit of Esoterix Genetics Laboratories, LLC, a wholly-owned subsidiary of Laboratory Corporation of America Holdings.
© 2017 Laboratory Corporation of America® Holdings. All rights reserved.

PATIENT INFORMATION (Please print legibly/Escribir legible)

Name/Nombre: last/apellido				first/nombre		<input type="checkbox"/> Male Masculino		<input type="checkbox"/> Female Femenino		Patient #:	
Address/Domicilio: Número y calle				Home Phone/Teléfono de la casa				Date of Birth/Fecha de Nacimiento			
Work Phone/No. de Teléfono del trabajo				Referring Physician Name (First and Last)/Médico Remitente (nombre y apellido)							
City/ Ciudad			State/Estado		Zip/Zona Postal		Genetic Counselor			Date of Appointment	

CLIENT INFORMATION

CLIENT# 184506 SUBCLIENT# 184507
 Obstetrix Medical Group
 900 East Hamilton Avenue
 Suite 220
 Campbell, CA 95008 Phone: (408) 371-7111

BILLING/INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO PARA COBRO

(Complete Section 1 if you are paying by cash OR Section 2 to have your insurance company billed.)

(Llenar sección 1 si pago es en dinero efectivo. Llenar sección 2 si quiere que su cuenta sea enviada a su seguro médico.)

SECTION 1: <input type="checkbox"/> Physician or Institution/Doctór ó Institución <input type="checkbox"/> Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) <input type="checkbox"/> Inpatient/Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Outpatient/Paciente no hospitalizado Card # / # de la tarjeta: _____ <input type="checkbox"/> Medicaid: (Copy of card required/Copia de la tarjeta) Card # / # de la tarjeta: _____ State/Estado: _____ <input type="checkbox"/> California PNS Program <input type="checkbox"/> Patient/Self-Pay/Cobro al paciente <input type="checkbox"/> Payment Enclosed/Pago incluido * Do not attach credit card information to this form	SECTION 2: Copy of insurance card (front & back) required, attach copy of authorization if available. Copia de la tarjeta del seguro (parte delantera y posterior), adjuntar copia de la autorizacion si está disponible. <input type="checkbox"/> Insurance/PPO/Seguro/PPO <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Medical Group/IPA* Attach co-pay/Adjuntar co-pago <input type="checkbox"/> HMO* Attach co-pay/Adjuntar co-pago <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> *Authorization # *# de autorización </div> <i>Non-authorized services will be billed to the patient.</i> <i>Servicios no autorizados serán cobrados a Usted.</i>
Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:	
Billing Address/dirección de la compañía:	
City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:	
Telephone # / # de teléfono:	
Name of Insured/Nombre del asegurado:	
Policy # / # de la póliza:	Group# / # del grupo:
Name of Employer/Nombre del empleador:	
Relation to Insured/Parentesco con asegurado: Self/Asegurado Spouse/Cónyuge Child/Hijo/a Other/Otro	

The charge for these services is separate from any other tests or procedures. I authorize Integrated Genetics to furnish my designated insurance carrier any information concerning my services that is necessary for reimbursement. I also authorize benefits to be payable to Integrated Genetics. I understand that I am responsible for any amount not paid by insurance.

Many insurance carriers will pay only for services they deem to be reasonable and necessary or a covered service. If my insurance carrier determines that a particular service is not reasonable and necessary, my insurance carrier may deny payment. If my plan does not cover the genetic counseling or medical consult provided by Integrated Genetics, I agree to be responsible for full payment.

Signed _____ Dated _____

El cobro de estos servicios son aparte de cualquier otro examen o procedimiento. Yo autorizo que Integrated Genetics supla a mi seguro médico de cualquier información que sea necesaria para reembolso. Yo también autorizo que los beneficios sean pagados a Integrated Genetics. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro médico.

Muchos seguros médicos solamente pagan por servicios que consideran razonables o necesarios. Si mi seguro determina que algún servicio en particular no es considerado razonable o necesario, mi seguro medico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genetica o consulta médica provista por Integrated Genetics, yo accedo hacerme responsable por la cuenta en completo.

Firma _____ Fecha _____