GENETICS CENTER

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)**

Últimos 4 dígitos del número de seguro social: # de Licencia de Manejar del Paciente: **# de Teléfono:**

Domicilio de Casa: Ciudad**:** Estado**:** Código Postal**:**

Hoy es su primera visita aqui? Sí No Preferencia de comunicación: Correo Teléfono No tiene preferencia

Consumo de tabaco: Actualmente fuma todos los días Actualmente fuma unos días Solía fumar

Fuma bastante Fuma un poco Nunca Fuma

Empleador: Domicilio de Empleador: Telefono de Trabajo:

Contacto de emergencia: Relacion al Paciente: **# de Telefono:**

INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Nombre de su Pareja: (Apellido, nombre, segundo nombre) **Fecha de Nacimiento:** **(mes-día-año)**

Últimos 4 dígitos del número de seguro social: # de Licencia de Manejar de la Pareja: Número de teléfono:

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:

v.2025.05.14

Copyright © GENETICS CENTER. All rights reserved.

GENETICS CENTER

CUESTIONARIO GENETICO PRENATAL

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…

1. ¿Es su familia o la de su pareja…

		Materno	Paterno
a. de Asia Sudoriental, Taiwan, China o Filipinas?	☐ No	☐ Si	☐ Si
b. de Italia, Grecia, el Medio Oriente, o del Subcontinente Indio?	☐ No	☐ Si	☐ Si
c. de Africa o afronorteamericana (negra)?	☐ No	☐ Si	☐ Si
d. judía?	☐ No	☐ Si	☐ Si
e. Cajun o francocanadiense?	☐ No	☐ Si	☐ Si
f. Blanco? En caso afirmativo, de que paises son sus ancestros? _____	☐ No	☐ Si	☐ Si
g. Hispano/a? En caso afirmativo, de que paises son sus ancestros? _____	☐ No	☐ Si	☐ Si

2. ¿Han tenido usted, o su pareja o alguien en alguna de las dos familias alguno de los siguientes trastornos?

	No	Sí
a. Anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down)	☐	☐
b. Defectos del tubo neural (espina bífida, anencefalia)	☐	☐
c. Fibrosis quística (una enfermedad de los pulmones)	☐	☐
d. Trastorno de la sangre (como hemofilia, células falciformes, talasemia, trastorno de la coagulación)	☐	☐
e. Tay-Sachs/Canavan	☐	☐
f. Trastorno de los nervios o músculos (como neurofibromatosis, distrofia muscular)	☐	☐
g. Trastorno de los huesos o del esqueleto (enanismo)	☐	☐
h. Enfermedad poliquística / anormalidades del riñon	☐	☐
i. Defectos del corazón (al nacer)	☐	☐
j. Labio leperino/paladar hendido	☐	☐
k. Desarrollo retrasado, discapacidad intellectual, o autismo	☐	☐
l. Defecto de nacimiento o condiciónes geneticas no mencionadas arriba	☐	☐
m. Necesitó cirugías antes del primer año de edad	☐	☐
n. Cancer durante la niñez o en la adolescencia	☐	☐
o. Ceguera o sordera no relacionada a la edad	☐	☐

	No	Sí
3. ¿Usted y su pareja son parientes consanguíneos, por ejemplo, primos?	☐	☐
4. ¿Han tenido usted o su pareja un bebe que murio al poco tiempo de nacer o en el primer año de vida?	☐	☐
5. ¿Han tenido usted o su pareja o alguien de su familia un bebe que murio antes de nacer? ¿o dos o más abortos espontáneos?	☐	☐
6. Le han hecho a usted o su pareja algun exámen genetico (como cromosomas, fibrosis quistica, Tay-Sachs o para anemia de celulas falciformes)? Otros: _____	☐	☐
7. Fue usted diagnosticada con diabetes, cancer, convulsiones, o otra condición medica o condición genetica?	☐	☐
8. Usted o su pareja tienen historia de infertilidad? Si es asi, especifique la causa si se sabe: _____	☐	☐

Historial de Embarazo

	No	Si
1. ¿Fue este embarazon logrado a travésde la ferilización in vitro (FIV) u otros métodos de reproducción asistida?	☐	☐
Si es asi, hubo un: ☐ Donante de Esperma ☐ Donante de óvulos ☐ ICSI ☐ Diagnóstico genético preimplantacional (DGP) ☐ Otro: _____		
2. ¿Ha tenido usted la prueba de sangre del Estudio Prenatal de California? Si, sí ¿cuándo? _____	☐	☐
3. ¿Ha tenido usted la prueba prenatal no invasiva? Si, sí ¿cuándo? _____	☐	☐

4. Durante *este* embarazo, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes? (en caso afirmativo, por favor indique, incluyendo las fechas, si sabe):

	No	Si
a. Cólicos, sangrado vaginal o goteo de líquido	☐	☐
b. Infecciones, erupciones y otras enfermedades, fiebres más que 101°	☐	☐
c. Radiografías, hospitalización o cirugía	☐	☐
d. Cigarrillo, bebidas alcohólicas o drogas ilegales	☐	☐
e. Ultrasonido ("sonograma")	☐	☐
f. Laboral, productos químicos, u otras exposiciones	☐	☐
g. Medicamentos con o sin receta médica	☐	☐
h. Vitaminas prenatales	☐	☐

Si contestó sí alguna de las preguntas de arriba, explique por favor:

Mi firma arriba indica que la información proveida de mí familia y embarazo es completa y corecta.

Llenado por: _____ Fecha: _____

Reviewed by: _____ Date: _____

GENETICS CENTER

Exámenes prenatales de genética recomendados

Nombre del paciente:_____ Fecha de naciemiento:_____
(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.

Fibrosis quística (CF)	• 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. • CF es más común en individuos de descendencia Europea, Anglo-sajona, ó Judía. Sin embargo, CF se ha reportado en otras poblaciones también. • Para tener un bebé con CF, los dos padres deben portar un cambio genético ó mutación. • El exámen de CF no detecta todos los portadores de CF. El porcentage de detección varia por cada grupo étnico en especifico.
Me gustaría más información acerca de éste exámen: ☐ Sí ☐ No	
Atrofia Muscular Espinal (AME)	• 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. • SMA afecta todos los grupos de la población por igual. La probabilidad de ser un portador es aproximadamente 1/50 en la population general. • Para tener un bebé con SMA, los dos padres Deben ser portadores de éste cambio genético ó mutación. • El exámen de SMA no detecta todos los portadores de SMA. 6-9% de los portadores de SMA no son detectados por la tecnología actual. • La severidad de SMA no se puede predecir con una prueba genética.
Me gustaría más información acerca de éste exámen: ☐ Sí ☐ No	

Continúa en la página siguiente

GENETICS CENTER

Exámenes prenatales de genética recomendados

Continuación de página anterior

Síndrome de Frágil X	• Esta condición es la causa más común de discapacidad intelectual hereditaria y retraso en el desarrollo en los varónes. También son comunes las anomalías del comportamiento, incluido el trastorno del espectro autista. • 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. • La incidencia en la población general es aproximadamente 1/2000 a 1/4000 de nacimientos vivo.
Me gustaría más información acerca de éste exámen: ◯ Sí ◯ No	

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Yo entiendo los valores y limitaciones de examenes 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.

Copyright © GENETICS CENTER. All rights reserved.

GENETICS CENTER

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA POR

(REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION BY)

GENETICS CENTER
211 SOUTH MAIN STREET, SUITE E, ORANGE, CALIFORNIA 92868
TEL. 714.288.3500 FAX 714.288.3510

GENETICS CENTER está tratando al paciente identificado abajo, y estamos solicitando que la información médica para el paciente se libere a **GENE**TICS CENTER y enviada a nosotros en la dirección antes mencionada.
(GENETICS CENTER is currently treating the patient identified below, and we are requesting that medical information for that patient be released to GENETICS CENTER and forwarded to us at the above address.)

Nombre Completo del Paciente: _____
(Patient's Full Name)
(Apellido, Primer, Inicial del Segundo Nombre)
(Last, First, Middle Initial)

Fecha de nacimiento: _____
(Date of Birth)

Información solicitada: Resultados de El Programa De Detección Prenatal de California
(Information Requested: Screening Results from The California Prenatal Screening Program)

*Por la presente autorizo la entrega de los registros anteriores a **GENE**TICS CENTER :*
*(I hereby authorize release of the above records to **GENE**TICS CENTER)*

Firma del paciente: X _____ **Fecha:** X _____
(Patient's Signature) *(Date)*

O

Firmando para paciente: _____ **Fecha:** _____
(Signing for Patient) *(Date)*

Relación con el paciente: _____
(Relationship to Patient)

Firma de Testigo: _____ **Fecha:** _____
(Witness' Signature) *(Date)*

Firma de GENETICS CENTER**:** _____
(GENE**TICS CENTER'S **Signature)

Fecha: _____
(Date)

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE
(FOR OFFICE USE ONLY)

Información médica se solicita de:
(Medical Information being requested from:)

Médico o Centro: Departamento Californiano de Salud Pública- Programa de Detección de enfermedad Genética
(Physician or Facility: California Department of Public Health - Genetic Disease Screening Program)

Dirección: _____
(Address)

Ciudad y código postal: _____
(City, ZIP code)

Número de teléfono: _____
(Phone Number)

Número de fax: _____
(Fax Number)

Por favor devuelva una copia de esta forma con los registros. Gracias.
(Please return a copy of this form with the records. Thank you.)

Copyright © **GENE**TICS CENTER. All rights reserved.

Aviso para el costo separado de El Progama De Detección Prenatal De California

El programa de detección prenatal de California tiene **costos por separado** para la participación de sus dos programas de detección

1) $344.00 para la detección de ADN Sin Células (cfDNA)
2) $85.00 para la detección de suero maternal alfafetoproteína (MASAFP)

Este costo cubre las evaluaciones y cualquier otro examen del estado que sea necesario. Por favor de ver el libro de El Programa De Detección Prenatal del Estado De California para más información.

Si tiene cualquier pregunta referente los costos o cuentas que puede recibir del estado, por favor de llamar al estado directamente al 510-412-1613. El Centro De Genética no tiene ninguna parte con los costos.

Yo reconozco que he leído y entiendo estos cobros separados:

Fima:_____ **Fecha:**_____

Reconocimiento de Servicios Separados

Yo reconozco que para ciertos servicios como ultrasonidos para el primer trimestre, translucencia nucal , exploración de anatomía y otros exámenes … Genetics Center solo es responsable para cordinar/facilitar estos servicios con Providence St. Joseph Hospital Center for Maternal Fetal Health. (Usted también puede seleccionar una instalación diferente de su elección para estos servicios.)

Por lo tanto, Genetics Center no tiene ninguna participación en los cargos para estos servicios. Todos los cargos, facturas o cualquier otro tipo de cobertura no cubierto por mi aseguranza es mi responsabilidad.

Para cualquier pregunta sobre facturas y cobertura, por favor de llamar a Providence St Joseph Hospital for Maternal- Fetal Health (363 S. Main St., Suite #420, Orange, CA 922868, 714-744-8713) o al centro que realice los servicios.

Nombre del Paciente (Imprenta): _____ Fecha: _____

Parte responsable (si es diferente al paciente): _____

Firma (paciente o personal responsable): _____

GENETICS CENTER

Seguro, pago y otros términos

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.**

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.

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.

AVISO DE LA BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

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 medicamen-tos y dispositivos a médicos y hospitales educativos. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

[Si ☐ No ☐] 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)

v.1.25

Copyright © GENETICS CENTER. All rights reserved.

GENETICS CENTER

211 South Main Street, Orange, California 92868
Tel 714.288.3500 & 888.4.GENETIC Fax 714.288.3510
www.geneticscenter.com

Póliza de Cancelación y Falla En Presentarse

Una cancelación o reprogramación hecha con menos de 24 horas (1 día de negocio) de notificación o si falla en presentarse a su cita, significativamente limita nuestra habilidad para atender otros pacientes en necesidad. Entendemos que hay circunstancias fuera de su control que puede resultar en que cancele su cita. Sin embargo, pedimos que nos contacten lo más pronto posible para cancelar su cita.

- Citas canceladas o reprogramadas sin aviso de 24 horas serán sujetas a un cobro de cancelación de $25.00. Por favor de a nuestra oficina un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar su cita.
- Si cancela o reprograma su cita tarde (menos de 24 horas) o no se presenta a dos citas, no podemos programar mas citas para usted en el futuro.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, la cita puede ser cancelada y reprogramada.
- 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.

Nosotros apreciamos su ayuda en manteniendo nuestra oficina funcionando eficientemente.

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

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____