**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE OBSTETRA/GINECÓLOGO**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Nombre**:** \_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Raza:** Indio Americano / Nativo de Alaska/ Asiático/ Afroamericano / Negro/ Hawaiano/ Blanco /Otros: \_\_\_\_\_\_\_

**Grupo étnico:** Hispano/Latino, No Hispano/Latino, Se negó a especificar

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FL Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_

**PRINCIPAL** Teléfono Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.com

Estado civil: ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Relación a largo plazo ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viudo

Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_\_\_

Autorizo a All About Women a divulgar cualquier información a la compañía de seguros/Medicare o a sus aseguradoras

necesario para procesar y pagar mis reclamaciones. Permito que una copia de este documento se utilice para ese propósito y para solicitar el pago de los gastos médicos.

seguro y beneficios médicos que se harán directamente a All About Women. Entiendo que es obligatorio informar a la

proveedor de atención médica de cualquier otra parte que pueda ser responsable de pagar cualquier monto deducible, copago o cualquier tarifa porcentual

no pagado por la compañía de seguros de un tercero dentro de un tiempo razonable que no exceda los 60 días. También autorizo

el pago de mis beneficios de seguro / Medicare se pagará directamente All About Women por mi tratamiento. Yo también

entiende que es mi responsabilidad pagar cualquier monto impago no pagado por la compañía de seguros/Medicare.

Las regulaciones de seguros sugieren que le informemos con anticipación si creemos que un servicio puede no estar cubierto o no estar completamente cubierto.

reembolsado por su seguro. A juicio profesional de los médicos, se necesitan ciertos servicios para dar una alta calidad

atención médica y para ayudar a proporcionar un diagnóstico, pero es posible que algunos servicios no sean reembolsados por ellos. Estos servicios pueden incluir, entre otros:

no se limita a un electrocardiograma, perfil lipídico, detección de drogas en orina, protime, etc. Solo realizaremos estos servicios cuando sea necesario y los resultados

Ayúdenos a brindarle una atención óptima. Acuerdo del paciente: Certifico que he leído y entiendo completamente lo anterior

información. Entiendo que seré responsable del pago de cualquier servicio médicamente necesario en caso de que mi

seguro.

Entiendo que tengo el derecho de aceptar y rechazar el tratamiento médico y de ejercer mi derecho e implementar un

Instrucciones anticipadas. Una Directiva Anticipada se refiere a cualquier documento legal que informa a los miembros de la familia y al personal médico cómo

Desea recibir tratamiento si está hospitalizado y no puede comunicar sus deseos. Por favor, compruebe las siguientes declaraciones que:

Solicitar: Nuestra oficina requiere una copia de dichos documentos.

□No he ejecutado una Directiva Anticipada □He ejecutado una Directiva Anticipada □Testamento Vital

□Poder notarial médico duradero □No resucitar (DNR)

□Designación de la forma de sustituto de atención médica Designado/Tutor; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del paciente o tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente Marque la casilla y escriba el nombre en letra de imprenta si firma como tutor legal

**Obstetricia y Ginecología**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Por la presente, doy mi consentimiento para que All About Women use y divulgue información de salud protegida (FM) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica (TPO) El Aviso de privacidad proporcionado por All About Women describe dichos usos y divulgaciones de manera más completa.

Tengo derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. All About Women se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito a All About Women.

Con este consentimiento, All About Women puede llamar a mi casa u otros números/ubicaciones alternativos y dejar un mensaje en el correo de voz. Los mensajes pueden hacer referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO. Esto incluye, entre otros, recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros. Con este consentimiento, All About Women puede enviar un correo electrónico a mi casa u otras ubicaciones alternativas que haya proporcionado con respecto a cualquier artículo que pueda ayudar a la práctica a llevar TPO, como tarjetas de citas y estados de cuenta de pacientes. Tengo derecho a solicitar que All About Women restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo la TPO. La práctica no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo. Tendré que presentar mis solicitudes por escrito al bufete.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que All About Women use y divulgue mi PHI para llevar a cabo la TPO. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya realizado la divulgación sobre la base de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o lo revoco posteriormente, All About Women puede negarse a proporcionarme tratamiento.

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

Firma del paciente o tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente Marque la casilla y escriba el nombre en letra de imprenta si firma como tutor legal

**Formulario de autorización de privacidad de HIPAA para obstetras y ginecólogos**

**Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida**

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, 45 C.F.R.

Partes 160 y 164)

**1. Autorización**

Autorizo a All About Women a usar y divulgar los datos de salud protegidos.

Información que se describe a continuación

**2. Período de vigencia**

Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de asistencia sanitaria

De:

a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**O**

b. □todos los períodos pasados, presentes y futuros.

**3. Alcance de la autorización**

a. □ autorizo la divulgación de mi expediente médico completo (incluidos los registros

relacionados con la salud mental y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas).

**O**

b.□ Autorizo la divulgación de mi expediente médico completo con la **excepción**

de la siguiente información:

\_ Registros de salud mental

\_ Tratamiento para el abuso de alcohol/drogas

\_ Otros (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo a recibir

esta información para tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamaciones, o

otros fines que yo pueda indicar.

**5.** Esta autorización estará vigente y surtirá efectos hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha o evento), a

hora en que caduca esta autorización.

**6**. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito,

en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier

persona o entidad ya ha actuado confiando en mi autorización o si mi

autorización como condición para obtener la cobertura del seguro y la

El asegurador tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

**7.** Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para

los beneficios no estarán condicionados a que firme o no esta autorización.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con este

autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede estar protegida por

ley federal o estatal.

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

Firma del paciente o tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente Marque la casilla y escriba el nombre en letra de imprenta si firma como tutor legal

**SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS**

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono del paciente: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de mi información confidencial de SALUD.**

La información que se dará a conocer es la siguiente:

□ Office Notes (los tres últimos en el archivo) □ Todos los informes de pruebas de esfuerzo □ Todos los informes de ECHO

□ Informes de laboratorio de los dos últimos años □ Informes de colonoscopia □ Informes endoscópicos

□ Todas las radiologías (radiografías, tomografías computarizadas, etc.) □Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me gustaría que esta información se divulgue a los siguientes proveedores, instalaciones y/o entidades médicas:

**Todo sobre la clínica de obstetroterapia y ginecología para mujeres**

**3306 SW 26th Ave, SUITE 200**

**Ocala, FL 34471**

**Teléfono: (352) 561-3222 FAX: (352)561-3183**

**□ Obtener registros de: □ Entregar registros médicos**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Firma del paciente o tutor legal Fecha

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque la casilla y escriba el nombre en letra de imprenta si firma como tutor legal

**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE OBSTETRICIA / GINECOLOGÍA**

□ Autorizo a All About Women a divulgar información, incluido el diagnóstico, los registros, los exámenes que se me brindan junto con la información de reclamos con respecto a mi atención médica a las siguientes personas:

□ Cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Niños:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ OTRO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta liberación permanecerá efectiva hasta que yo la termine por escrito.

Además, los mensajes relacionados con mi atención médica pueden: (marque solo uno)

□ Puede dejarse en cualquiera de mis máquinas de mensajes utilizando los números que he proporcionado.

□ No se puede dejar en NINGUNA máquina de mensajes, sino que se debe dejar un mensaje para devolver la llamada del proveedor.

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

Firma del paciente o tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente Marque la casilla y escriba el nombre en letra de imprenta si firma como tutor legal

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**

**MÉDICO REFERENTE**

¿Un médico lo refirió a nosotros? Yes\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_ □Me refiero a mí mismo

En caso afirmativo, complete la siguiente información para que podamos enviar un informe a su médico de referencia.

Nombre del médico remitente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip de la ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Office Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene un médico de cabecera QUE no sea su médico de referencia, complete la siguiente información para que podamos enviar un informe a su médico de atención primaria.

**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Nombre del médico de atención primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_State \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip de la ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Office Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Política Financiera de Obstetricia y Ginecología**

Gracias por elegir a All About Women como su proveedor de atención médica. Debido a los muchos cambios en las compañías de seguros y los requisitos de referencias/autorizaciones por parte de los médicos de atención primaria, solicitamos que nuestros pacientes firmen esta póliza financiera declarando que su compañía de seguros no ha cambiado desde la visita anterior y que tenemos la información correcta del seguro. También es un requisito de su plan de seguro saber a dónde se enviará su trabajo de laboratorio. Seleccione el laboratorio correspondiente a su plan de seguro.

(marque solo uno) Quest: \_\_\_\_\_\_\_ Lab Corp \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Planes HMO, PPO, POS e indemnización participantes:**

• Su deducible es su responsabilidad de acuerdo con su plan de seguro.

• Su copago / coseguro es su responsabilidad de acuerdo con su plan de seguro.

• Si tiene alguna pregunta al respecto, llame a su compañía de seguros antes de su visita o procedimiento.

• Por favor, comprenda que es responsabilidad del paciente comprender las reglas y regulaciones de su póliza. Si no somos un médico participante, usted puede ser responsable de los cargos incurridos.

• Si corresponde, obtenga la referencia/autorización requerida de su médico de atención primaria antes de su visita. Es posible que se le reprograme si no se ha obtenido ninguna autorización.

• Llame a su compañía de seguros o a nuestra oficina antes de su visita para asegurarse de que nuestro médico participe en su plan de seguro y que sus servicios sean un beneficio "cubierto".

• Si su seguro requiere un copago, este se cobrará en el momento de su cita. Presentaremos sus reclamaciones de seguro como cortesía. Si sus reclamaciones no se han pagado de manera oportuna, es posible que reciba nuestro estado de cuenta notificándole estas circunstancias. En ese momento, se le pedirá que llame primero a su compañía de seguros para verificar el estado de la reclamación y luego llame a nuestro Departamento de Facturación al 352-259-2159 para ayudarlo.

**Citas perdidas**

Si se produce un patrón de citas perdidas, es posible que se le dé de alta de la práctica.

**Seguro de pago por cuenta propia y seguro no participante:**

• Todos y cada uno de los saldos vencidos de los pacientes se cobrarán antes de su cita.

• Los cheques devueltos están sujetos a un cargo por servicio de $45.00 a $50.00.

• Las tarifas para los registros médicos son de $ 25 por las primeras 20 páginas y 25 ₡ por página después de las primeras 20. Esto está sujeto a cambios, llame al 352-259-2159 para hablar con los registros médicos para conocer los precios.

• Este Estado de Política Financiera debe ser firmado antes de cualquier tratamiento.

Le agradecemos su comprensión.

He leído la Política Financiera. Entiendo y acepto esta Política Financiera.

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

Firma del paciente o tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre del paciente Marque la casilla y escriba el nombre en letra de imprenta si firma como tutor legal

**FICHA DE DATOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS**

|  |
| --- |
| **ALERGIAS MEDICAMENTOS**: (Marque con un círculo todo lo que corresponda) **Sin alergias**  Penicilina, Sulfa, Macrólidos, Cefalosporina, Tetraciclinas, AINE  OTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **♦ LO QUE TE TRAE A LA OFICINA HOY ♦** |
|  |
| **HISTORIA MENSTURAL** |
| Primer día de la última menstruación (LMP): \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Fecha de menstruación previa:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿Edad de la primera menstruación?\_\_\_\_\_\_\_ años  Si los períodos son regulares, los períodos comienzan every\_\_\_ días Si los períodos son irregulares, los períodos comienzan every\_\_\_\_\_\_ días  Duración de la hemorragia: \_\_\_\_\_\_ días Carácter de la hemorragia: abundante media ligera  Manchado/sangrado entre períodos: Sí/ No Manchado/sangrado después del coito: Sí/ No  Dolor asociado con la menstruación: Sí/No En caso afirmativo, antes, durante o ambos  Sobre el control de la natalidad en la concepción: \_\_\_\_\_\_\_YES \_\_\_\_NO |
| **MÉTODO ANTICONCEPTIVO** |
| □ Ninguna □ Píldora □Condones □Parche □Vasectomía □Método del ritmo □Implante □Ligadura de trompas □Essure  □NuvaRing □Depo Provera □DIU Mirena □DIU ParaGuard □ Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Me he quedado embarazada mientras usaba anticonceptivos en el pasado: SI NO  He tenido problemas con el control de la natalidad: (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **♦LOS ANTECEDENTES MÁS RECIENTES Y CUALQUIER HISTORIAL DE PRUEBAS ♦ DE PAPANICOLAOU ANORMALES** |
| **Papanicolaou más reciente:** Fecha:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Normal: SI NO  Si no, detalles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Antecedentes de Papanicolaou anormal:** NO SÍ  En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha? \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Diagnóstico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **¿Qué método(s) anticonceptivo(s) utilizas actualmente?** |
| **¿Eres sexualmente activo? Sí / No (hombre/mujer)**  **¿Hay alguna preocupación acerca de su actividad sexual que desee discutir con su médico?**  **Sí / No** |

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

* Enumere TODOS los embarazos, incluidos los abortos espontáneos, los abortos y los embarazos ectópicos.
* Incluya la fecha de nacimiento COMPLETA.

¿ESTÁS USANDO ACTUALMENTE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? NO SI

NÚMERO DE EMBARAZOS: \_\_\_\_\_\_\_\_ TÉRMINO COMPLETO \_\_\_\_\_\_\_\_\_PREMATURO:

Número total de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_\_\_\_ Número de abortos inducidos:\_\_\_\_\_\_\_\_

Número total de ectópico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacimiento múltiple: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vivo:\_\_\_\_\_\_\_\_

**TIPO:** vaginal, C/S, fórceps o ventosa **Anestesia:** epidural, local, general, espinal

**Complicaciones:** parto prematuro, diabetes, sangrado, presión arterial alta, depresión posparto

Si fue un trabajo de parto prematuro, ¿se usaron medicamentos? SÍ NO

En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EMBARAZOS PASADOS/ANTERIORES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento**  **MM/YY** | **Cuantos Semanas** | **# Duración del trabajo de parto** | **Peso del bebé (libras)** | **Sexo** | **Tipo de entrega**  **NL/CS** | **Lugar de entrega** | | **Prematuro**  **Trabajo**  **SÍ/NO** | **Complicaciones** |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUS ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES** | | | | | | | |
| Condición | | | Año | Condición | | | Año |
| * Asma/ Bronquitis | | |  | * Trastorno autoinmune | | |  |
| * Trastorno hemorrágico | | |  | * Transfusión de sangre | | |  |
| * Enfermedad de los huesos/articulaciones | | |  | * Cáncer: | | |  |
| * Clamidia | | |  | * Trombosis venosa profunda/flebitis | | |  |
| * Depresión/ Ansiedad | | |  | * Diabetes tipo I | | |  |
| * Diabetes Tipo II | | |  | * Trastorno alimentario | | |  |
| * Colesterol elevado | | |  | * Endometriosis | | |  |
| * Fibromas: | | |  | * ERGE/ Reflujo ácido | | |  |
| * Diabetes gestacional | | |  | * Gonorrea | | |  |
| * Enfermedad cardíaca: | | |  | * Hepatitis A B C | | |  |
| * Herpes | | |  | * VIH | | |  |
| * Presión arterial alta | | |  | * VPH/ Verrugas genitales | | |  |
| * Hiper o hipotiroidismo | | |  | * Esterilidad | | |  |
| * Síndrome del intestino irritable | | |  | * Enfermedad renal/ Cálculos biliares | | |  |
| * Enfermedad hepática | | |  | * Migrañas | | |  |
| * Enfermedad inflamatoria pélvica | | |  | * Sensibilizado a la HR | | |  |
| * Alergias estacionales | | |  | * Convulsiones | | |  |
| * Sífilis | | |  | * Tuberculosis | | |  |
| * \*Antecedentes de abuso sexual\* | | |  | * \*Cualquier forma de ETS\* | | |  |
| **♦ Revisión de sistemas ♦** | | | | | | | | |
| Pérdida de peso Aumento de peso | Fiebre | fatiga | | | dificultad para tragar | palpitaciones (aumento de los latidos del corazón) | | |
| dolor o malestar en el pecho | Dificultad para respirar | dolor o calambres abdominales | | | Hinchazón | sangre en las heces | | |
| estreñimiento | disminución del apetito | Aumento del apetito | | | Tos | Respiración dolorosa | | |
| ardor al orinar | sangre en la orina | aumento de la frecuencia urinaria | | | sarpullido | bultos en los senos | | |
| Secreción del pezón | Dolor en los senos | cefaleas | | | Mareos | debilidad | | |
| entumecimiento | hormigueo | ansiedad | | | Mal humor | insomnio (dificultad para dormir) | | |
| bultos en la zona de la ingle | bultos debajo de los brazos | bultos en el cuello | | | visión borrosa | Cambios en la visión | | |
| ronquera | Pies fríos | acidez | | | dolor de espalda | Disminución de la energía/resistencia | | |
| picazón | dolor en las piernas | Decoloración en las patas | | | hinchazón | Otro: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **♦ Hospitalizaciones en el ÚLTIMO AÑO (1)♦** | | | | | | |
| ***Motivo de hospitalización*** | ***Mes / Año*** | | ***Nombre del hospital*** | ***Mes / Año*** | | |
|  |  | |  |  | | |
| **♦ Procedimientos ♦ quirúrgicos anteriores** | | | | | | |
| ***Tipo de Operación/Cirugía*** | | ***Mes/Año*** | ***Tipo de Operación/Cirugía*** | | ***Mes/Año*** | |
| D/C SÍ NO | |  | ligadura de trompas SI NO | |  | |
| histeroscopia SI NO | |  | laparoscopia SI NO | |  | |
| cirugía de infertilidad SI NO | |  | histerectomía SI NO | |  | |
| tuboplastia SI NO | |  | cirugía ovárica SI NO | |  | |
| extirpación del quiste ovárico izquierdo SI NO | |  | extirpación del quiste ovárico derecho SI NO | |  | |
| extirpación del ovario izquierdo SI NO | |  | extirpación del ovario derecho SI NO | |  | |
| Reparación vaginal o de la vejiga SI NO | |  | Miomectomía (fibroma) SI NO | |  | |
| Otro: | |  | Otro: | |  | |
| **Antecedentes familiares**  **Ponga "X" en la casilla si un miembro de la familia actualmente o ha tenido la enfermedad** | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMEDAD** | **MADRE** | **PADRE** | **HERMANO** | **HERMANA** |
| Presión arterial alta |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |
| Enfermedad cardíaca |  |  |  |  |
| Osteoporosis |  |  |  |  |
| Enfermedad de la tiroides |  |  |  |  |
| Trastorno autoinmune |  |  |  |  |
| Golpe |  |  |  |  |
| Cáncer de mama |  |  |  |  |
| Cáncer de útero |  |  |  |  |
| Cáncer de ovario |  |  |  |  |
| Cáncer de colon |  |  |  |  |

**♦♦♦ Historia del tabaco ♦♦♦**

|  |
| --- |
| **¿Alguna vez has fumado tabaco?** NUNCA **SÍ, Por favor, responda a las siguientes preguntas** |
| **¿Eres fumador actual?** Sí No **¿Qué fumas?** Cigarrillos / Cigarros / Pibe  **¿Consume tabaco sin humo?:** Sí No  **¿Cuánto por día?\_\_\_\_\_\_** 1/2 paquete 1 paquete 1 1/2 paquete 2 paquetes \_\_\_\_\_\_pks |
| **¿Ex fumador?** Sí No **¿En qué año renunciaste?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Total # de años que fumó:\_\_\_\_\_ Paquetes por día:** |

**♦♦♦ Antecedentes de ♦♦♦ alcohol y sustancias**

|  |
| --- |
| **¿Alguna vez bebió alcohol?** NUNCA SÍ **¿Actualmente bebe alcohol?** NO SÍ  **□Soy un bebedor social □ soy un alcohólico en recuperación Dejé de beber (fecha):** |
| Si respondió SÍ a alguna de las preguntas anteriores, responda lo siguiente:  **¿Qué tipo de alcohol?**  CERVEZA, LICOR, BEBIDAS MEZCLADAS **# ¿consumido por día?\_\_\_** |
| **¿Alguna vez has consumido sustancias ilícitas?** NUNCA SÍ **¿Usas actualmente?** NO SÍ  Si respondió SÍ a alguna de las preguntas anteriores, responda lo siguiente:  **¿Qué tipo de sustancias?** Cocaína / Marihuana / Metanfetamina / Heroína / Opioides / Otros: |
| **¿Antiguo usuario?** Sí No **¿En qué año dejaste de fumar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **♦ Medicamentos, vitaminas y suplementos ♦ herbales** | | | | | |
| ***Medicación***  ***Nombre*** | ***Fuerza***  ***(mg)*** | ***Número de píldoras tomadas y frecuencia*** | ***Medicación*** | ***Fuerza***  ***(mg)*** | ***Número de píldoras tomadas y frecuencia*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Iniciales***"\_\_\_\_\_" (*NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) entiendo que, como parte de mi tratamiento, seré examinado para detectar sustancias controladas y/o ilícitas. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma:

**Fibrosis Quística**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

1. **¿Qué es la fibrosis quística?** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria que resulta de mutaciones en un gen llamado "CFTR". Aunque la gravedad varía, los pacientes afectados pueden tener enfermedad pulmonar y problemas digestivos, así como problemas en otros sistemas de órganos.
2. **¿Cuál es el propósito de esta prueba y cuáles son sus limitaciones?** Esta prueba detecta la presencia de cambios genéticos específicos (mutaciones) en el gen CFTR. Todo el mundo tiene dos copias de este gen CFTR; un individuo puede tener dos copias normales (no afectadas no portadoras), dos copias anormales (afectadas con FQ) o una normal y otra anormal (portadores de FQ). Si las mutaciones no se encuentran mediante el procedimiento de prueba, no significa que no exista el riesgo de portar o desarrollar FQ. Simplemente significa que estas mutaciones específicas no se han encontrado, aunque otras mutaciones pueden estar presentes. Cuando sea posible y apropiado, se utilizarán los resultados negativos para calcular los riesgos revisados de los transportistas.
3. **¿Qué se requiere para realizar esta prueba?** Se le pedirá que proporcione 5 ml de sangre, lo que equivale aproximadamente a una cucharada. Se extraerá el ADN de esta muestra de sangre y se analizará. La única molestia que puede sentir es el pinchazo de la aguja en el brazo. También puede experimentar un pequeño hematoma en el sitio de la punción de la aguja. También se le pedirá que proporcione información sobre su historial médico, que es necesaria para la interpretación adecuada del resultado de su prueba. En el improbable caso de que se lesione en el curso de la prueba, su médico le brindará la atención médica necesaria. Sin embargo, se esperaría que usted asumiera el costo de dicha atención médica. No se proporcionará compensación en caso de cualquier lesión.
4. **¿Esta prueba tiene algún costo?** Esta es una prueba de laboratorio clínico de rutina y los resultados pueden ayudar en su diagnóstico; por lo tanto, se le facturará a usted o a su aseguradora de salud por este procedimiento
5. **¿Qué pasará con el ADN una vez que se complete la prueba?** La muestra de sangre original se desechará al final del proceso de prueba o se almacenará no más de 60 días. El ADN se conservará durante un mínimo de 6 meses. En algunas circunstancias, el ADN de un paciente puede usarse de forma anónima como una muestra de control negativa o positiva en pruebas futuras, pero, en esta circunstancia, todos los identificadores se eliminarán antes de volver a realizar la prueba y la muestra de ADN y los resultados obtenidos permanecerán anónimos.

**Entiendo y acepto que el ADN que queda después de la prueba puede almacenarse hasta por 6 meses en caso de que se requieran pruebas adicionales.** *Por favor, ponga sus iniciales.*

1. **¿Cómo obtendré los resultados de esta prueba?** Las pruebas de ADN y la interpretación de los resultados son complejas. La información de esta prueba se proporcionará en forma de un informe escrito a su médico, quien le informará de los resultados. El laboratorio no proporcionará los resultados directamente a los pacientes. Su médico puede sugerir asesoramiento genético antes de realizar esta prueba o si sus resultados son anormales. En la medida en que lo permita la ley, todos sus registros y resultados de laboratorio son confidenciales y no se divulgarán sin su autorización por escrito.

**Certificación del consentimiento informado del paciente**:

Mi firma a continuación indica que he recibido información sobre esta prueba, Fibrosis Quística, y que he leído y entendido el material de este documento. Se me ha dado la oportunidad de hacer las preguntas que pueda tener sobre el procedimiento de prueba y los problemas relacionados. Acepto someterme a esta prueba

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

Firma del paciente Fecha de firma del paciente

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

Firma del Padre/Tutor si el Paciente es menor de edad Nombre del Padre/Tutor

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO del Departamento de Salud del Estado de Florida**

**PRUEBA CONFIDENCIAL DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

**Entornos no relacionados con la atención médica**

La prueba del VIH es un proceso que utiliza pruebas aprobadas por la FDA para detectar la presencia del VIH, el virus que causa el SIDA, y para ver cómo el VIH está afectando su cuerpo. Es posible que se le ofrezca uno de varios tipos de pruebas. El tipo más común de prueba del VIH detecta los anticuerpos producidos por el cuerpo después de la infección por el VIH. Los resultados de las pruebas son muy confiables, pero una prueba negativa no garantiza que usted esté sano. Por lo general, los anticuerpos contra el VIH pueden tardar hasta tres meses en desarrollarse. A esto se le llama el "período de ventana". Durante este tiempo, puede dar negativo en la prueba del VIH aunque el virus esté en su cuerpo y pueda contagiar a otras personas. Un resultado positivo en la prueba de anticuerpos contra el VIH significa que usted está infectado con el VIH y también puede contagiar a otras personas, incluso cuando se siente sano. Otras pruebas pueden detectar la presencia del virus en la sangre, medir la cantidad de virus en la sangre, medir la cantidad de células T en la sangre o ver si el virus es susceptible a los medicamentos contra el VIH/SIDA. Algunas de estas pruebas pueden requerir que se obtenga una segunda muestra para realizar pruebas adicionales. Por lo general, los resultados de las pruebas estarán disponibles en unas dos semanas. Si usted da su consentimiento al completar y firmar este formulario, se tomará una muestra y se le hará la prueba. Si se utiliza una prueba rápida de VIH, los resultados estarán disponibles el mismo día.

Si la prueba rápida detecta anticuerpos contra el VIH, es muy probable que esté infectado con el virus, pero este resultado deberá confirmarse. Se le pedirá que envíe una segunda muestra para realizar más pruebas. Los resultados de esta prueba confirmatoria estarán disponibles para usted en aproximadamente dos semanas.

Si da positivo, el departamento de salud local se comunicará con usted para ayudarlo con asesoramiento, tratamiento y otros servicios de apoyo si los necesita y los desea. Se le preguntará sobre las parejas sexuales y/o las que comparten agujas, y se le ofrecerán servicios de pareja voluntaria (PS). El resultado de la prueba del VIH pasará a formar parte de su expediente médico confidencial. Si está embarazada o queda embarazada, los resultados de la prueba pasarán a formar parte de la historia clínica de su bebé.

La detección temprana de la infección por el VIH puede ser importante para su tratamiento, lo que, junto con las precauciones adecuadas, ayuda a prevenir la propagación de la enfermedad. Si está embarazada, hay un tratamiento disponible para ayudar a prevenir que su bebé contraiga el VIH. Si tiene alguna pregunta, consulte a su consejero, médico o llame a la línea directa de SIDA de Florida (1-800-FLA-AIDS o 1-800-352-2437) antes de firmar este formulario.

**CONSENTIMIENTO DADO:** *El cliente debe poner sus iniciales en la declaración de consentimiento y luego firmar a continuación. El formulario de consentimiento debe estar fechado y atestiguado*.

**REQUERIDO \_\_\_\_\_\_YES \_\_\_\_\_\_NO** Me han informado sobre la prueba del VIH y sus beneficios y limitaciones. Entiendo que algunas pruebas iniciales aquí requieren que se me tome una segunda muestra para realizar más pruebas.

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

*Fecha Firma del cliente o representante legal Nombre impreso* del cliente

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

Firma del testigo Relación del representante legal con el cliente (si corresponde)

**OPCIONAL** **\_\_\_\_\_\_YES \_\_\_\_\_\_NO** Si me mudo fuera del área o vivo en otro lugar, quiero que mis resultados se envíen al proveedor de atención médica pública correspondiente o al médico que se menciona a continuación para que pueda estar informado de mis resultados y recibir asesoramiento después de la prueba. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Médico o centro preferido y su dirección postal Instrucciones:*

1. Asegúrese de que los clientes lean y comprendan la información proporcionada en este formulario de consentimiento. Si los clientes no pueden leer o entender esta información, el consejero debe leérsela.

2. El cliente debe poner sus iniciales en cada una de las dos declaraciones de consentimiento, según corresponda, y firmar y fechar la parte inferior del formulario. 3. Si un representante legal del cliente firma el formulario de consentimiento, su relación con el cliente debe indicarse en la línea correspondiente. 4. De acuerdo con e protocolo estatal, si el cliente desea que se envíen sus resultados, el Gerente del Programa STD se encargará de esta transacción. 5. Todos los formularios de consentimiento deben tener la firma de un testigo. El consejero que lleva a cabo el asesoramiento previo a la prueba puede servir como testigo

Consentimiento para El Examen Pélvico

**Información**:

Se puede realizar un examen pélvico como parte de un chequeo regular (o visita de salud anual) o se puede realizar para investigar ciertos síntomas como el sangrado anormal, flujo vaginal inusual o dolor. Los exámenes pélvicos también se realizan durante los controles de embarazo. Los exámenes pélvicos son necesarios para las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, en las que se toma una muestra de células de la abertura uterina (cuello uterino) para un examen microscópico (conocido como prueba de “Papanicolaou” o “Pap Smear”).

El examen bimanual es otro componente del examen pélvico. Esto implica colocar dos dedos dentro del canal vaginal y presionar la parte inferior del abdomen con la otra mano para palpar (sentir) los órganos pélvicos. En este momento también se suele realizar un examen rectal. El examen bimanual puede revelar órganos agrandados o masas de tejido.

**Condición y tratamiento:**

Durante un examen pélvico, un proveedor médico o enfermero(a) examina su vulva y sus órganos reproductores internos: vagina, cuello uterino, ovarios, Trompas de Falopio y útero. Un examen pélvico generalmente dura solo unos minutos. Su proveedor médico revisa su vulva, vagina, cuello uterino, ovarios, útero, recto y pelvis para detectar anomalías. Una prueba de Papanicolaou, que detecta el cáncer de cuello uterino, a menudo se realiza durante un examen pélvico. El médico puede usar una mano enguantada y / o instrumental para realizar el examen.

**Riesgos y beneficios:**

No existen riesgos asociados con los exámenes pélvicos femeninos. Su médico puede identificar cualquier anomalía de inmediato, para que pueda comenzar el tratamiento adecuado o tomar medidas preventivas. Solo los resultados de la prueba de Papanicolaou no son inmediatos; los mismos pueden tardar unos días en recibirse.

Los exámenes pélvicos son esenciales para su salud sexual y reproductiva. Esos exámenes le permiten a su médico detectar y poder detener a tiempo cualquier condición, incluido el cáncer, antes de que se pueda convertir en una amenaza para su vida.

Después de su examen, su proveedor médico le dirá lo que ha encontrado, los resultados del examen, si es necesario considerar cualquier medicamento, cuándo sabrá los resultados de la prueba de Papanicolaou y si debe realizar otra prueba en su próxima cita. Notifique a su médico si siente algún dolor después del examen pélvico. Es normal un poco de flujo vaginal o sangrado después de los exámenes pélvicos.

|  |  |
| --- | --- |
| Escribe el Nombre: |  |
| Direccion: |  |
| Fecha de Nacimineto: |  |

**Consentimiento del paciente/representante del paciente:**

Por medio de la presente doy fe que el proveedor médico (o su estudiante o enfermera designado) me ha explicado:

• los riesgos y beneficios del procedimiento, los cuales entiendo, incluyendo los riesgos específicos para mí;

• el riesgo (mío o del paciente) de no someterme al procedimiento explicado;

• que un estudiante / proveedor médico / profesional de la salud / estudiante u otro que no sea el consultor / especialista puede realizar / asistir con el procedimiento / tratamiento / investigación / examen clínicamente apropiado. Entiendo que podría tratarse de un estudiante / proveedor médico en entrenamiento (residente). Entiendo que todos los estudiantes o proveedores en entrenamiento son supervisados ​​de acuerdo con las pautas profesionales pertinentes;

• Yo / el paciente pude hacer preguntas y plantear mis inquietudes al estudiante / médico sobre el procedimiento propuesto y sus riesgos. Mis preguntas e inquietudes han sido discutidas y respondidas a mi entera satisfacción;

• Yo / el paciente entiendo que tengo derecho a cambiar de opinión en cualquier momento, incluso después de haber firmado este formulario;

• Yo / el paciente entiendo que las imágenes pueden grabarse durante mi procedimiento y que estas imágenes ayudarán a mi médico tratante.

Sobre la base de las declaraciones anteriores, doy mi consentimiento para realizar este procedimiento:

|  |  |
| --- | --- |
| Autorizo para hacerme un: | EXAMEN PELVICO |
| Firma : | Fecha: |

Doy mi consentimiento para:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Paciente que somete al proc: |  |
| Nombre del Representante Legal: |  |
| Firma: | Fecha: |