



North Texas Perinatal Associates

"Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries."

PATIENT INFORMATION FORM /FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Please print all information in the space provided. Sign and date at the bottom of each form./ Escriba toda la información en letra de molde en el espacio previsto. Firme y feche al final de cada formulario.

PATIENT INFORMATION		
Referring Doctor-Midwife/Médico-Comadrona que remite:	Date/Fecha:	
Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	M.I./Inicial del 2 ^{do} nombre:
Home Address/Domicilio:	Apt:	
City/Ciudad:	State/Estado:	ZIP Code/Código Postal:
Home Phone/☎particular:	Work Phone/☎trabajo:	Cell Phone/☎celular:
Email Address/Correo electrónico:	Apt. Reminders/Recordatorios de cita: <input type="checkbox"/> Phone/☎ <input type="checkbox"/> Text/Texto <input type="checkbox"/> Email	
SSN/NSS:	DOB/Fecha de Nac.:	Age/Edad:
Employe/Empleador:	Employer Address/ Dirección del empleador:	
DL Number/Número LC:	DL State/Estado LC:	
Spouse's-Partner's Name/Nombre del cónyuge-pareja:	SSN/NSS:	DOB/Fecha de Nac.:
Spouse's-Partner's Employer/Empleador del cónyuge-pareja:		
Spouse's-Partner's Employer Address/Dirección del empleador del cónyuge-pareja:		

Primary Insurance/ Seguro primario		
Insurance Company/ Compañía aseguradora:	Phone Number/☎:	
Billing Address/ Dirección de facturación:		
Name of Insured/ Nombre del asegurado:	Relationship/Relación:	
Insured's ID Number/ Número de ID del asegurado:	Group Number/Número de grupo:	
If patient is under parent's insurance, please complete the following/ Si la paciente está bajo el seguro de los padres, proporcione la siguiente información:		
Name of Insured/Nombre del asegurado:	DOB/Fecha de nacimiento:	Relationship/Relación:
Employer/Empleador:	Phone Number/☎:	

Emergency Contact Information (Please list someone not living in the same house hold.) Información de contacto para caso de emergencia (Indique a alguien que no viva en la misma casa)		
--	--	--

First Name/Nombre:	Last Name/Apellido:	Relationship/Relación:
Home Phone/☎particular:	Work Phone/☎trabajo:	Cell Phone/☎celular:

I hereby authorize payment of medical benefits billed to my insurance to North Florida Perinatal Associates. I hereby accept responsibility for payment for any service(s) provided to me that is not covered by my insurance. I also accept responsibility for fees that exceed the payment made by my insurance, if the Practice does not participate with my insurance. I agree to pay all copayments, coinsurance, and deductibles at the time the service is rendered./

Por este medio autorizo el pago a North Florida Perinatal Associates de los beneficios médicos facturados a mi seguro. Por este medio acepto responsabilidad por el pago de cualquier servicio que se me haya prestado y no esté cubierto por mi seguro. También acepto responsabilidad por cargos que excedan el pago hecho por mi seguro, si la Práctica no participa con mi seguro. Acuerdo pagar todos los copagos, coseguros y deducibles en el momento de la prestación del servicio.

(Please list someone not living in the same house hold.) /(Indique a alguien que no viva en la misma casa)/
Observe que no archivamos seguros secundarios y los estados de cuenta se envían mensualmente por correo.

Date of Signature/Fecha en que fue firmado

Signature of Patient or Guardian/Firma de la paciente o tutor



Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

My signature confirms that I have been informed of my rights to privacy regarding my protected health information, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that information can and will be used to:

- Provide and coordinate my treatment among a number of health care providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers for my health care services

I have been informed of my provider's Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses of disclosures of my protected health information. I have been given the right to review and receive a copy of such Notice of Privacy Practices. I understand that my provider has the right to change the Notice of Privacy Practices and that I may contact the office to obtain the Notice of Privacy Practices.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment of healthcare operations, and I understand that you are not required to agree to my requested restriction, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

I have read and acknowledged the above information. (Please initial.) _____

Authorization to Release Information to Others

Many of our patients allow family members or others close to them to call and request information regarding their condition and/or treatment. Under the requirements for HIPAA we are not allowed to give this information out without the patient's consent. If you wish to have your condition and/or treatment disclosed to someone else indicate below. You have the right to revoke this consent in writing, except where we have already made disclosures in reliance on your prior consent.

No, you may not disclose my information to anyone but me. _____

Yes, you may disclose my information to the following people listed below. _____

Name: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____

Name: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____

Please provide phone numbers at which we can contact you or leave a message regarding lab results, appointment reminders, changes to scheduled appointments and billing information.

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell Phone: _____

Advance Directive / Living Will

Do you have an advance directive or living will? YES _____ NO _____

If no, are you interested in receiving information pertaining to one? YES _____ NO _____

Patient Name (Please print.)

Relationship to Patient (Please print.)

Date of Signature

Signature of Patient or Guardian



Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

Mi firma confirma que se me han informado mis derechos de privacidad concernientes a mi información de salud protegida, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) de 1996. Entiendo que la información puede y será utilizada para:

- Proporcionar y coordinar mi tratamiento entre un número de proveedores de salud que puedan participar en el tratamiento de forma directa e indirecta.
- Obtener el pago de terceros pagadores por mis servicios de cuidado de la salud

Se me ha informado acerca del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor que contienen una descripción más completa de la divulgación de mi información de salud protegida. Se me ha otorgado el derecho a revisar y recibir una copia de dicho Aviso de Prácticas de Privacidad Entiendo que mi proveedor tiene el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que yo puedo comunicarme con la oficina para obtener el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago de procedimientos de atención médica, y entiendo que ustedes no están obligados a aceptar mi solicitud de restricción, pero si están de acuerdo, entonces estarán obligados a cumplir con tales restricciones.

He leído y entiendo la información antes expuesta. (Escriba sus iniciales) _____

Autorización para divulgar información a terceros

Muchos de nuestros pacientes permiten a los miembros de la familia u otras personas cercanas a ellos llamar y solicitar información sobre su condición y/o tratamiento. Las normativas de HIPAA no nos permiten divulgar dicha información sin el consentimiento del paciente. Si usted desea que su condición y/o tratamiento se divulgue a otra persona, indíquelo a continuación. Usted tiene el derecho de anular este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos hecho divulgaciones de acuerdo con su consentimiento anterior

No, no pueden divulgar mi información a otra persona que no sea yo. _____
 Sí, pueden divulgar mi información a las personas que se relacionan a continuación. _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Proporcione números telefónicos donde podamos comunicarnos con usted o dejarle un mensaje concerniente a resultados de laboratorio, recordatorios de citas, cambios a citas programadas e información de facturación.

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Directiva anticipada / Testamento en vida

¿Tiene una directiva anticipada o testamento en vida? SI _____ NO _____

Si no es así, ¿está interesado/a en recibir información relacionada? SI _____ NO _____

 Nombre del paciente (en letra de molde)

 Relación con el paciente (en letra de molde)

 Fecha en que fue firmado

 Firma de la paciente o tutor



North Texas Perinatal Associates

"Committed to turning high-risk pregnancies into low-risk deliveries."

HEALTH INFORMATION FORM/ FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Today's Date/ Fecha de hoy: _____

Last Name/Apellido:	First Name/Nombre:	M.I./Inicial del 2 ^{do} nombre:
Date of Birth/Fecha de nacimiento:	Age/Edad:	Baby's Father's Age/Edad del padre del bebé:
Referring Physician/Médico que remite:	Estimated Due Date/Fecha de parto estimada:	
First Day of Last Menstrual Cycle (Full Date)/Fecha de comienzo del último ciclo de menstruación:		
Reason For Consultation/Motivo de la consulta:		
Pregnancy Complications/Complicaciones del embarazo:		
Are you allergic to any medication?/¿Tiene alergia a algún medicamento? <input type="checkbox"/> YES/SI <input type="checkbox"/> No If YES, indicate/Si Sí, indique:		
Height/Altura: _____ (inches/ pulgadas) Weight/Peso: _____ (lbs.)		

ALL Past Pregnancies: Please include miscarriages and/or terminations./ TODOS los embarazos anteriores: Incluya abortos involuntarios y/o abortos.					
Year/Año	Weeks at Delivery/ Semanas al parto	BirthWeight/ Peso al nacer	Gender/ Sexo	Type/Tipo Vaginal/Cesárea	Complications, Birth Defects and/or Reason for C-Section/ Complicaciones, defectos de nacimiento y/o motivo para la cesárea
1)			M / F	Vaginal/C-Section	
2)			M / F	Vaginal/C-Section	
3)			M / F	Vaginal/C-Section	
4)			M / F	Vaginal/C-Section	
5)			M / F	Vaginal/C-Section	

Medical History, Do you or have you had any of the following/Antecedentes médicos, ¿Tiene o ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas de salud?									
	YES	NO		YES	NO		YES	NO	
Abnormal Uterus/Fibroids/ Útero anómalo/fibromas			High Blood Pressure/ Hipertensión arterial			Kidney Disease / Insuficiencia renal			
Incompetent Cervix/ Cuello uterino incompetente			Asthma/ Asma			Hepatitis/Liver Disease/ Hepatitis/enfermedad del hígado			
Prior Cervical/Uterine Surgery/ Cirugía anterior del cuello uterino			Lupus/Rheumatoid Arthritis/ Lupus/artritis reumatoide			Inflammatory Bowel Disease / Enfermedad de inflamación intestinal			
IVF or Donor Eggs/ Fecundación in vitro u óvulos de donantes			Diabetes/Gestational Diabetes Diabetes/diabetes gestacional			Seizure Disorder/Epilepsy / Trastorno convulsivo/epilepsia			
Genetic Disorders/ Trastornos genéticos			Cancer/ Cáncer			Thyroid Disease/ Enfermedad de la tiroides			
Anemia/Blood Transfusions/ Anemia/transfusión de sangre			Blood Clots/Pulmonary Embolism/ Coágulo sanguíneo/embolismo pulmonar			Anxiety/Bipolar/Depression / Ansiedad / trastorno bipolar/ depresión			
Heart Disease/Murmur/ Cardiopatía/soplo			Thrombophilia/ Trombofilia			HIV/ VIH			

Other/Otro:

Operations - Surgeries/ Operaciones - Cirugías			
Date/Fecha	Procedure/Procedimiento	Date/Fecha	Procedure/Procedimiento

Genetic History/ Antecedentes	
Ethnicity: African American / Asian / Cajun / Caucasian / French Canadian / Hispanic / Jewish / Mediterranean / Other: Origen étnico: Afroamericano / asiático / cajún / caucásico / francocanadiense / hispano / judío / mediterráneo / otro:	
Baby's Father's Ethnicity: African American / Asian / Cajun / Caucasian / French Canadian / Hispanic / Jewish / Mediterranean / Other Origen étnico del padre del bebé: Afroamericano / asiático / cajún / caucásico / francocanadiense / hispano / judío / mediterráneo / otro:	

Please answer the following questions/ Responda las siguientes preguntas::	YES/SI	NO
Have you had any medication exposure during the pregnancy?/ ¿Ha consumido medicamentos durante el embarazo?		
Have you had any x-ray exposure during the pregnancy?/ ¿Le han hecho radiografías durante el embarazo?		
Have you had a rash or fever during the pregnancy?/ ¿Ha tenido erupción o fiebre durante el embarazo?		



Patient Name:	DOB:
Referring Physician:	Misys MR #:

Do you, the baby's father or any family member have any of the following:					
	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Mental Retardation/ Retardo mental			Down Syndrome/ Síndrome de Down		
Fragile X/ X frágil			Tay Sachs/ Tay Sachs		
Mediterranean Anemia/ Anemia mediterránea			Sickle Cell Disease/ Anemia falciforme		
Cystic Fibrosis/ Fibrosis quística			Muscular Dystrophy/ Distrofia muscular		
Neural Tube Defect/ Defectos del tubo neural			Heart Defect/ Cardiopatías		
Birth Defect/ Defecto de nacimiento			Other/ Otro:		
ave you had CF Carrier Testing? ¿Se ha sometido a estudio de portador de FQ (CF)? If so, what were the results? De ser así, ¿cuáles fueron los resultados?			Have you had any other genetic testing? ¿Se ha realizado otros estudios genéticos? If so, what test(s) and what were the results? De ser así, ¿que estudio(s) y cuáles fueron los resultados?		

Social History – Do you or have you used any of the following during your pregnancy:					
	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Alcohol/ Alcohol			Regular Exercise/ Hace ejercicio regularmente		
Tobacco/ Productos de tabaco			Seat Belt Use/ Uso del cinturón de seguridad		
Drug Use/ Consumo de drogas			Other/ Otro:		

Review of Systems – Please check any of the following that CURRENTLY apply.					
	✓			✓	
Constitutional/ Constitucional			Genitourinary/ Genitourinario		
Fatigue/ Cansancio			Dysuria (Painful Urination)/ Disuria (Micción dolorosa):		
Fever/ Fiebre			Frequency/ Frecuencia		
Weight Gain/ Aumento de peso			Hematuria (Blood in Urine)/ Hematuria (Sangre en la orina)		
Weight Loss/ Pérdida de Peso			Urgency/ Deseos constantes		
Eyes/ Ojos			Muscle-Skeletal/ Muscular-esquelético		
Double Vision/ Visión doble			Pain/ Dolor		
Glasses / Contacts/ Gafas / lentes de contacto			Spasm/ Espasmos		
Seeing Spots/ Ver puntos			Weakness/ Debilidad		
Vision Changes/ Cambios en la visión			Neurological/ Neurológicos		
Ears-Nose-Throat/ Oído-nariz-garganta			Numbness/ Entumecimiento		
Headache(s)/ Dolores de cabeza			Seizures/ Convulsiones		
Sinusitis (Sinus Infection)/ Sinusitis (infección sinusal)			Syncope (Fainting)/ Síncope (desmayo)		
Tinnitus (Ringing in Ears)/ Tinnitus (zumbido en los oídos)			Difficulty Walking/ Dificultad para caminar		
Ulcers/ Úlceras			Hematologic/ Hematología		
Cardiovascular/ Cardiovascular			Adenopathy (Enlargement of Lymph Node)/ Adenopatía		
Chest Pain/ Dolor en el pecho			Bleeding/ Sangrado		
Edema (Ex: Swelling of Legs)/ Edema			Bruising (Frequent)/ Hematomas (frecuentes)		
Orthopnea (Shortness of Breath)/ Ortopnea (falta de aire)			Endocrine/ Endocrino		
Palpitations (Abnormal Heart Beat)/ Palpitaciones			Diabetes Mellitus/ Diabetes mellitus		
Respiratory/ Respiratorio			Hyperthyroid (Over Active Thyroid)/ Hipertiroidismo		
Coughing/ Tos			Hypothyroid (Under Active Thyroid)/ Hipotiroidismo		
Shortness of Breath/ Falta de aire			Psychiatric/ Psiquiátrico		
Wheezing/ Respiración sibilante			Anxiety/ Ansiedad		
Gastrointestinal/ Gastrointestinal			Bipolar/ Bipolar		
Constipation/ Estreñimiento			Depression/ Depresión		
Diarrhea/ Diarrea			Skin/ Piel		
Nausea/ Náuseas			Rash/ Erupción		
Pain/ Dolor			Striae (Stretch Marks)/ Estrías		
Vomiting/ Vómitos			Ulcer/ Úlcera		
Other:					

Date of Signature/ Fecha de hoy

Patient Signature/ Firma de la paciente

Physician Signature