

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, coaseguro, 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

Nombre: _____ Fecha: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Historia

¿Esta Fumando? Si No ¿Cuánto? _____
¿Qué cantidad de alcohol bebe? Cerveza Licor Vino p/día ____ p/semana ____ p/mes ____
¿Está tomando vitaminas o suplementos? Si No Mg diario _____

Por favor liste: _____

¿Toma suplementos de calcio? Si No Mg diario _____
¿Toma leche o líquidos forti fichado con calcio? Si No porción/día _____
¿Come queso o yogur? Si No porción/día _____
¿Cuánto cafeína toma? Café ____c/día Soda____/día Te ____/día Chocolate____/día
¿Hace ejercicio? Si No veces/semanal _____
Es usted: soltera casada recesada divorciada viuda separada

¿Quién es su médico primario? _____

Otros médicos que le trata: _____

Fecha su ultima menstruación empezó _____

¿Su ciclo de menstruación empieza cada quatro semanas? Si No
¿Quantos días sangra normalmente? _____
¿Kotex/tampón cambios diarios del ciclo: quatro/día seis/día ocho/día otro_____
¿Experiencia dolor/calambres? Si No suave moderado severo
¿Toma alfo para los calambres? Si No ¿Qué tomas? _____
¿Tiene historia de Papanicolaou anormal? Si No Fecha _____

Tratamiento _____

¿Está tratando de concebir? Si No
¿Está usando método de contracepción, actualmente? Si No
Por favor verifique todos los que apliquen:
Abstinencia Retirada Condones Pastillas Contraceptivas Parche
Inyección IUD Vasectomía Anillo Tubal Ligación
Diafragma Hormona Vaginal Encaje

¿Esta o ha estado embarazada desde su última visita? Si No ¿Cuándo? _____
¿Ha tenido Una mamografía desde su última visita? Si No ¿Cuándo? _____
¿Se hace examen de pecho (senos) mensual? Si No ¿De vez en cuando
¿Ha tenido una colonoscopia? Si No ¿Cuándo? _____

¿Ha tenido cirugías u hospitalizaciones desde su última visita? Si No
Por favor explique: _____

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

Por favor liste todas las medicinas y sus dosificaciones que está tomando:

¿Ha desarrollado alergias ha medicinas, comida o látex? Si No
Por favor explique: _____

¿Algún familiar a desarrollado enfermedades nuevas desde su última visita? Si No
Por favor explique: _____

¿Ha tenido un examen de densidad de hueso? ____Si ____No Fecha: _____ Resaltos: _____

Nombre **Sintoma** **SI** **NO** **Cuanto Tiempo? Comentarios**

| | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|
| Constitucional | Fiebre | | | |
| | Frialdad | | | |
| | Sudores | | | |
| | Perdida de Peso | | | |
| | Aumento de Peso | | | |
| | Fatiga | | | |
| Respiratoria | Respiracion Dolorosa | | | |
| | Toz Cronica | | | |
| | Toz Productiva | | | |
| | Toz Seca | | | |
| | Corta De Respiracion | | | |
| | Dificultad Respirando | | | |
| Gastrointestinal | Dolor Abdominal | | | |
| | Cambio En Habito De Los Intestinos | | | |
| | Taburete Oscuros O Sangrietos | | | |
| | Frecuente Estrenimiento O Diarrea | | | |
| | Indigestion | | | |
| | Cambio En Apetito | | | |
| | Nausea/Vomito | | | |
| Genitourinaria | Liberacion Incompleto | | | |
| | Dolor Cuando Orina ? | | | |
| | Orina Frecuente? | | | |
| | Urgencia Para Orinar? | | | |
| | Sangre en El Orine | | | |
| | Incontinencia De Orine | | | |
| | Se Levanta Durante La Noche Para Orinar? | | | |
| | Tiene Sangre o Dolor Con Relaciones Intima | | | |
| | Flujo Raro O Con Olor? | | | |
| | Picazon O Ardor Vaginal O Vulva | | | |
| | Tiene Dolor Pelvico | | | |
| Alergia/Immune | Ronchas/Salpullido En La Piel | | | |
| | Picazon En Los Ojos O La Nariz | | | |
| | Estornuda Mucho? | | | |
| Musculo Esqueleto | Dolor De Espalda | | | |
| | Debilidad | | | |
| | Dolor En Las Articulaciones, Rigidez | | | |
| Ojos | Manchas Antes Los Ojos | | | |
| | Vision Doble | | | |
| Oido, Nariz, Garganta | Dolores En Los Oidos | | | |
| | Sangre De La Nariz | | | |
| | Garganta Dolorida | | | |
| | Boca Seca | | | |
| Cardiaco | Vertigo | | | |
| | Falta De Aire Durante Descanso | | | |
| | Falta De Aire Durante Ejercicio Suave | | | |
| | Dolor De Pecho | | | |
| | Perdida De Consciencia | | | |
| | Palpitaciones | | | |
| Neurologico | Entumecimiento O Erizos | | | |
| Piel | Nodulos | | | |
| | Cambios En Lunares O Pecas | | | |
| | Cambio En Crecimiento, Perdida, Textura de Pelo | | | |
| | Terrones En El Pecho O Dolor(Senos) | | | |
| | Excremento De Los Pezones | | | |
| Heme/Lymph | Hinchazon De Las Glandulas Linfas | | | |
| | Acardenalar Facil | | | |
| Endocrino | Sed Excesiva | | | |
| | Temblores | | | |
| | Intoloerancia A El Calor O Frio | | | |
| | Orine Excesivo | | | |
| Psique | Depresion | | | |
| | Zozobra | | | |
| | Cambios De Humor | | | |