

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA Y PAGOS****INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Nombre del Paciente:</b> (Apellido, nombre, segundo nombre) Nombre de Soltera: _____		<b>Fecha de Nacimiento:</b> (mes-día-año) _____	
<b>Últimos 4 dígitos del número de seguro social:</b> _____	<b># de Licencia de Manejar del Paciente:</b> _____	<b># de Teléfono:</b> _____	
<b>Domicilio de Casa:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____	<b>Estado:</b> _____	<b>Código Postal:</b> _____
Hoy es su primera visita aquí? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Preferencia de comunicación: <input type="radio"/> Correo <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> No tiene preferencia	
Consumo de tabaco: <input type="checkbox"/> Actualmente fuma todos los días <input type="checkbox"/> Actualmente fuma unos días <input type="checkbox"/> Solía fumar			
<input type="checkbox"/> Fuma bastante <input type="checkbox"/> Fuma un poco <input type="checkbox"/> Nunca Fuma			
<b>Empleador:</b> _____	<b>Domicilio de Empleador:</b> _____	<b>Telefono de Trabajo:</b> _____	
<b>Contacto de emergencia:</b> _____	<b>Relacion al Paciente:</b> _____	<b># de Telefono:</b> _____	

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE**

<b>Nombre de su Pareja:</b> (Apellido, nombre, segundo nombre) _____		<b>Fecha de Nacimiento:</b> (mes-día-año) _____	
<b>Últimos 4 dígitos del número de seguro social:</b> _____	<b># de Licencia de Manejar de la Pareja:</b> _____	<b>Número de teléfono:</b> _____	
<b>Empleador de su Pareja:</b> _____	<b>Domicilio de Empleador:</b> _____		

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA**

<b>ASEGURANZA MÉDICA (PRIMARIA):</b> _____	
<b>Domicilio:</b> _____	
<b>Número de Póliza:</b> _____	<b>Nombre de Suscriptor:</b> _____
<b>ASEGURANZA MÉDICA (SECUNDARIA):</b> _____	
<b>Domicilio:</b> _____	
<b>Número de Póliza:</b> _____	<b>Nombre de Suscriptor:</b> _____

Su firma abajo confirma que la información presentada anteriormente es verdadera y correcta según su conocimiento y que ha leído, entendido y aceptado nuestro Seguro, Pago y Otros Términos en una página separada.

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



## EVALUACIÓN GENÉTICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Pronombres (circule uno)  
 Ella  El  Ellos  Ellas  Otro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de su pareja: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Historia familiar y de la paciente de su pareja...

- ¿Es su familia o la de su pareja...
 

		Materno	Paterno
a. de Asia Sudoriental, Taiwan, China o Filipinas? .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
b. de Italia, Grecia, el Medio Oriente, o del Subcontinente Indio? .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
c. de Africa o afronorteamericana (negra)?.....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
d. judía? .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
e. Cajun o francocanadiense? .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
f. Blanco? En caso afirmativo, de que paises son sus ancestros? .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
g. Hispano/a? En caso afirmativo, de que paises son sus ancestros? .....	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
- ¿Han tenido usted, o su pareja o alguien en alguna de las dos familias alguno de los siguientes trastornos?
 

	No	Sí		No	Sí
a. Anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. Trastorno de los huesos o del esqueleto (enanismo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Defectos del tubo neural (espina bífida, anencefalia) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. Enfermedad poliquística / anomalías del riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fibrosis quística (una enfermedad de los pulmones) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Defectos del corazón (al nacer) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Trastorno de la sangre (como hemofilia, células falciformes, talasemia, trastorno de la coagulación) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Labio leperino/paladar hendido .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tay-Sachs/Canavan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Desarrollo retrasado, discapacidad intelectual, o autismo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Trastorno de los nervios o músculos (como neurofibromatosis, distrofia muscular).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Defecto de nacimiento o condiciones genéticas no mencionadas arriba .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			m. Necesitó cirugías antes del primer año de edad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			n. Cáncer durante la niñez o en la adolescencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			o. Ceguera o sordera no relacionada a la edad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Usted y su pareja son parientes consanguíneos, por ejemplo, primos? .....
- ¿Han tenido usted o su pareja un bebé que murió al poco tiempo de nacer o en el primer año de vida? .....
- ¿Han tenido usted o su pareja o alguien de su familia un bebé que murió antes de nacer? ¿o dos o más abortos espontáneos? .....
- Le han hecho a usted o su pareja algún examen genético (como cromosomas, fibrosis quística, Tay-Sachs o para anemia de células falciformes)? Otros: .....
- Fue usted diagnosticada con diabetes, cáncer, convulsiones, o otra condición médica o condición genética? .....
- Usted o su pareja tienen historia de infertilidad? .....

Si es así, especifique la causa si se sabe: \_\_\_\_\_

Mi firma arriba indica que la información proveída de mí familia y embarazo es completa y correcta.

Llenado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Exámenes prenatales de genética recomendados

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(mes-día-año)

Los siguientes exámenes se recomienda sean ofrecidos a cada paciente que esta planeando un embarazo ó quien ya esta embarazada. Estos exámenes pueden determinar si el embarazo se encuentra a un riesgo más alto que la población en general de tener éstas condiciones. Hasta el momento, no hay cura para éstas condiciones antes ó después del nacimiento. Si el riesgo de éstas condiciones es alto, se le pueden ofrecer más exámenes de diagnóstico. El propósito de tener ésta información acerca del desarrollo de su bebé es para estar mejor preparada para cuidar a un bebé con necesidades de salud especiales ó elegir no continuar un embarazo afectado. Por favor revise la información básica relacionada a éstas condiciones. Si quisiera más informacion ó tiene más preguntas, su consejera de genética puede responderlas. Nosotros podemos verificar cobertura de seguro médico para estos exámenes.

<p><b>Fibrosis quística (CF)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CF es una enfermedad relacionada al lapso de vida que causa problemas con la digestión y la respiración. CF no afecta la inteligencia ni la apariencia. En California, todos los infantes son examinados por ésta condición al nacer mediante un programa estatal.</li> <li>• CF es más común en individuos de descendencia Europea, Anglo-sajona, ó Judía. Sin embargo, CF se ha reportado en otras poblaciones también.</li> <li>• Para tener un bebé con CF, los dos padres deben portar un cambio genético ó mutación.</li> <li>• El examen de CF no detecta todos los portadores de CF. El porcentaje de detección varia por cada grupo étnico en específico.</li> </ul>
<p><i>Me gustaría más información acerca de éste examen:</i>    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>Atrofia Muscular Espinal (AME)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMA es una condición seria que causa debilidad progresiva en los musculos y parálisis. Niños/as con SMA tipo 1 usualmente mueren por fallas respiratorias a los 2 años de edad. Otros tipos de SMA son menos severos, pero también son discapacitantes.</li> <li>• SMA afecta todos los grupos de la población por igual. La probabilidad de ser un portador es aproximadamente 1/50 en la población general.</li> <li>• Para tener un bebé con SMA, los dos padres Deben ser portadores de éste cambio genético ó mutación.</li> <li>• El examen de SMA no detecta todos los portadores de SMA. 6-9% de los portadores de SMA no son detectados por la tecnología actual.</li> <li>• La severidad de SMA no se puede predecir con una prueba genética.</li> </ul>
<p><i>Me gustaría más información acerca de éste examen:</i>    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>	

Continúa en la página siguiente

## Exámenes prenatales de genética recomendados

*Continuación de página anterior*

<b>Síndrome de Frágil X</b>	<p>Esta condición es la causa más común de discapacidad intelectual</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• hereditaria y retraso en el desarrollo en los varones. También son comunes las anomalías del comportamiento, incluido el trastorno del espectro autista.</li><li>• Solo las mujeres pueden portar ésta mutación genética que causa el síndrome de Frágil X. Barones con el síndrome de Frágil X son afectados más severamente que las mujeres con esta condición.</li><li>• La incidencia en la población general es aproximadamente 1/2000 a 1/4000 de nacimientos vivo.</li></ul>
<p>Me gustaría más información acerca de éste exámen: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

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

*\*Yo entiendo los valores y limitaciones de exámenes de ADN que se me han explicado y yo doy mi consentimiento para examinarme.*

### Solo para uso del consejero:

*El paciente comprende la información sobre la fibrosis quística, la atrofia muscular espinal y el síndrome del cromosoma X frágil.*

- El paciente rechaza la prueba de Fibrosis Quística.
- El paciente elige la prueba de Fibrosis Quística (rellene el formulario de prueba asociado)
- El paciente rechaza la prueba de síndrome del cromosoma X frágil.
- El paciente elige la prueba de síndrome del cromosoma X frágil.
- El paciente rechaza la prueba de atrofia muscular espinal.
- El paciente elige la prueba de atrofia muscular espinal.

**Seguro, pago y otros términos**

<b>AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN</b>
Autorizo a Genetics Center y sus afiliados médicos a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento a mi compañía de seguros con fines de facturación.
<b>AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EL (LOS) PAGO (S) A GENETICS CENTER</b>
Asigno y transfiero irrevocablemente los pagos del seguro directamente al Genetics Center.
<b>ELEGIBILIDAD DE SEGURO</b>
Certifico que soy elegible con mi compañía de seguros. Entiendo que si esto no es cierto o si no soy elegible para algunos o todos los servicios de Genetics Center según los términos de mi contrato de seguro, soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Además, si no soy elegible, acepto pagar por completo todos los servicios prestados dentro de los treinta días posteriores a la recepción de una factura del Genetics Center.
<b>TÉRMINOS DE SEGURO Y PAGO</b>
Reconozco que todas las facturas médicas son pagaderas en el momento en que se prestan los servicios. Sin embargo, como cortesía para mí el paciente, Genetics Center presentará mi reclamo a mi compañía de seguros por mí. Entiendo que mi cobertura de seguro es un contrato entre mí y mi compañía de seguros. Si deseo que Genetics Center le facture a mi compañía de seguros por estos servicios, le presentaré mi tarjeta de seguro.
También reconozco que <b>todos los copagos y los deducibles no cubiertos deben pagarse al momento del servicio</b> . En ciertos casos, Genetics Center también puede requerir algún depósito por adelantado. Si mi compañía de seguros paga más de lo que fue cobrado, Genetics Center me reembolsará de inmediato el monto del depósito. En algunos casos, mi seguro solo cubrirá una parte de los honorarios. Si realicé un pago inicial, se aplicará a mi saldo. <b>Si Genetics Center no recibe el pago de mi compañía de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha de mi servicio, Genetics Center puede consultarme el pago completo</b> . Se agregará un cargo de servicio mensual de 1.5% a los saldos de más de 30 días de antigüedad, y se agregará un cargo de estado de cuenta de \$10 a los saldos de más de 60 días de antigüedad. <b>Los cargos por los servicios de Genetics Center son en última instancia mi responsabilidad</b> .
Aviso sobre el Proyecto de Ley del Senado de California (SB) 1061: De acuerdo con la Sección 1785.27 del Código Civil, el titular de este contrato de deuda médica tiene prohibido proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor. Además de cualquier otra sanción permitida por la ley, si una persona proporciona deliberadamente información sobre esta deuda a una agencia de informes de crédito al consumidor en violación de dicha sección, la deuda se considerará nula y no exigible.
<b>LOS BENEFICIOS Y LA VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA ESTÁN SUJETOS A CAMBIOS</b>
<b>Genetics Center no puede aceptar responsabilidad alguna por las diferencias entre lo que me cotizó mi seguro durante sus beneficios de cortesía y verificación de cobertura (copago, deducible, etc.) y la determinación final de beneficios realizada por mi seguro cuando se procesa mi reclamo. Por lo tanto, es posible que deba una cantidad diferente a la que se me indicó antes de los servicios.</b>
<b>RECONOCIMIENTO DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES</b>
Reconozco que algunos proveedores involucrados aquí no son empleados, sino contratistas independientes, que incluyen específicamente a los practicantes, ecografistas y perinatólogos del NT.
<b>RECONOCIMIENTO DE FACTURACIÓN POTENCIAL POR OTROS PROVEEDORES</b>
Reconozco que podría haber otros proveedores involucrados, como ultrasonido, hospital, perinatólogo, etc., que tendrán su propia facturación.
<b>AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE VOZ</b>
Autorizo al médico y / o al establecimiento y / o personal a identificarse como pertenecientes a Genetics Center cuando llamo para dejar un mensaje con respecto a mi cita, resultados u otra información médica en cualquier contestador o con otra persona que conteste el teléfono.
<b>AVISO DE LA BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS</b>
Para cumplir con el Proyecto de Ley de la Asamblea (AB) 1278, Yo reconozco haber recibido el aviso requerido: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pago realizado por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales educativos. Se puede encontrar en <a href="https://openpaymentsdata.cms.gov">https://openpaymentsdata.cms.gov</a>
<b>RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</b>
Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center.
<b>AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO</b>
[Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ] Yo consiento y autorizo recibir mensajes de texto de Genetics Center al número de teléfono que proporciona para recordatorios de citas e información general relacionada con mi tratamiento de atención médica, y entiendo que puedo optar por no participar en cualquier momento.

*Mi firma confirma que he leído, entiendo y acepto estos términos.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(o madre/padre si es menor)



## Póliza de Cancelación y Falla En Presentarse

Sentimos que el tiempo de nuestros pacientes es valioso. Cuando se programa su cita, se reserva un horario, se preparan sus registros y se asigna cierto personal para atenderle. Por favor, recuerde que su cita está reservada exclusivamente para usted.

Una cancelación o reprogramación hecha con menos de 24 horas (1 día de negocio) de notificación o una falla en presentarse, significativamente limita nuestra habilidad para atender otros pacientes en necesidad. Le pedimos que sea cortés y llame a nuestra oficina con prontitud si no puede asistir a su cita.

- Pacientes que no se presentan a su cita programada o que no notifican a la oficina de la cancelación más de 24 horas antes de su cita serán sujetos a un cobro de “No Presentación/Cancelación” de \$50. En caso de una emergencia en la que no se haya podido dar aviso previo, se considerará la situación y se podrá conceder una excepción única.
- Como cortesía, le mandamos mensajes de texto y/o hacemos llamadas recordatorios un día o dos antes de su cita. Esta póliza permanece en efecto si un texto, una llamada o un mensaje de voz no se recibe.

Su firma abajo indica que ha leído y entiende lo de arriba.

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_