

Formularios del Paciente

Información de contacto

Paciente

Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo Nombre:	Estado Civil: _____
Mejor teléfono para contactarlo:	¿Se puede dejar mensaje?: Sí ☐ No ☐	2º mejor teléfono para contactarlo	¿Se puede dejar mensaje?: Sí ☐ No ☐
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	Edad:	Dirección:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Licencia de conducir:
Estado:	Ocupación:	Horas de trabajo:	Empleador:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

¿Tiene pareja?: ☐ Sí ☐ No

Pareja

Nombre: _____	Apellido: _____	Inicial del Segundo Nombre:	Estado Civil:
Mejor teléfono para contactarlo:	¿Se puede dejar mensaje?:	2º mejor teléfono para contactarlo:	¿Se puede dejar mensaje?:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Licencia de conducir:	Estado:
Correo electrónico:	Ocupación:	Horas de trabajo:	Empleador:
Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sí ☐ No ☐

Referral information

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER ESTA REFERENCIA? ☐ Médico ☐ Amigo ☐ Seminario ☐ Internet ☐ Grupo de apoyo
Médico (Nombre):

Información del Seguro

Paciente

ASEGURADORA PRINCIPAL:	Nombre del asegurado:	ID del seguro:
------------------------	-----------------------	----------------

TipR: ☐ HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ OTR

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

¿Tiene pareja?: ☐ Sí ☐ No

ASEGURADORA PRINCIPAL: (si es Sí)

Persona de contacto en caso de emergencia
(que no viva con usted):

Relación:

Nombre del asegurado:

Asegurado: ☐ HMO ☐ PPO ☐ POS ☐ EPO ☐ OTRO

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

¿Tiene documentos para subir?: ☐ Sí ☐ No

Subir seguro frontal:

Subir seguro trasero:

Firma del paciente:

Fecha:

Firma de la pareja:

Fecha:

Historial de Infertilidad

Tiene un Pene

Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Ocupación:	Dirección de la casa:	Ciudad:
Estado:	Código postal:	País:	Correo electrónico:

HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Motivo de la visita: ☐ Evaluación de infertilidad ☐ Inseminación de esperma ☐ Otro

Motivo de la visita (Otro): _____

¿Cuáles son sus expectativas para esta visita?: _____

Cualquier pregunta que desee abordar: _____

Enumere los medicamentos actuales: _____

Enumere cualquier problema(s) médico(s) actual(es): _____

¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) bebe al día?: _____

¿Fuma cigarrillos?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dejó de fumar

¿Cuántos al día?: _____ **¿Cuántos años?:** _____

Si dejó de fumar, ¿cuándo?: _____

¿Bebe alcohol?: ☐ Sí ☐ No

Si bebe alcohol:

☐ Cerveza

☐ Vino

☐ Licor

Por semana: _____

¿Usa marihuana, cocaína o cualquier otra droga similar?: ☐ Sí ☐ No

Por favor, describa: _____

¿Hace ejercicio?: ☐ Sí ☐ No

Por favor, describa: _____

Notas del médico (solo para uso de la oficina): _____

¿Ha sido evaluado por un urólogo?: ☐ Sí ☐ No

¿Ha concebido previamente con otra mujer?: ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces?: _____

¿Se ha hecho un análisis de semen?: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad con las erecciones?: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene eyaculación retrógrada de espermatozoides en la vejiga?: ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual o infecciones pélvicas?: ☐ Sí ☐ No

Marque todas las que apliquen:

- ☐ Clamidia
- ☐ Gonorrea
- ☐ Herpes
- ☐ Verrugas genitales/VP
- ☐ Sífilis
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Hepatitis
- ☐ Otro

Otro:_____

¿Algún medicamento?:_____

¿Le han hecho una vasectomía?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Le han hecho una reversión de vasectomía?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Le han hecho cirugía de hernia?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Le han hecho alguna cirugía de vejiga o pene de niño?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Le han hecho quimioterapia por cáncer?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Es alérgico a algún medicamento?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

FIRMA DEL PACIENTE/CÓNYUGE (Paciente):_____

¿Tiene usted un cónyuge/pareja? : ☐ Sí ☐ No ☐ otro

Especifique por favor:_____

HISTORIAL MÉDICO E INFORMACIÓN DE LA PAREJA

Mi pareja tiene un pene

Enumere los medicamentos actuales:_____

¿Cuántas bebidas con cafeína (café, té, refrescos) bebe al día?:_____

¿Fuma cigarrillos?: ☐ Sí ☐ No ☐ Dejó de fumar

¿Cuántos al día?:_____

¿Cuántos años?:_____

Si dejó de fumar, ¿cuándo?:_____

¿Bebe alcohol?: ☐ Sí ☐ No

Si bebe alcohol:

- ☐ Cerveza
- ☐ Vino
- ☐ Licor

Por semana: _____

¿Usa marihuana, cocaína o cualquier otra droga similar?: ☐ Sí ☐ No

Por favor, describa: _____

¿Hace ejercicio?: ☐ Sí ☐ No

Por favor, describa: _____

Notas del médico (solo para uso de la oficina): _____

¿Ha sido evaluado por un urólogo?: ☐ Sí ☐ No

¿Ha concebido previamente con otra mujer?: ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas veces?: _____

¿Se ha hecho un análisis de semen?: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene dificultad con las erecciones?: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene eyaculación retrógrada de espermatozoides en la vejiga?: ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual o infecciones pélvicas?: ☐ Sí ☐ No

Marque todas las que apliquen:

- ☐ Clamidia
- ☐ Gonorrea
- ☐ Herpes
- ☐ Verrugas genitales/VPV
- ☐ Sífilis
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Hepatitis
- ☐ Otro

Otro: _____

¿Algún medicamento?: _____

¿Le han hecho una vasectomía?: ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

¿Le han hecho una reversión de vasectomía?: ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

¿Le han hecho cirugía de hernia?: ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

¿Le han hecho alguna cirugía de vejiga o pene de niño?: ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

¿Le han hecho alguna cirugía de hernia?: ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

¿Le han hecho alguna cirugía de vejiga o pene de niño?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Le han hecho quimioterapia por cáncer?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

¿Es alérgico a algún medicamento?: ☐ Sí ☐ No

Fecha:_____

FIRMA DEL PACIENTE/CÓNYUGE (Paciente):_____

Consentimiento de Correo Electrónico

Nombre del Paciente: _____

Dirección de Correo Electrónico del Paciente: _____

RIESGO DE USAR CORREO ELECTRÓNICO

Coastal Fertility Medical Center (CFMC) ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. Sin embargo, la transmisión de información del paciente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de usar el correo electrónico. Estos incluyen, entre otros, los siguientes riesgos:

- El correo electrónico puede ser circulado, reenviado y almacenado en numerosos archivos de papel y electrónicos.
- El correo electrónico puede ser transmitido inmediatamente a nivel mundial y ser recibido por muchos destinatarios previstos y no previstos.
- Los remitentes de correo electrónico pueden fácilmente enviar un correo a la dirección equivocada.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad de los correos electrónicos incluso después de que el remitente o el destinatario hayan borrado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos transmitidos a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico puede ser utilizado para introducir virus en sistemas informáticos.
- El correo electrónico puede ser utilizado como evidencia en un tribunal.

CONDICIÓN PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO

CFMC utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, CFMC no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable de la divulgación indebida de información confidencial que no sea causada por una mala conducta intencional del Proveedor. Por lo tanto, los pacientes deben proporcionar su consentimiento por escrito, excepto cuando sea autorizado o requerido por ley.

El consentimiento para el uso de correo electrónico para la información del paciente incluye el acuerdo con las siguientes condiciones:

- Todos los correos electrónicos hacia o desde el paciente con respecto al diagnóstico o tratamiento serán impresos y formarán parte del historial médico del paciente. Debido a que son parte del historial médico, otras personas, autorizadas para acceder al historial médico, como el personal y el personal de facturación, tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- Su Proveedor puede reenviar correos electrónicos internamente al personal y agentes de CFMC según sea necesario para el diagnóstico, tratamiento, reembolso, operaciones de atención médica y otro manejo. Sin embargo, su Proveedor no reenviará correos electrónicos a terceros independientes sin el consentimiento previo por escrito del paciente, excepto cuando sea autorizado o requerido por ley.
- Aunque el personal de CFMC se esforzará por leer y responder con prontitud a un correo electrónico del paciente, no podemos garantizar que un correo electrónico en particular sea leído y respondido dentro de un período de tiempo específico. Por lo tanto, el paciente no debe usar el correo electrónico para emergencias médicas u otros asuntos urgentes.
- Si el correo electrónico del paciente requiere o invita a una respuesta del Proveedor y el paciente no ha recibido una respuesta dentro de un período de tiempo razonable, es responsabilidad del paciente dar seguimiento para determinar si el destinatario previsto recibió el correo electrónico y cuándo responderá el destinatario.
- El paciente no debe usar el correo electrónico para comunicarse sobre información médica sensible como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA/VIH, salud mental, discapacidad del desarrollo, abuso de sustancias.

- El paciente es responsable de informar a su proveedor de cualquier tipo de información que el paciente no desee que se envíe por correo electrónico, además de las establecidas en 2(e) arriba.
- El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. CFMC no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por el paciente o cualquier tercero.
- Los Proveedores de CFMC no participarán en comunicaciones por correo electrónico que sean ilegales, como la práctica ilegal de la medicina a través de las fronteras estatales.
- Es responsabilidad del paciente dar seguimiento y/o programar una cita si es necesario.

INSTRUCCIONES

Para comunicarse por correo electrónico, el paciente debe:_____

- Limitar o evitar el uso de la computadora de su empleador.
- Informar a CFMC de los cambios en su dirección de correo electrónico.
- Poner el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- Incluir la categoría de la comunicación en la línea de asunto del correo electrónico, para fines de enrutamiento (por ejemplo, pregunta de facturación).
- Revisar el correo electrónico para asegurarse de que sea claro y que toda la información relevante se proporcione antes de enviarlo a su Proveedor.
- Informar a su Proveedor que el paciente recibió un correo electrónico de su Proveedor.
- Tomar precauciones para preservar la confidencialidad de los correos electrónicos, como usar salvapantallas y proteger su contraseña de la computadora.
- Retirar el consentimiento solo por correo electrónico o comunicación escrita a su Proveedor.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

- Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento.
- Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre el personal de CFMC y yo, y doy mi consentimiento a las condiciones aquí descritas, así como a cualquier otra instrucción que el Proveedor pueda imponer para comunicarse con los pacientes por correo electrónico.
- Cualquier pregunta que haya tenido fue respondida.

Firma del paciente:_____

Fecha (Paciente):_____

racias por tomarse el tiempo de hacer todo esto. Cuando venga para su consulta, se reunirá con un asesor financiero que comparará notas con su investigación y la verificación que tuvo lugar en nuestra oficina. Si hay alguna discrepancia, nuestro personal hará otra llamada para darnos una imagen precisa de lo que cubre su seguro.

Aviso de Privacidad

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD Y DEL AVISO PARA CONSUMIDORES DE LA JUNTA MÉDICA DE CALIFORNIA

Reconozco que he leído el Aviso de Privacidad

Firma del Paciente o Representante Personal:_____

Fecha:_____

Si la firma del Representante Personal aparece arriba, por favor describa la relación del Representante Personal con el paciente:_____

Firma del paciente:_____

Fecha (Paciente):_____

Firma de la pareja:_____

Fecha (Pareja):_____

HE LEÍDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS ADJUNTAS ☐

Formulario de Acuerdo de Autorización de Tarjeta de Crédito

Yo/Nosotros,

Nombre: _____

Otro Nombre: _____

autorizo a Coastal Fertility Medical Center a usar la tarjeta de crédito a continuación para los servicios prestados. Entiendo que todas las tarifas por los servicios prestados deben pagarse en el momento de la visita o antes de que se realice el servicio. En caso de que se requieran servicios/tarifas adicionales, Coastal Fertility Medical Center nos notificará cualquier cargo adeudado antes de cargar nuestra tarjeta

Número de Cuenta/Expediente (Si se conoce): _____

Nombre del titular de la tarjeta tal como aparece en la tarjeta: _____

Tipo de Tarjeta: Visa ☐ MasterCard ☐ AMEX ☐ Discover ☐

Número de Tarjeta de Crédito: _____

Código de Seguridad: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Dirección de Facturación: _____

POR FAVOR, USE ESTA TARJETA DE CRÉDITO PARA MI FACTURACIÓN ANUAL DE ALMACENAMIENTO. ☐

OTROS SALDOS DE CUENTA

POR FAVOR, USE ESTA TARJETA DE CRÉDITO PARA MI FACTURACIÓN ANUAL DE ALMACENAMIENTO. ☐

Si esto se marca, cargaremos automáticamente su tarjeta de crédito para sus tarifas anuales de almacenamiento.

Monto: _____

POR FAVOR, MARQUE AQUÍ SI DESEA MANTENER SU TARJETA ARCHIVADA PARA FUTUROS PAGOS ☐

Instrucciones especiales (por ejemplo, ¿pago dividido?): _____

Firma del Titular de la Tarjeta: _____

Fecha: _____

Nombre en letra clara: _____

Firma del Paciente (Si es diferente del Titular de la Tarjeta): _____

Fecha: _____

Tenga en cuenta: toda la información de la tarjeta de crédito se mantiene confidencial. Se hará todo lo posible para mantener esta y toda la información confidencial segura.

Gracias.