

Plano Women's Healthcare, P.A.
Obstetrics, Gynecology & Infertility

1600 Coit Road, Suite 202
Plano, Texas 75075

Telephone:
(972) 596-2470

Gracias por elegir a Plano Women's Healthcare para sus necesidades obstétricas y ginecológicas.

El objetivo de esta forma es para informarle sobre las políticas de pago de la oficina.

Por favor, presente su tarjeta de seguro a la recepcionista a su entrada. Usted debe presentar su tarjeta de seguro en cada visita. La falsificación intencional de su cobertura de seguros es motivo para el despido de esta práctica. Usted también puede ser sostenido responsable de cualquier penalidad o multa a esta oficina por o de parte de la compañía de seguros.

Nuestra oficina participa en varios planes de seguro de PPO y HMO. El paciente que tenga un plan de seguro que no sea PPO/HMO será responsable por todos los servicios que su plan de seguro no pague. Si somos proveedores en su plan de seguro, ajustes contractuales serán tomados. Es la responsabilidad del paciente de verificar su elegibilidad de seguro e información de deducible antes de su cita. Usted será responsable de todo los copagos, coseguro, y deducible junto con cualquier servicio que no es cubierto en su plan de seguros. Su copago y cualquier cantidad de deducible aplicable será coleccionado al cierre de su cita. Todos los pacientes no asegurados deben pagar por cada visita en su totalidad en el momento del servicio. Nuestra oficina acepta las siguientes formas de pago: Efectivo, cheque, MasterCard, Visa y Discover. Todas las cuentas no pagadas en su totalidad en dentro de 30 días serán enviadas a nuestra agencia de colección.

Plano Women's Healthcare cuidadosamente hace revisiones de tasas cada año para garantizar que son representante de la zona de Plano y para la calidad de cuidado que ofrecemos a nuestros pacientes. No es la responsabilidad de esta oficina de disputar estas diferencias con su compañía de seguros.

Por favor no dude en ponerse en contacto con el departamento de seguros si usted tiene alguna pregunta.

Las cartas escritas en su petición pueden ser sujetas a unos honorarios según el contexto y tiempo implicado en la producción de tal carta. Usted será notificado de los honorarios antes del procesamiento.

Realizamos que usted tiene muchas opciones para su cuidado médica. Nosotros apreciamos la oportunidad de proveerle cuidado excelente. Gracias por aleccionar a Plano Women's Healthcare, P.A.

Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

Plano Women's Healthcare, P.A.

Obstetrics, Gynecology & Infertility

1600 Coit Road, Suite 202
Plano, Texas 75075

Telephone:
(972) 596-2470

FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER RECIBIDO AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Nombre Del Paciente

Fecha de Nacimiento

Numero Social Del Paciente

Yo, _____, he recibido una copia del Aviso de las Practicas de
Plano Women's Healthcare, P.A.

Firma del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Guardián (si menor de edad)

Fecha

Nombre: _____ Fecha: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Razón por su visita: _____ Examen de Rutina: Si No

Historia Social:

¿Usa Tabaco? Si No paquetes/diario: _____ ano de compendio: _____ ano lo dejaste: _____

Alcohol: Si No Vedabas semanal _____ Tipo: cerveza licor vino

Admisión de calcio: Si No _____ leche _____ queso _____ suplementos porción/diario: _____

Admisión de cafeína: Si No _____ Café _____ Te _____ Sodas _____ Chocolate

Servidas/diario: _____

Ejercicio: Si No Veces/Semanal: _____ Tipo: _____

Estado Matrimonial: Casada Soltera Divorciada Viuda

Historia Medico:

Medicado Primario: _____

Ostros médicos: _____ para: _____

_____ Para: _____

Menstruación:

¿Si menopausia, edad? _____

¿Si tuviste hysterectomía, a qué edad? _____ ¿Por qué? _____

¿Su ciclo de menstruación empieza cada quatro semanas? Si No

¿Cuántos días sangra, normalmente? _____

Toallas/absorbente interno cambios diario del ciclo? 4?día 6/día 8/día

¿Experiencia dolor/calambres? Si No _____ Suave _____ Moderado _____ Severo

¿Tomas algo para los calambres? Si No ¿Qué tomas? _____

¿Tiene Historia de Papanicolaou anormales? Si No Fecha _____

Tratamiento: _____

Contracepción:

¿Está usando método de contracepción, actualmente? Si No

Por favor verifique todos los que apliquen:

Abstinencia Retirada Condones Pastillas contraceptivas Parche anticonceptivo

Inyecciones Deposito intrauterina Esterilización Masculinas Anillo anticonceptivo

Esterilización de las trompas de falopa

Otro:

¿Se hace exámenes de pecho, usted misma? Si No ¿De vez en cuando?

¿Alguna vez ha tenido uno? Si No

Fecha de la última mamografía: _____

¿Ha tenido una inyección de tétano en los últimos diez años? Si No

¿Quieres una hoy? Si No

¿Ha tenido un examen de densidad de hueso? Si No

Fecha: _____ Resaltos: _____

Embarazo:

Embarazos totales? ____ completo termino ____ prematuro ____ abortos involuntarios ____ abortos

Fecha	tipo de entrega	nombre del bebe	peso	semanas de gestación	complicaciones
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Historia quirúrgico:

Por favor liste cualesquiera procesos quirúrgicos que ha recibido en el pasado:

Fecha	Operación	Medico	Complicaciones
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Ha tenido una colonoscopia o sigmoidoscopia? ____ Si ____ No

Fecha de su último examen? _____

Por favor liste cualesquiera otras hospitalizaciones o lesiones y las fechas:

Medicaciones:

Por favor liste todas medicaciones que está tomando, actualmente (prescripción, no prescripción, vitaminas, o suplementos herbarios, y las dosificatenos): _____

Alergias:

Por favor liste todas alergias causadas por medicaciones también con su reacción:

Historia de familia:

Por favor liste cualquier historia médico de familia que sepa:

Enfermedad	Pariente(s) maternal/paternal	Fecha de inicio	Comentarios
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

