

Daniel O. Mundy, M.D.  
Tahseen H. Qadeer, M.D.

**OB/GYN OF HOUSTON**  
6410 Fannin Suite 200  
Houston, TX 77030

Henry Y. Su, M.D.  
Donna M. Woolfolk, M.D.

### Informacion del Paciente

Fecha:	Nombre Legal:		
Numero de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	Casada ___ Soltera ___ Viuda ___ Divorciada ___ Legalmente Separada ___
Direccion Postal:			
Numero de Telefono:		Correo electronico:	
Contacto de Emergencia:	Relacion con la Paciente	Telefono de Emergencia	
Farmacia Preferida:		Numero de telefono de Farmacia Preferida:	

#### Informacion de Seguro

Nombre de la persona responsable de la facture:	Ocupacion:	Empleador:
Nombre del Seguro:	Nombre del Subscriptor:	Fecha de Nacimiento del Subscriptor:
Relacion del paciente con ella:	Numero de la Poliza	Numero de Grupo:

#### Informacion de Seguro Secundario

Nombre de la persona responsable de la facture:	Ocupacion:	Empleador:
Nombre del Seguro:	Nombre del Subscriptor:	Fecha de Nacimiento del Subscriptor:
Relacion del paciente con ella:	Numero de la Poliza	Numero de Grupo:

#### Asignacion de Beneficios

**Autorizacion de Beneficios:** Autorizo que mis beneficios de seguro sean directamente pagados para OB/GYN OF HOUSTON. También autorizo a OB/GYN OF HOUSTON y a mi compania de seguro revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

**Asignación de beneficios:** Por la presente, asigno beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y otros planes de salud para: OB/GYN OF Houston.

**Responsabilidad financiera:** Entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios recibidos, independientemente de mi cobertura de seguro.

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

# OB/GYN OF HOUSTON

## Declaración Financiera

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M / D / A M / D / A

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Para recibir el cuidado apropiado, los pacientes deben aceptar ciertas responsabilidades. Usted es responsable de proporcionar información exacta y completa con respecto a su(s) póliza(s) de aseguranza. Usted es responsable de su obligación financiera.

### TRATAMIENTO FINANCIERO

En consideración de los servicios prestados al paciente, el paciente y/o la persona legalmente responsable que firman este consentimiento asume responsabilidad financiera completa para el pago de la cuenta del paciente. Si la cuenta es referida a una agencia de abogado o a colección, la misma persona concuerda en pagar los honorarios de abogado y gastos de colección. Si los servicios de caridad se requieren, la determinación de la elegibilidad se debe solicitar en la primera visita, o facturación detallada, o recibo de cuenta.

### ASIGNACIÓN IRREVOCABLE DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA

Yo por la presente autorizo a la(s) compañía(s) de aseguranza bajo la cual estoy asegurado para pagar directamente a OB/GYN de Houston, todos los beneficios debidos bajo dicha(s) poliza(s) por la razón de los servicios prestados bajo ese respecto. Yo pagaré a OB/GYN de Houston todos los cargos contraídos, o alternativamente, por todas los cargos por encima de las sumas pagadas por dicha(s) póliza(s). Cada persona que firma el consentimiento es financieramente responsable de los cargos no cobrados por esta asignación.

### DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Hasta donde sea necesario y para determinar la obligación para el pago y para obtener reembolso, yo autorizo a OB/GYN de Houston para revelar mi información de asistencia médica a cualquier persona, a la Administración del Seguro Social, al indemnizador de la aseguranza, o quien paga el beneficio, al plan del beneficio de salud, o al portador de compensación al trabajador el cual es, o puede ser, responsable de todo o una porción de los cargos de médico, y para completar formas de reclamo a favor del paciente. Entiendo que OB/GYN de Houston puede revelar mi información de asistencia médica sin mi autorización escrita a: miembros de la auditoría, aseguranzas, a las agencias del Estado y Federales que apliquen; o a una corte según una orden de tribunal o citación. Entiendo también que mi información de asistencia médica no será proporcionada a ninguna persona inclusive parientes cercanos, amigos personales, los floristas, el personal de entrega, ni médicos quienes están tratándome actualmente, sin mi autorización escrita.

### PARA PACIENTES CON MEDICARE

#### NOTIFICACIÓN ANTICIPADA PARA LOS BENEFICIARIOS QUE MEDICARE NO PAGARÁ

Medicare no paga por todos sus costos de asistencia médica. Medicare sólo paga por los beneficios cubiertos. Aquellos artículos y servicios que no son Medicare, Medicare no pagará por ellos. Cuando usted recibe un artículo o un servicio que no esté cubierto, usted es responsable de pagar por este personalmente o a través de cualquier aseguranza que usted pueda tener.

### DECLARACIÓN

Yo he leído y he entendido el acuerdo arriba enunciado, las autorizaciones, y las asignaciones irrevocables. Los términos y las consecuencias de este documento han sido explicados completamente a mí y yo lo he firmado libremente y sin incentivo de otra manera que la rendición de servicios. Todo pregunta ha sido contestada completamente. Entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por la aseguranza.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Garante / Firma Asegurada

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OB/GYN OF HOUSTON**  
**Privacidad del HIPAA**  
**Aviso de Prácticas de Privacidad**

Al firmar este ácusé de recibo del Aviso de prácticas de privacidad (la "Notificación"); Reconozco y acepto que he recibido una copia de la Notificación de prácticas de privacidad para su revisión y para mantener a mis registros en la fecha que se identifica a continuación.

Yo entiendo que la Compañía puede utilizar y divulgar información de salud personal necesario (por ejemplo, mi nombre, dirección, número de identificación del suscriptor, información y / o el tipo de productos examen de salud) a otra parte para permitir que la empresa pueda llevar a cabo sus tareas administrativas, me proporcione los servicios y productos de cuidado de la salud, proceso que mis reclamaciones de beneficios de salud y de comunicarse conmigo en relación con los servicios de salud prestados por la Compañía (por ejemplo, envío de recordatorios de salud o información sobre los servicios / productos ofrecidos por la Compañía).

**Yo puedo estar seguro de que esta empresa no va a vender mi información personal de salud de cualquier tipo a un lugar tercero para su uso propio de dicha parte.** Autorizo a la Compañía a presentar mis reclamaciones de beneficios de salud a mi patrocinador del plan o plan de salud para recibir el reembolso directamente a los servicios de salud y los productos que he recibido de la Sociedad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Date

**Denegación de Reconocimiento**

**Sólo para uso de la Compañía**

**Para empresa uso SOLAMENTE:** Esta sección debe ser completada por la Compañía sólo si no puede obtener permiso del paciente o representantes legales del paciente para el recibo escrito del aviso de prácticas de privacidad por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_(Por favor sus iniciales aquí) representante legal del paciente se negó a firmar.

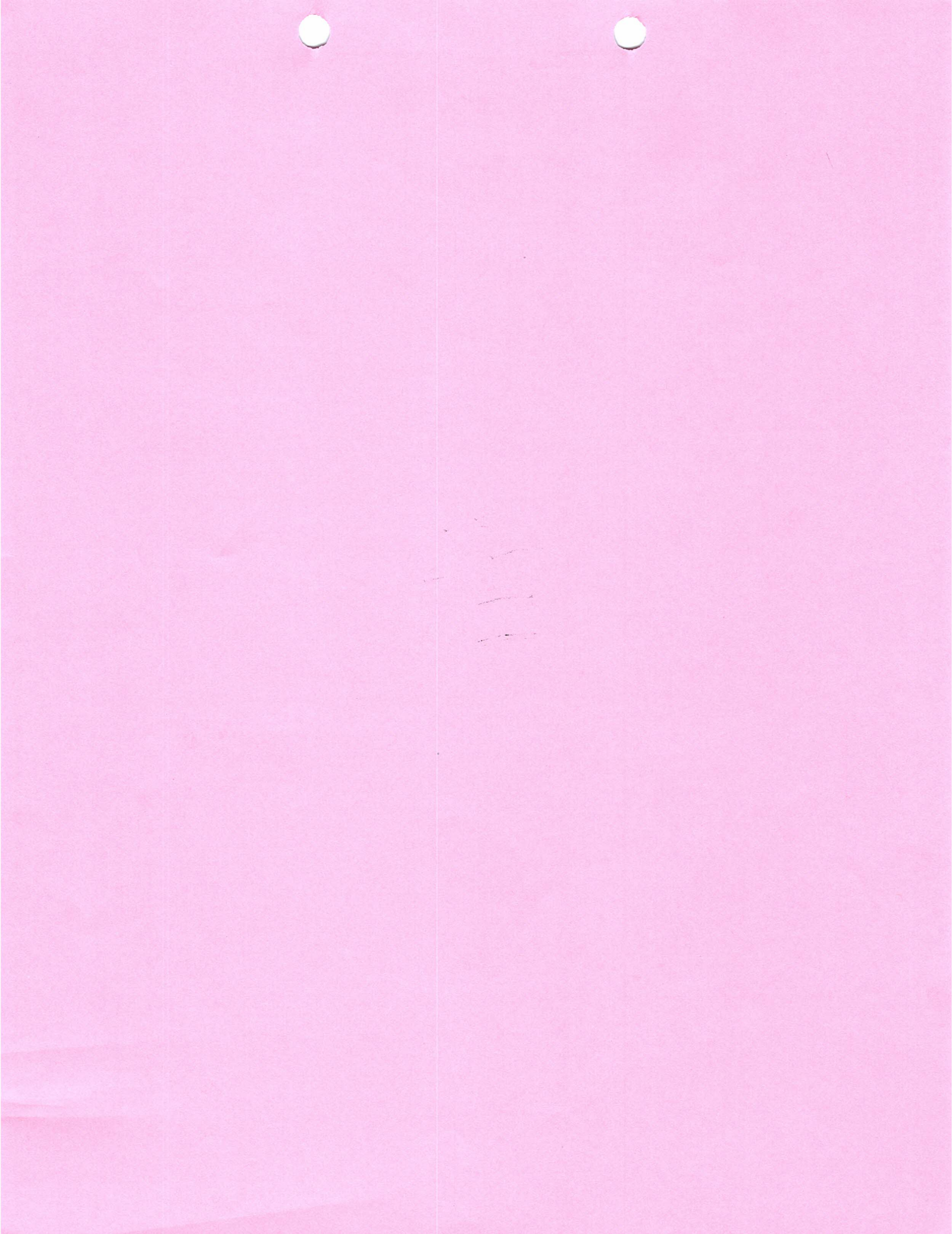
\_\_\_\_\_(Por favor sus iniciales aquí) Otros: (por ejemplo, atención de emergencia)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Proveedor / Asociado Nombre (impresión)

\_\_\_\_\_  
Proveedor / Firma Asociado

**NOTA: LUGAR ESTE FORMULARIO EN ARCHIVO DEL PACIENTE, Y RETENER INDEFINIDAMENTE.**



# OB/GYN OF HOUSTON

## Historia Familiar

PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha:   /  /   Nacido:   /  /    
M / D / A M / D / A

Edad o Edad de su muerte	Problema Médico	Algún miembro de su familia sufre o sufrió de lo siguiente:
Padre: (Vive? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ) _____	_____	Diabetes S__ N__
Madre: (Vive? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ) _____	_____	Migrañas S__ N__
Número de Hermanos (en total _____ aún vivos _____ ) _____	_____	Colesterol alto S__ N__
Número de Hermanas (en total _____ aún vivos _____ ) _____	_____	Tiroides S__ N__
Niños (Cuántos?) _____	_____	Cancer del Seno S__ N__
¿Cualquier infarto en su familia antes de los 65 años de edad? _____	_____	Osteoporosis S__ N__
¿Alguna enfermedad excepcional o rara en su familia? _____	_____	Tensión Alta S__ N__
¿Cualquier otra historia de familia que debemos saber? _____	_____	Asma S__ N__

ALERGIAS a algún medicamento (el nombre de la medicina y el tipo de la reacción que le causa) : \_\_\_\_\_

### HISTORIA PERSONAL

Cigarrillos, siempre Si ___ No ___	_____ por día	Cigarrillos/pipa/tabaco _____
Alcohol Si ___ No ___	_____ por día/semana/mes	Cerveza/vino/otro _____
Drogas Si ___ No ___	_____ por día	Marihuana o _____
Actividad Sexual Si ___ No ___	¿Cuánto(s) compañero (s) tuvo el año pasado? _____	Los compañeros sexuales son: Hombres _____ Mujeres _____

¿Sufrió Ud un cambio de peso significativo el pasado año? \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS: (incluya por favor píldoras de control de nacimiento y sin receta, las drogas sin prescripción!)

Nombre	Dosis (mg)	veces por día	
1. _____			5. _____
2. _____			6. _____
3. _____			7. _____
4. _____			8. _____

### Hospitalizaciones y Cirugías

Año	Año
1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

Enfermedades principales o heridas: \_\_\_\_\_

### MANTENIMIENTO DE SALUD

Es su colesterol alto (más de 200) Si \_\_\_ NO \_\_\_ No sabe \_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_ Resultado? \_\_\_\_\_

¿Ud alguna vez ha tenido pruebas de sangre para el intestino? Si \_\_\_ NO \_\_\_ No sabe \_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_ Resultado? \_\_\_\_\_

¿Ud ha tenido un sigmoidoscopia? Si \_\_\_ NO \_\_\_ No sabe \_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_ Resultado? \_\_\_\_\_

¿Ud usa cinturón de seguridad cuándo maneja? Si \_\_\_ NO \_\_\_ No sabe \_\_\_ Cuándo? \_\_\_\_\_ Resultado? \_\_\_\_\_

Aficiones o actividades físicas: \_\_\_\_\_

### MUJERES

Edad de inicio de periodos: \_\_\_\_\_ Último período menstrual (primer día): \_\_\_\_\_

Mancha de Papilla Pasada (mes/año) \_\_\_\_\_ Último mamograma (mes/año): \_\_\_\_\_

¿Qué tan a menudo Ud. examina sus pechos? \_\_\_\_\_

¿Ud tiene un ginecólogo? Si \_\_\_ NO \_\_\_ Quién? \_\_\_\_\_

Número de veces embarazada: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_

Número de nacimientos vivos: \_\_\_\_\_ Número de malos partos: \_\_\_\_\_

# OB/GYN OF HOUSTON

## Revisión de Sistemas

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M / D / A

Nacido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M / D / A

Por favor chequee (✓) en cada caja para cada "si" como respuesta a las preguntas siguientes. Utilice el espacio en la parte de atrás de esta forma y escriba cualquier explicación u otra información que usted crea que debemos saber.

¿Ha tenido Usted cualquiera de las condiciones siguientes o problemas médicos?

- A. Constitucionales**
- Pérdida de Peso (reciente)
  - Ganancia de Peso
  - Flebre o fríos (reciente)
  - Pérdida del apetito
  - Fatiga inusual
  - Dificultad al dormir
  - Sudores en la noche

- B. Ojos**
- Visión Doble
  - Fallas en la visión
  - Ojos rojos
  - Dolor de ojo
  - Glaucoma
  - Cataratas

- C. Oreja, Nariz, Garganta**
- Oído disminuído
  - Timbre en los oídos
  - Infecciones del oído frecuentes
  - Vértigo o confusión
  - Ronquidos
  - Hemorragias nasales (recientes)
  - Sinusitis
  - Dolor de dientes
  - Dolor de encía o sangrado
  - Ronquera
  - Problemas al hablar

- D. Respiración**
- Tos constante
  - ¿Si es sí, tiene esputo?
  - Neumonía
  - Bronquitis
  - Asma
  - Resuello con silbido
  - Tuberculosis (Tb)
  - Prueba positiva de piel (Tb)
  - Pleuresía
  - Enfisema

- E. Corazón / Vasos sanguíneos**
- Dolor de Pecho
  - Aliento corto - en actividad
  - Aliento corto - recostado
  - Hinchazón de los pies
  - Palpitaciones
  - Soplo de corazón
  - Fiebre reumática
  - Hipertensión
  - Colesterol alto
  - Infarto (M.I).
  - Paro cardíaco

- Desmayo
- Dolor de pantorillas, caminante
- Flebitis

- F. Gastrointestinal**
- Tragar con dificultad
  - Náusea, vómitos
  - Hepatitis
  - Pancreatitis
  - Úlcera estomacal
  - Dolor de abdomen (reciente)
  - Sangre brillante roja en la evacuación
  - Evacuación negra o alquitranada
  - Diarrea (reciente)
  - Estreñimiento
  - Cambio reciente en hábitos intestinales
  - Inflamación intestinal
  - Pólipos de colon
  - Hemorroides
  - Hernia
  - Intestino irritable / Colon espástico

- G. Genital / Urinario**
- Enfermedad de riñón
  - Sangre en la orina
  - Cálculos en el riñones

- Urinación**
- Ardor al orinar
  - Orina frecuentemente
  - 2 veces o más en la noche
  - Pérdida del control
  - Enfermedad de transmisión sexual
  - Herpes

- Mujeres**
- Cópula dolorosa
  - Descarga anormal
  - Períodos irregulares

- H. Músculos, Huesos, Articulaciones**
- Artritis
  - Dolor en las articulaciones
  - Articulaciones traquean (click)
  - Articulaciones hinchadas
  - Rigidez en las articulaciones
  - Dolor de cuello
  - Dolor bajo en la espalda
  - Fractura o herida
  - Gota
  - Osteoporosis

- I. Piel / Pecho**
- Masas en el pecho
  - Enfermedad del seno
  - Erupción (reciente)
  - Urticaria
  - Eczema
  - Psoriasis
  - Lunares nuevos o cambio de alguno
  - Pérdida de cabello

- J. Neurológico**
- Ataques de epilepsia
  - Dolores de cabeza frecuentes
  - Migrañas (diagnosticada por doctor)
  - Entumecimiento / hormigueo
  - Pérdida de fuerza, en alguna parte específica del cuerpo
  - Golpe en la cabeza
  - Cambios de la personalidad
  - Temblor / Sacudidas

- K. Psiquiátrico / Salud mental**
- Depresión
  - Ansiedad / nerviosismo
  - Insomnio (reciente)
  - Pérdida de memoria
  - Mal humor
  - Enfermedad mental

- L. Endocrino**
- Diabetes
  - Enfermedad de la tiroides
  - Destellos calientes

- M. Sangre / Linfático**
- Anemia
  - Cáncer de cualquier tipo
  - Nodos de linfa aumentados "gánglios"
  - Morados fácilmente "hematomas"
  - Coágulos en la pierna

- N. Alérgico / Inmunológico**
- Alergias / fiebre de heno
  - Flujo nasal crónico
  - Drenaje en garganta
  - Picazón en los ojos
  - Empleo de esteroides
  - HIV

- O. Otro**
- Cualquier otro problema
  - Leí estas preguntas y no tengo ningún otro problema médico

Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

<i>Age(s) or age(s) at death</i>	<i>Medical Problems</i>	<i>Any immediate family members with the following?</i>
Father: (Alive? Y__ N__)	_____	Diabetes Y__ N__
Mother: (Alive? Y__ N__)	_____	Migraines Y__ N__
Brothers (total number _____ number alive _____)	_____	High Cholesterol Y__ N__
_____	_____	Thyroid Disease Y__ N__
Sisters (total number _____ number alive _____)	_____	Breast Cancer Y__ N__
_____	_____	Osteoporosis Y__ N__
Children: (how many?) _____	_____	High Blood Pressure Y__ N__
Any myocardial infarction (MI, heart attack) in your family before age 65? Y__ N__	_____	Asthma Y__ N__
Any unusual or rare diseases in your family? _____	_____	
Any other family history we should know? _____	_____	
ALLERGIES or side effects from medications (list name of medications / type of reaction): _____		

**PERSONAL HISTORY**

Tobacco, ever: Y\_\_ N\_\_ \_\_\_\_\_ per day Cigarettes \_\_\_\_\_ Pipe \_\_\_\_\_ Snuff \_\_\_\_\_  
 Alcohol: Y\_\_ N\_\_ \_\_\_\_\_ per day/wk/mo Beer \_\_\_\_\_ Wine \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
 Drugs (recreational) Y\_\_ N\_\_ \_\_\_\_\_ per day Marijuana \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
 Sexually active? Y\_\_ N\_\_ How many partner(s) in the past year? \_\_\_\_\_ Sex partners are: Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_  
 Your height: \_\_\_\_\_ Usual Weight: \_\_\_\_\_ What weight change have you had in the past year? \_\_\_\_\_

**MEDICATIONS** (Please include birth control pills and any other over-the-counter, nonprescription drugs!)

Name	Dosage (mg)	times per day	Name	Dosage (mg)	times per day
1. _____			5. _____		
2. _____			6. _____		
3. _____			7. _____		
4. _____			8. _____		

**HOSPITALIZATIONS AND SURGERIES**

Year	Reason for Hospitalization or Procedure	Year	Reason for Hospitalization or Procedure
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Major illnesses or injuries: \_\_\_\_\_

**HEALTH MAINTENANCE**

Is your cholesterol high (over 200)? Y\_\_ N\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_ Result? \_\_\_\_\_  
 Have you ever had stool tests for blood? Y\_\_ N\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_ Result? \_\_\_\_\_  
 Have you ever had a sigmoidoscopy? Y\_\_ N\_\_ Unknown \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_ Result? \_\_\_\_\_  
 Do you use a seat belt each time you drive? Y\_\_ N\_\_ \_\_\_\_\_  
 Hobbies or physical activities: \_\_\_\_\_

**WOMEN**

Age of onset of Periods: \_\_\_\_\_ Last menstrual period (first day): \_\_\_\_\_  
 Last Pap Smear (month/year): \_\_\_\_\_ Last mammogram (month/year): \_\_\_\_\_  
 How often do you examine your breasts? \_\_\_\_\_  
 Do you have a gynecologist? Y\_\_ N\_\_ Who? \_\_\_\_\_  
 Number of times pregnant: \_\_\_\_\_ Number of abortions: \_\_\_\_\_  
 Number of live births: \_\_\_\_\_ Number of miscarriages: \_\_\_\_\_