



CARE FOR WOMEN OB/GYN



ATASCOCITA
& KINGWOOD

*La atención integral que necesitas.
La compasión y la comodidad que te mereces.*

Por favor llame a nuestra oficina si necesita confirmar la hora de su cita, fecha o lugar de su cita.

281-359-7000

www.careforwomenonline.com

KINGWOOD

Located in the Kingwood Medical Arts Building

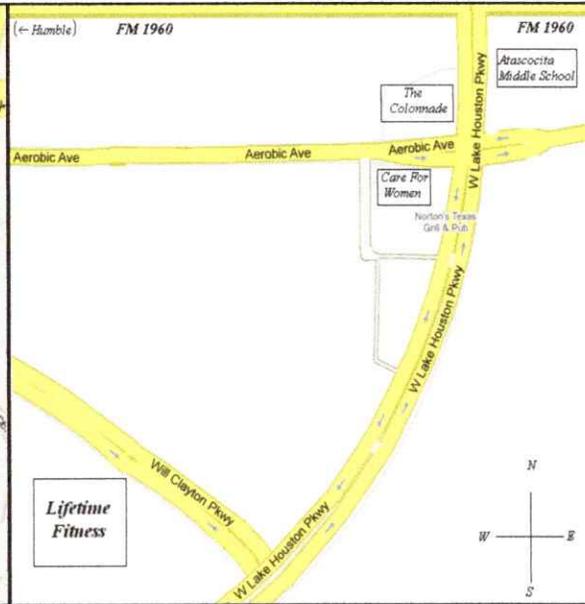
Memorial Hermann Surgical Center



**350 Kingwood Medical Drive, Suite 350
Kingwood, TX 77339
Fax: 281-359-5833**

ATASCOCITA

Located in Orlean Square close to Iguana Joe's



**18321 West Lake Houston Parkway, Suite 100
Humble, TX 77346
Fax: 281-812-4927**

******ATTENCION PACIENTES NUEVOS******

Tiene que llegar 30 minutos antes de su cita traer su papeleo lleno, aseguranza y su identificacion.

Por favor llamar a nuestra oficina 24 horas antes para cambiar o cancelar su cita.

CARE FOR WOMEN

INFORMACION DE LA HISTORIA MEDICA

FECHA: _____

Nombre: Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____ Edad _____ Raza _____
 Altura: _____ Peso: _____ Algun cambio de peso reciente? _____
 Ultimo Periodo Menstrual: _____ Ultimo Papanicolaou: _____
 Usted ha sido tratada por un medico en los ultimos dos anos? _____ Cual y Cuando? _____
 Nombre del Medico: _____
 alguna vez ha tenido una enfermedad grave? _____ Cual y Cuando? _____
 alguna vez ha tenido una mamografia? _____ Cuando? _____
 alguna vez ha tenido cirugias o anestesia general (puesta a dormir)? _____
 Cuando y para que? _____
 Ha tomado medicamentos durante el ano anterior? _____ Nombre y dosis: _____
 Esta tomando pastillas anticonceptivas? _____ Marca y dosis? _____
 Es alergica a algun medicamento? _____ Cual? _____
 Ha sido expuesta a la penicilina? _____ Tiene un "Testamento en Vida"? _____

HISTORIA FAMILIAR

Frente a la condicion indicada a continuacion, escriba: "0" para no historia. Escriba "M" por mama. Escriba "P" for Papa.
 Alta presion sanguinea: _____ Mellizos: _____ Diabetes: _____ Enfermedad cardiaca: _____
 Cancer de: Seno _____ Ovarios _____ Colon _____

HISTORIA OBSTETRICA

Embarazos totales _____ De periodo completo _____ Prematuros _____ Mellizos _____
 Operaciones Cesarea _____ Abortos _____ Embarazos Interrumpidos _____

Año de Nacimiento	Lugar del Parto	Sexo	Nombre	Peso	Tipo de Parto

Total de Hijos vivos hoy? _____ Vacunas de la paciente en los ultimos 10 anos _____

TIENE AHORA OR HA TENIDO ALGUNA VEZ?

Alergia a anestésicos locales	Si	No	Epilepsia	Si	No
Alta Presion Sanguinea	Si	No	Fiebre Reumatica	Si	No
Anemia	Si	No	Fuma o Usa Tabaco	Si	No
Ataque Cardiaco	Si	No	Hepatitis	Si	No
Cancer	Si	No	Historia de Transfusiones de Sangre	Si	No
Cirugia Cosmetologica	Si	No	Implantes Ortopedicos	Si	No
Derrame Cerebral	Si	No	Incontinencia o Goteo Urinario	Si	No
Diabetes	Si	No	Polio	Si	No
Dolores de Pecho	Si	No	Problemas/Reemplazos de Valvulas		
Enfermedad Cardiaca	Si	No	del Corazon	Si	No
Enfermedad o Cirugia de Senos	Si	No	Soplo Cardiaco	Si	No
Enfermedad Pulmonar	Si	No	Tendencia al sangrado	Si	No
Enfermedad Renal	Si	No	Ulceras	Si	No
Enfermedades del Hígado	Si	No	Uso de Drogas Ilegales	Si	No
Enfermedades de Transmision Sexual	Si	No	Uso Excesivo de Alcohol	Si	No

Por que esta viendo hoy al medico? _____

Certifico que la informacion anterior es exacta al maximo de mi conocimiento y aqui autorizo a que cualquier informacion medica sea revelada a Care for Women

Firma de la Paciente (Padre/Madre o Tutor si la Paciente es Menor de Edad)

CARE FOR WOMEN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LA PACIENTE
PARA TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O DE CIRUGIA

Yo autorizo a los medicos de Care for Women a suministrar atencion medica incluyendo, sin limitaciones, procedimientos rutinarios de diagnostico y tratamiento medico, los cuales incluyen cualquier procedimiento que se estime necesario por el medico asistente u otro doctor o auxiliar que pueda ser designado por el medico para la atencion medica.

Entiendo que Care for Women no ha establecido ninguna justificacion, garantia o seguridad con respecto a los resultados de cualquiera de los tratamientos, exámenes u otros cuidados medicos.

Fecha

Firma de la Paciente

Testigo

Si la paciente es menor de edad, el padre/madre o el tutor legal tambien debe firmar

Fecha

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal

Testigo

Care for Women
POLITICA FINANCIERA

Nosotros estamos comprometidos en suministrarle la mejor atencion posible y complacidos en discutir con usted sobre nuestros honorarios profesionales en cualquier momento. Su clara comprension de nuestra *Politica Financiera* es importante para nuestra relacion profesional. Por favor preguntenos si usted tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, la *Politica Financiera* o su responsabilidad.

- ❖ Todas las pacientes deben diligenciar completamente nuestro formulario de *Politica Financiera* antes de ver al medico.
- ❖ Se debe pagar totalmente en el momento de la prestacion del servicio.
- ❖ Para mantenerse en conformidad con los terminos de su HMO/PPO, debemos recibir su aporte al pago compartido en el momento de su visita al consultorio.

Si usted tiene seguro de salud, le ayudaremos a recibir los maximos beneficios. Estaremos complacidos en ayudarle a tramitar el formulario de solicitud de reembolso. Cualquier solicitud en ese sentido debe estar acompañada por un formulario de seguro debidamente diligenciado en cada consulta. En casos especiales, podemos aceptar la cesion de los beneficios del seguro.

Como proveedores de la atencion de salud, nuestro contrato es con usted, no con su compania de seguros. **EL SEGURO ES UN CONTRATO ENTRE USTED Y SU COMPANIA DE SEGUROS.** Nosotros no somos parte de este contrato, en la mayoria de los casos. Nosotros le informaremos si somos parte comprometida en su contrato del seguro, y manejaremos sus solicitudes en conformidad con nuestro acuerdo con la compania de seguros, si existiere alguno. Siendo que el tramite de sus solicitudes de pago del seguro es una cortesia que brindamos a nuestras pacientes, todas las cuentas son de su responsabilidad a partir de la fecha en que se ofrecen los servicios.

USTED ES RESPONSABLE DEL PAGO OPORTUNO DE SU CUENTA. Entendemos que problemas financieros temporales pueden afectar el pago oportuno de su cuenta. Si tales problemas se presentan efectivamente, le animamos a contactarnos prontamente para colaborarle en el manejo de su cuenta.

Los cheques devueltos estaran sujetos al cobro de cuotas adicionales.

Si tiene alguna pregunta con relacion a la anterior informacion o cualquier inquietud con respecto a la cobertura del seguro, por favor no dude en preguntarnos. Estamos para ayudarle. **Por favor confirme con su firma que ha leído y entendido la *Politica Financiera* de Care for Women.**

FIRMA: _____

FECHA : _____

Cuestionario sobre antecedentes familiares de cáncer

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Edad
Sexo (M/F)	Fecha de hoy (MM/DD/AA)	Proveedor de atención médica	

Sus antecedentes personales o familiares de cáncer son importantes para brindarle la mejor atención posible

Marque "Sí" o "No" a continuación según usted tenga antecedentes personales o familiares de alguno de los siguientes tipos de cáncer.

En caso afirmativo, indique parentesco y edad al momento del diagnóstico en la columna correspondiente.

Incluya a ambos lados de su familia e indique cada miembro de forma independiente: Padres, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tíos, tías, sobrinas, sobrinos y medio hermanos.

Antecedentes personales o familiares ¿Le han diagnosticado a usted o a uno de sus familiares alguno de los siguientes?	USTED		HERMANOS/ HIJOS	POR PARTE DE SU MADRE	POR PARTE DE SU PADRE	
	S	N	Familiar y edad	Familiar y edad	Familiar y edad	
EJEMPLO: Cáncer de mama	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Edad 49	Hermana, 55 Hija, 33	Tía N.º 1, 67 Tía N.º 2, 45	Abuela, 84
Cáncer de mama a los 45 años de edad o antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2 o más casos independientes de cáncer de mama en una persona, uno a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
2 o más personas en mi familia (<i>incluyéndome</i>) con cáncer de mama , uno a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Cáncer de ovario (peritoneal/trompas de Falopio) a cualquier edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Cáncer de mama triple negativo a los 60 años de edad o antes (Receptor Estrógeno Negativo, Receptor de Progesterona Negativo, Patología HER2 Negativo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
3 o más casos de cáncer en el mismo lado de la familia a cualquier edad: cáncer de páncreas, cáncer de mama, o cáncer agresivo de próstata* *puntaje de Gleason \geq 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Cáncer de mama en hombres a cualquier edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Ascendencia judía asquenazi con cáncer de mama o de páncreas a cualquier edad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Cáncer de páncreas o cáncer agresivo de próstata y un familiar con cáncer de mama a los 50 años de edad o antes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
20 o más pólipos colorrectales en 1 persona a lo largo de la vida. Especifique número: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Cáncer de colon/recto o cáncer de endometrio (útero) antes de los 50 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Antecedentes personales de cáncer de endometrio (útero) a cualquier edad**	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
DOS personas en mi familia (<i>incluyéndome</i>): al menos 1 con cáncer de colon/recto o cáncer de endometrio (útero) a cualquier edad Y TAMBIÉN 1 que recibió un diagnóstico de cáncer asociado al síndrome de Lynch* antes de los 50 años de edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
TRES O MÁS personas en mi familia (<i>incluyéndome</i>) con un cáncer asociado al síndrome de Lynch* a cualquier edad, con al menos 1 de tipo colorrectal o cáncer de endometrio (útero)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

** PREMM_(1,2,6) Puntaje \geq 5%

* Los tipos de cáncer asociados al síndrome de Lynch incluyen: cáncer de colon, cáncer de endometrio (útero), cáncer de estómago, de ovario, de páncreas, de cerebro, de intestino delgado, de riñón, de aparato urinario, de vías biliares, sebáceos (glándula de la piel).

¿Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba genética para detectar un síndrome de cáncer hereditario?

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Qué gen(es)? _____ ¿Cuál fue el resultado? _____

REVISIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER (Para completar después de hablar con el proveedor de atención médica)

Firma del paciente	Fecha
Firma del proveedor de atención médica	Fecha

Para uso interno solamente

¿Se ofrecieron al paciente pruebas genéticas para el cáncer hereditario? SÍ NO ACEPTÓ RECHAZÓ

En caso afirmativo, ¿qué prueba? BRACAnalysis[®] with Myriad myRisk[®] Multisite 3 BRACAnalysis REFLEX to BRACAnalysis with Myriad myRisk

COLARIS[®]PLUS with Myriad myRisk COLARIS AP[®]PLUS with Myriad myRisk Single Site Testing Myriad myRisk Update

Otra: _____

Se programó una cita de seguimiento: SÍ NO Fecha de la próxima cita: _____



*The comprehensive care you need.
The compassion & convenience you deserve.*

Le pedimos que inicie sesión en nuestro sitio web y siga las instrucciones a continuación para ingresar su historial médico y personal a través de nuestro portal seguro para pacientes. Si no tiene acceso a Internet, o si tiene problemas para ingresar la información, planea llegar media hora antes a su cita para ingresar la información en nuestra oficina.

Su nombre de usuario es: _____

Su contraseña es su fecha de nacimiento: xx/xx/xxxx por ejemplo, 05/15/1916

Nota: complete tanto el formulario de historial médico en línea como el impreso que se le envió por correo. A los médicos les gusta tener ambos.

Instrucciones: Vaya a www.careforwomenonline.com

- Haga clic en el botón Portal del paciente en la esquina superior derecha de la página.

- Ingrese su nombre de usuario y contraseña..

- Haga clic en Registros médicos en rojo en la parte superior de la página.

- Haga clic en Historial en rojo en la parte superior de la página e ingrese toda la información,

haciendo clic en el botón "guardar" después de cada sección.

- Cuando termine, haga clic en Cerrar sesión en rojo en la parte superior de la página.