

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

Nombre del Paciente: (Apellido, nombre, segundo nombre) Nombre de Soltera: _____		Fecha de Nacimiento: (mes-día-año) _____	
# de Seguro Social: _____	# de Licencia de Manejar del Paciente: _____	# de Teléfono: _____	
Domicilio de Casa: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
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			
Empleador: _____	Domicilio de Empleador: _____	Telefono de Trabajo: _____	
Nombre de un Pariente Mas Cercano (excepto su Pareja): _____	Relacion al Paciente: _____	# de Telefono: _____	

INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Nombre de su Pareja: (Apellido, nombre, segundo nombre) _____		Fecha de Nacimiento: (mes-día-año) _____	
# de Seguro Social: _____	# de Licencia de Manejar de la Pareja: _____	Teléfono de Trabajo: _____	
Empleador de su Pareja: _____	Domicilio de Empleador: _____		

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA

ASEGURANZA MÉDICA (PRIMARIA): _____	
Domicilio: _____	
Número de Póliza: _____	Nombre de Suscriptor: _____
ASEGURANZA MÉDICA (SECUNDARIA): _____	
Domicilio: _____	
Número de Póliza: _____	Nombre de Suscriptor: _____

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: _____ Fecha De Parto: _____

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 / anormalidades 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: _____

Seguro, pago y otros términos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(MM-DD-YYYY)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN
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.
AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EL (LOS) PAGO (S) A GENETICS CENTER
Asigno y transfiero irrevocablemente los pagos del seguro directamente al Genetics Center.
ELEGIBILIDAD DE SEGURO
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.
TÉRMINOS DE SEGURO Y PAGO
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 todos los copagos y los deducibles no cubiertos deben pagarse al momento del servicio . 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. 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. 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. Los cargos por los servicios de Genetics Center son en última instancia mi responsabilidad.
LOS BENEFICIOS Y LA VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA ESTÁN SUJETOS A CAMBIOS
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.
RECONOCIMIENTO DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES
Reconozco que algunos proveedores involucrados aquí no son empleados, sino contratistas independientes, que incluyen específicamente a los practicantes, ecografistas y perinatólogos del NT.
RECONOCIMIENTO DE FACTURACIÓN POTENCIAL POR OTROS PROVEEDORES
Reconozco que podría haber otros proveedores involucrados, como ultrasonido, hospital, perinatólogo, etc., que tendrán su propia facturación.
AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE VOZ
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.
RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center.

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

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