



ALICIA ACON, MD, MBA, FACOG
NEW DAY OB/GYN
 OBSTETRICS AND GYNECOLOGY SPECIALIST

1951 SW 172 AVENUE, SUITE 315
 MIRAMAR, FLORIDA 33029
 TEL: (954) 507-4604 FAX: (954) 507-4606

(POR FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS)

FECHA: _____ NOMBRE (*Apellido y primero*): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____ Genero: M / H Estado Civil: S M D W

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Teléfono (Casa): _____ (Celular): _____

Correo Electrónico: _____

Empresario: _____ Dirección: _____

de Teléfono: _____ Ocupación: _____

Nombre de su Cónyuge: _____ # de Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Doctor de Primario: _____ # de Teléfono: _____

Farmacia: _____ # de Teléfono: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

SEGURO PRIMARIO

Nombre de Seguro: _____ # de Teléfono: _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

SEGURO SEGUNDARIO

Nombre de Seguro: _____ # de Teléfono: _____

Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Nombre, Dirección, y Número de teléfono de su contacto de EMERGENCIA: _____

¿QUIEN LA REMITIÓ O REFIRIÓ A NOSOTROS? _____

AL FIRMAR A CONTINUACION, ACEPTO Y DECLARO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERO Y EFECTIVA. SI NO PROPORCIONO INFORMACION VERDADERA Y ACTUALIZADA Y ESTO CAUSA UN INCLUMPLIMIENTO DEL SEGURO EN EL PAGO O LA DEVOLUCION DE CUALQUIER DINERO, SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. TAMBIEN ENTIENDO QUE ESTA INFORMACION DEBE SER ACTUALIZARESE CADA ANO SIN PROBLEMA.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razón de Visita: _____

¡ ¡ ¡ TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE PARA SERVIR A SUS NECESIDADES MÉDICAS! ! !

HISTORIAL MÉDICO

(usted o cualquier familiar)

	Usted	FAMILIA
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque Epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hx Papanicolaou Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hx Mamograma Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gential Warts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violencia Domestica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor liste todos los **MEDICAMENTOS** que está tomando actualmente:

Por favor indique cualquier **ALERGIA** a medicamentos:

HISTORIAL DE SU MENSUTRUACIÓN

Edad de su primer Menstruación: _____

Primer día de su último periodo: _____

_____ # de días entre periodos

_____ # de días que tiene el periodo

Fecha del Ultimo Físico: _____

Fecha del Ultimo Papanicolaou: _____

Fecha del Ultimo Mamograma: _____

Qué tipo de método de anticoncepción esta usted usando actualmente:

Por favor de listar todas las **CIRUGÍAS** con fechas: _____

Historia de Embarazo

de nacimientos de termino completo _____

de pactos prematuro _____

de abortos espontaneo _____

de abortos _____

de niños(as) que viven _____

LIFESTYLE

Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día? _____

Cuántos cigarrillos fumas al día? _____

Utiliza cualquier drogas ilegales como cocaína o marihuana? _____

Realizas autoexámenes de mama? _____

TESTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN DADA POR MI ES EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

POR FAVOR DE INICIALES CADA LÍNEA DE ARTÍCULO - Informed Patient Consent

Inicial

Doy mi permiso para el médico y el personal del NEW DAY OB/GYN, LLC a tratarme en el ejercicio de su juicio profesional. Entiendo que la atención médica requiere mi cooperación, y seguiré las órdenes y las recetas de mi médico. Si se indica, voy a hacer y mantener citas para la atención de seguimiento y llame a la oficina para tomar nota de cualquier cambio o inquietud en mi condición.

Inicial

Nuestra oficina se comunica con su compañía de seguros médico para obtener sus beneficios para su cita/procedimiento programado si así lo requiere su compañía de seguros. Tenga en cuenta que **esto NO ES UNA GARANTÍA DE BENEFICIOS O PAGO**. Si su seguro no paga por ninguno de los servicios prestados, usted será responsable del saldo no pagado por su compañía de seguros, independientemente de la razón. Entiendo que mi compañía de seguros médicos puede pagar menos que la factura real por los servicios, y/o aplicar a mi coaseguro, deducible. Acepto que puedo ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.

Inicial

Yo autorizo y solicito que mi compañía de seguros, en lugar de que me reembolsen directamente, le paguen al médico o grupo médico los beneficios por servicios prestados.

Inicial

Yo autorizo a mi médico para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y las actas de cualquier tratamiento o examen rendido a mí o a mi hija durante el período de tal asistencia médica a terceros pagadores, incluyendo Medicare y Medicaid.

Inicial

Utilizamos el sistema Athena; **ESTE SISTEMA REQUIERE UNA COPIA DEL SEGURO Y UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO VÁLIDA**. Esto es **IMPRESINDIBLE**, sin la información solicitada considere cancelar su cita.

Inicial

Entiendo que por laboratorios la oficina usa laboratorios externos para el trabajo que se realiza en esta oficina, si mi compañía de seguros no tiene un laboratorio contratado o centro, o si los servicios no están cubiertos por mi compañía de seguros, el laboratorio me cobrara por el servicio.

Inicial

Entiendo que, si mi seguro requiere una receta médica, referido o una autorización, es mi responsabilidad de obtener de mi médico de atención primaria. Sea si deseo venir a ver a un médico en NEW DAY OB/GYN, LLC o referida a cualquier otro médico o grupo.

Inicial

Entiendo si necesito sangre, un medicamento inyectable es decir Depo, que yo soy responsable de pagar una cuota de conveniencia de \$25,00. Si necesito cualquier tipo de papel de trabajo presentado, yo soy responsable de pagar una cuota de \$30,00. También en caso de solicitar registros médicos entiendo que hay un costo asociado a esa solicitud. (tarifa indicada en la solicitud de hoja de firma de documentos.) También entiendo que cualquier carta/correo certificado enviado a mí (los pacientes) se carga una cuota de \$20,00, mi responsabilidad. También comprendo que si no cancelo mi cita 24 horas antes soy responsable por \$50,00, y si es una cirugía necesito cancelar 30 días antes sino soy responsable por \$150,00.

Inicial

Nuestro objetivo es proporcionar el mejor servicio posible a TODOS nuestros pacientes de manera oportuna, sin embargo, algunas visitas pueden tardar más que otras y por lo tanto podemos correr detrás. Su paciencia es apreciada, y usted recibirá la atención que merece al ver al médico. Debido al tipo de práctica que somos, Obstetricia/Ginecología, le pedimos que entienda que el Doctor puede tener que salir en el medio o antes de verla, debido a un parto. Le pedimos que lo entienda, y trataremos de acomodarlo lo mejor posible en la reprogramación de su cita. Desafortunadamente, ocurren emergencias que pueden causar retrasos en nuestro horario. Trataremos de mantenerlo informado a medida que surjan.

Nombre

Fecha

Firma



1951 SW 172 Avenue, Suite #315, Miramar, Florida 33029
Telephone: (954) 507-4604 Fax: (954) 507-4606

Bajo la ley de Florida médicos generalmente deben llevar seguro de negligencia médica o de lo contrario demostrar responsabilidad financiera para cubrir posibles reclamaciones por mala práctica de médica.

SU MÉDICO HA DECIDIDO NO LLEVAR SEGURO DE MALA PRÁCTICA MÉDICA.

Esto está permitido bajo la ley de Florida bajo ciertas condiciones. La ley de Florida impone sanciones a los médicos no asegurados que no satisfacen juicios adversos derivados de los reclamos de mala práctica médica. Este aviso se proporciona a la ley de Florida

FLORIDA STATUE 458.320 (5) (g) (1)

He leído y entiendo la decisión de los médicos de *New Day OB/GYN, LLC*.

Nombre complete del Paciente (Escrito en letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

NEW DAY OB/GYN, LLC

Alicia Acon Ng, MD ~ OBSTETRICS & GYNECOLOGY
1951 SW 172 Avenue, Suite #315, Miramar, Florida 33029
Telephone: (954) 507-4604 Fax: (954) 507-4606

Reconocimiento de Prácticas de privacidad

HIPAA

Nombre y Direccions: _____

Telefono #: _____

Entiendo que, de acuerdo con las pautas de HIPAA / Aviso de prácticas de privacidad, nadie puede obtener información médica o de facturación a menos que yo los haya autorizado por escrito. Esto no incluye mi seguro médico de salud, que puede requerir mi información de salud para el pago de los servicios que se me prestan. Entiendo que esta oficina sigue las pautas de HIPAA.

Firma

Fecha

Nombre complete del Paciente (Escrito en letra de molde)

Fecha de Nacimiento