

## Patient Demographic

Date:

Patient ID:

Preferred Provider:

Patient Name:

Address:

City:

State:

Zip Code:

Home Phone:

Work Phone:

Cell Phone:

Date of Birth:

Social Security Number:

Marital Status:

Employer:

Pharmacy:

RX Phone Number:

Race:

Ethnicity:

Referred By:

Primary Care Provider

## INSURANCE INFORMATION

Primary Insurance Plan:

Insured's DOB:

Insurance Address:

City:

State:

Zip Code:

Policy Number:

Group Number:

Insured's Name:

Patient Relation to Insured:

Secondary Insurance Plan:

Insured's DOB:

Insurance Address:

City:

State:

Zip Code:

Policy Number:

Group Number:

Insured's Name:

Patient Relation to Insured:

### CONSENT FOR TREATMENT/INSURANCE AUTHORIZATION & ASSIGNMENT

I hereby authorize my physician to release any and all information acquired in the course of my examination or treatment to my insurance carrier.

I hereby assign/authorize payment directly to the physician for the medical and/or surgical benefits otherwise payable to me for services provided. I understand that I am financially responsible for the charges not covered/allowed by my insurance. A photocopy of this authorization shall be accepted as the original.

Signature:

Date:

**AVISO DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD**  
**Thunderbird Obstetrics & Gynecology, Ltd.**  
**5757 W Thunderbird Road, Suite W 202**  
**Glendale, AZ 85306**

Porfavor lealo con atencion. Nuestra oficina nomas va a realizer consultas acerca de este aviso con las personas que usted anote en esta forma. Sobre su salud, recibos, o informacion sobre su citas. Tenga en mente si usted elige no dar consentimiento no hablaremos con nadie, incluyendo familiares, amigos, ect. Quien llame para informacion acuerdese que bajo la privacidad HIPAA las reglas incluyen: Tenemos el derecho de compartir informacion medica con ciertos individuos para continuar su cuidado medico.

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Cuenta#** \_\_\_\_\_

**COMO NOS PODEMOS CONTACTAR CON USTED?**

(Registre el que aplique)

NUMERO DE CASA TELEFONO	NUMERO DE CELULAR	NUMERO DE TRABAJO
( )	( )	( )
<input type="checkbox"/> Solo dejar numero	<input type="checkbox"/> Solo dejar numero	<input type="checkbox"/> Solo dejar numero
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados	<input type="checkbox"/> Dejar mensaje detallado de resultados

**ESCOJA UNA OPCION ABAJO:**

**Le doy permiso a los siguientes individuales mi consentimiento para que llamen representandome.**  
Este consentimiento es restrinigido para opciones elegidas. Si en cualquier momento decido cambiar individuales apuntados abajo, estoy consiente que tengo que notificar la oficina en escrito o llenando un consentimiento Nuevo. Este consentimiento es valido hasta que la oficina sea notificada por el paciente de algun cambio.

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero alternativo: \_\_\_\_\_

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Numero alternativo: \_\_\_\_\_

**Para personas adicionales, porfavor continue atras de la forma o agrade una segunda forma.**

**Porfavor eliga una caja:**

- Toda la informacion (Tratamiento, Medicamento, Resultados de Laboratorio y Radiografias, Citas, Pagos de cuenta.)
- Solamente resultados de Laboratorio/Radiologia y Medicamentos
- Solamente Citas y Pagos (cuenta)
- Otro \_\_\_\_\_

**Yo eligo no dar consentimiento a cualquier individual o que me represente. Cualquier informacion tratandose de mi tratamiento, resultados y radiografias, medicamentos, pagos o otra informacion. Solamente debe dirigir a mi. Y en cualquier momento si deseo agredar individuales que llamen a representarme, estoy consiente que tengo que notificar la oficina in escrito o completar un consentimiento nuevo.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# THUNDERBIRD OBSTETRICS & GYNECOLOGY, LTD.

JACK D. KYMAN, M.D.  
JUNE A. KWARK, M.D.  
MAURIZIO GALASSO, M.D.  
DAVID J. KAUFMAN, D.O.

HILLARY H. CHARLES, M.D.  
MARIA J. APICO, M.D.  
JAY EPSTEIN, M.D.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA SONOGRAFÍA

---

I autorice al Dr. \_\_\_\_\_ y ayudantes el suyo que elige realizar una examinación del ultrasonido. La examinación del ultrasonido es un procedimiento de diagnóstico que utiliza ondas acústicas para obtener imágenes de los detalles. No hay evidencia que el ultrasonido de diagnóstico cause daño al paciente o al feto.

Hay tres tipos de exámenes:

- Un sonogram obstétrico básico proporciona la información con respecto a la localización de la placenta, posición fetal, edad gestacional, estima el peso y la evaluación fetales del líquido amniótico.
- Un sonogram obstétrico completo o extenso que consiste en una evaluación más específica de anomalías fetales además de la información de las exploraciones básicas.
- Un sonogram vaginal proporciona la información con respecto el útero, el canal cervical, los ovarios y a la localización de un embarazo muy temprano. Consiste en el insertar de una pequeña punta de prueba cubierta (el tamaño de un tapón) en la vagina. Es generalmente menos incómodo que un borrón de transferencia de Pap.

Mientras que un sonogram obstétrico básico o completo detectará muchas anomalías, no es un definitivo para las malformaciones fetales. A pesar de la interpretación normal, algunos bebés pueden nacer con las anomalías no identificadas durante el sonogram. En caso de que se descubra una malformación fetal, un segundo sonogram de la opinión sería pedido. Así, aunque la sonografía sea una herramienta muy provechosa, no debe ser considerado como prueba absoluta de la ausencia de defectos fetales.

### CONSENTIMIENTO

Si usted tiene ninguna preguntas no vacilan discutirlos con el Dr. \_\_\_\_\_ antes, durante y después del procedimiento.

Le piden firmar este consentimiento antes de la examinación del ultrasonido y de tal modo reconocerle han leído y entender completamente esta forma del consentimiento.

---

PACIENTE

---

TESTIGO

---

FECHA

**HISTORIA MEDICA OBSTETRICA**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Completar el Formulario \_\_\_\_\_

**NOTAS DEL MEDICO****HISTORIA PERSONAL DE LA SALUD**

1. ¿Tiene alergias a alguna medicina? .....  Sí  No  
 Si es sí, favor de hacer una lista: \_\_\_\_\_
2. Favor de indicar cualquiera condición que usted tiene o ha tenido en el pasado:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión de Sangre  | <input type="checkbox"/> Desorden Sangrante       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón | <input type="checkbox"/> Infecciones de la Vejiga o Riñón |
| <input type="checkbox"/> Artritis o Lupus        | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia            | <input type="checkbox"/> Migrárias                        |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza        | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia         | <input type="checkbox"/> Otro                             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre  | <input type="checkbox"/> Grupo B Estreptococo | <input type="checkbox"/> Varicela                         |
| <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón   | <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> VIH (Virus del Sida)             |
| <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Intestino | <input type="checkbox"/> Herpes               | <input type="checkbox"/> Hiperactividad                   |
| <input type="checkbox"/> Desorden Emocional      |   |   |   |

Describa si es necesario: \_\_\_\_\_

3. Favor de indicar cualquiera cirugía que ha tenido: \_\_\_\_\_
4. Favor de describir cualesquier problemas de salud o síntomas que usted tiene ahora mismo: \_\_\_\_\_

**EXPOSICIONES AFECTANDO LA SALUD:**

1. ¿Usa tabaco?  Sí  No Si es sí, ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_
2. ¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No Si es sí, ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipos de bebida(s)? \_\_\_\_\_
3. Por favor liste cualquier medicinas tomadas desde su último período, incluyendo medicinas disponibles sin receta: \_\_\_\_\_
4. Por favor liste cualquier drogas usadas en el pasado (por ejemplo: cocaína, marihuana, methamphetamine, etc.): \_\_\_\_\_
- La última fecha en que uso las drogas: \_\_\_\_\_
5. ¿Tiene usted una historia de transfusiones de sangre, uso de drogas intravenoso, múltiples compañeros sexuales o exposición a un hombre homosexual o bi-sexual, exposición a un usuario de drogas intravenoso, o tiene cualquier otra razón que usted puede creer que fue expuesto al SIDA? \_\_\_\_\_
6. ¿Trabaja usted con químicos o radiación (por ejemplo: radiografías)? .....  Sí  No
7. ¿Está usted en una dieta especial?  Sí  No Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

**HISTORIA GINECOLOGICA DE SALUD**

1. ¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido un Papanicolaou anormal? .....  Sí  No  
 Si es sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué fue el tratamiento? \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido usted alguna vez gonorrea, clamidia, o enfermedad de inflamación del pelvis? .....  Sí  No  
 Si es sí, ¿Cuándo y en donde recibió tratamiento? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido Herpes? .....  Sí  No
4. ¿Ha recibido la vacuna del Virus Humano Papiloma? .....  Sí  No
5. ¿Usa usted anticonceptivos?  Sí  No Si es sí, ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_
6. ¿Usted ha tenido infecciones de la vejiga o riñón? .....  Sí  No  
 Si es sí, ¿Qué fue el tratamiento? \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene usted historia de infertilidad?  Sí  No Si es sí, por favor describa cuándo y el tratamiento que recibió. \_\_\_\_\_
8. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene en relación a su historia de salud:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Nombre en letra de Imprenta

Fecha

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_

## NOTAS DEL MEDICO

9. ¿Tiene usted alguna objeción religiosa u otras objeciones para cualquier forma de tratamiento médico que a usted le gustaría hacernos saber (por ejemplo: negar una transfusión de sangre)?  
 Sí  No Si es sí, ¿Cuál es la razón? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene usted alguna necesidad especial para:  
 Oír:  Sí  No Visual:  Sí  No Comunicación:  Sí  No

## HISTORIA DE FAMILIA Y GENETICA

1. ¿Ha tenido ya sea usted o el padre del bebe un niño(a) nacido con un defecto de nacimiento?  
 .....  Sí  No

Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

2. ¿Tienen ya sea usted o el padre del bebe un defecto de nacimiento? .....  Sí  No  
 Si es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

3. Favor de describir cualquiera anomalías que han ocurrido en niños de su familia o en la familia del padre del bebe: (por ejemplo, retardación mental, defectos de nacimiento, deformidades, o enfermedades heredadas como hemofilia, distrofia muscular, o fibrosis cística).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué parentesco tiene el niño(a) o persona afectada con usted? \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene usted o el padre del bebe historia de pérdidas de embarazos (abortos o nacido muerto)?  
 .....  Sí  No

Si es sí, ¿Han tenido cualquiera de ustedes consejería genética? .....  Sí  NoSi es sí, ¿Han tenido cualquiera de ustedes estudios cromosomales? .....  Sí  No

Donde y resultados: \_\_\_\_\_

5. Algunos problemas genéticos ocurren más en parejas de ciertos antecedentes raciales o ancestrales. Por favor marque si sea usted o el padre del bebe tiene alguno de estos antecedentes:

¿Ascendencia Judía?  Sí  No Si es sí, ¿Ha tenido usted un estudio de Tay-Sachs? .....  Sí  No  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

¿Afro-Americano?  Sí  No Si es sí, ¿Ha tenido usted estudios Depranocito? .....  Sí  No  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

6. Por favor indique si alguien en su familia o en la familia del padre del bebe tiene:

Diabetes  Sí  No Si es sí, ¿Cuál es el parentesco de esta persona a usted? \_\_\_\_\_

Desorden Sangrante  Sí  No Si es sí, ¿Cuál es el parentesco de esta persona a usted? \_\_\_\_\_

Alta Presión de Sangre  Sí  No Si es sí, ¿Cuál es el parentesco de esta persona a usted? \_\_\_\_\_

Cáncer  Sí  No Si es sí, ¿Cuál es el parentesco de esta persona a usted? \_\_\_\_\_

Hepatitis  Sí  No Si es sí, ¿Cuál es el parentesco de esta persona a usted? \_\_\_\_\_

VIH  Sí  No Si es sí, ¿Cuál es el parentesco de esta persona a usted? \_\_\_\_\_

7. Favor de hacer una lista de otras preocupaciones que usted tiene sobre defectos de nacimiento o los de órdenes heredados. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Tendrá usted 35 años o más cuando nazca el bebe? .....  Sí  No

9. ¿Tendrá el padre 50 años o más? .....  Sí  No

Firma del Paciente

Nombre en letra de Imprenta

Fecha

Patient Name \_\_\_\_\_ ALLERGIES \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Insurance \_\_\_\_\_ Pre Cert. \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip \_\_\_\_\_ Delivery Hospital \_\_\_\_\_ Pediatrician \_\_\_\_\_  
 Home Phone \_\_\_\_\_ Work Ph. \_\_\_\_\_ Obstetrician \_\_\_\_\_ Breast \_\_\_\_\_ Bottle \_\_\_\_\_  
 Occupation \_\_\_\_\_ Baby's Father's Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Wk Phone \_\_\_\_\_  
 Marital Status \_\_\_\_\_ Social Security \_\_\_\_\_ Racial Background: Patient \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_

PREGNANCY HISTORY Grav \_\_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_ T/EAB \_\_\_\_\_ Stillborn \_\_\_\_\_ Neonatal Death \_\_\_\_\_ Other Loss \_\_\_\_\_ Premature \_\_\_\_\_

No.	Date	Weeks	Sex	Wt.	Delivery Mode	Obstetrical Problems	Neonatal Problems

#### LABORATORY STUDIES

##### BASIC PRENATAL SCREEN

Date \_\_\_\_\_  
 WBC \_\_\_\_\_  
 HGB \_\_\_\_\_ HCT \_\_\_\_\_  
 MCV (90±9μm3) \_\_\_\_\_

##### BLOOD TYPE & RH

Atypical Antibodies \_\_\_\_\_  
 Serology \_\_\_\_\_  
 Rubella Screen \_\_\_\_\_

DATE RESULT

Urinalysis \_\_\_\_\_  
 HBSAg \_\_\_\_\_  
 Triple Screen \_\_\_\_\_

##### PAP SMEAR

##### GLUCOSE SCREEN

Date \_\_\_\_\_ Fasting \_\_\_\_\_ 1 hr. \_\_\_\_\_

##### REPEAT ANTIBODY SCREEN 24 wks ±, if Rh-Neg.

Date \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_

##### OPTIONAL LAB STUDIES

	DATE	RESULT
CF Screen	_____	_____
GC Screen	_____	_____
Chlamydia	_____	_____
HIV Screen	_____	_____
Sickle Cell	_____	_____
Herpes	_____	_____
Drug Screen	_____	_____
Group B Strep	_____	_____
Fetal Fibrinectin	_____	_____
Varicella Screen	_____	_____
Repeat Urinalysis	_____	_____
Glucose Tolerance	Hr. _____	Result _____

##### REPEAT HGB/HCT

Date \_\_\_\_\_ Results \_\_\_\_\_  
 Other: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### INITIAL PHYSICAL EXAMINATION

Wt \_\_\_\_\_ Pre-OB Wt \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_

BP \_\_\_\_\_ Pulse \_\_\_\_\_ HEENT \_\_\_\_\_

Thyroid \_\_\_\_\_

Breasts \_\_\_\_\_

Heart \_\_\_\_\_

Lungs \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Back \_\_\_\_\_

Extremities \_\_\_\_\_

Vulva \_\_\_\_\_

Vagina \_\_\_\_\_

Cervix \_\_\_\_\_

Uterus \_\_\_\_\_ est. wks.

Adnexae \_\_\_\_\_

Pelvis \_\_\_\_\_

#### REMARKS

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

#### DETERMINATION OF GESTATIONAL AGE

LMP \_\_\_\_\_  
 Cycle Length \_\_\_\_\_  
 Menstrual EDC \_\_\_\_\_  
 Date of Conception (if known) \_\_\_\_\_  
 Ultrasound Estimate of EDC \_\_\_\_\_  
 Date Performed \_\_\_\_\_

#### ADDITIONAL ULTRASOUND DATA (OPTIONAL)

Date \_\_\_\_\_ Findings \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ Findings \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_ Findings \_\_\_\_\_

Exam by \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Check here if Physical Exam was dictated

#### PRELIMINARY CLINICAL EDC \_\_\_\_\_

#### ADJUSTED EDC \_\_\_\_\_ AS OF \_\_\_\_\_

The CLINICAL EDC is the physician's best estimate of the due date and is the date used for clinical management.