

Fuente de referencia \_\_\_\_\_

---

### Información general

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

# Seguro Social \_\_\_\_\_ #Teléfono \_\_\_\_\_ #Trabajo \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Origen étnico \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Educación superior \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

---

### Historial Ginecológico

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Último Período Menstrual (1er día) \_\_\_\_\_ Edad del primer período \_\_\_\_\_

Longitudes de ciclo (días entre el hasta el próximo período) \_\_\_\_\_ Duración del sangrado (# días) \_\_\_\_\_

Cantidad de flujo: poco \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ pesado \_\_\_\_\_

Tiene cólicos: ninguno \_\_\_\_\_ mínima \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ grave \_\_\_\_\_

Última prueba de Papanicolau \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_ Mamografía anormal \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido infecciones vaginales? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez dio positivo en una prueba de Enfermedades de Transmisión Sexual? \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de herpes genital? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Historia quirúrgica ginecológica \_\_\_\_\_

---

### Historia Sexual

Frecuencia de las relaciones sexuales por semana \_\_\_\_\_ Uso de lubricantes: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de los lubricantes \_\_\_\_\_

¿Tu pareja eyacula en la vagina durante el coito? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Es doloroso para usted Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿El coito es doloroso para su pareja? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

---

### Historial Obstétrico

¿Alguna vez has estado embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tiene Hijos: Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le tomo concebir? \_\_\_\_\_

**Registro de Embarazos**

Embarazo #	Fecha/ Año	Semanas	Sexo	Aborto	Terminación	Complicaciones	Tratamiento de Fertilidad

**Historial Anticonceptivo**

¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Fue su menstruación regular antes de las píldoras anticonceptivas? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Las menstruaciones eran regulares después de suspender las píldoras anticonceptivas? Si \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuánto tiempo después de suspender las píldoras anticonceptivas tomó su menstruación para comenzar? \_\_\_\_\_

¿Ha usado DIU? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuántos años se colocó? \_\_\_\_\_ Cuando se eliminó \_\_\_\_\_ (año)

Circula el uso anterior de: Diafragma Condón Espuma Esponja Ritmo

**Historia social**

**SÍ NO Fecha Comentarios**

Expuesto a químicos o rayos X	___	___	_____	_____
Fuma	___	___	_____	_____
Alcohol	___	___	_____	_____
Marihuana	___	___	_____	_____
Drogas	___	___	_____	_____

¿Alguna vez ha viajado o ha vivido en áreas afectadas por el virus del Zika en los últimos 6 meses? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si respondió que sí, indique las fechas \_\_\_\_\_

¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que ha viajado o vivido en un área afectada por el Zika en los últimos 6 meses? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si respondió que sí, indique las fechas \_\_\_\_\_

**Historial médico / Quirúrgico**

**SÍ NO Fecha Comentarios**

Paperas	___	___	_____	_____
Sarampión	___	___	_____	_____
Varicela	___	___	_____	_____
Rubéola (sarampión alemán)	___	___	_____	_____
Fiebre reumática	___	___	_____	_____
Alta presión sanguínea	___	___	_____	_____
Coágulos de sangre	___	___	_____	_____
Soplo cardíaco	___	___	_____	_____
Enfermedad del corazón	___	___	_____	_____
Diabetes	___	___	_____	_____
Enfermedad pulmonar	___	___	_____	_____
Enfermedad de la vejiga o del hígado	___	___	_____	_____
Infecciones renales	___	___	_____	_____
Hepatitis	___	___	_____	_____
Cálculos renales	___	___	_____	_____
Gota	___	___	_____	_____
Enfermedad de tiroides	___	___	_____	_____
En. autoinmunes (lupus, artritis reumatoide)	___	___	_____	_____

**Cirugías**

---

---

**Alergias**

---

**Medicamentos**

---

---

**Historia familiar**

Edad de la madre si está viva \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento si se conoce) \_\_\_\_\_

Si ha fallecido, ¿A causa de problemas médicos? \_\_\_\_\_

Edad del padre si está vivo \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento si se conoce) \_\_\_\_\_

Si ha fallecido, ¿A causa de problemas médicos? \_\_\_\_\_

Hermana (s) Edades \_\_\_\_\_ Problemas médicos \_\_\_\_\_

Hermano (s) Edades \_\_\_\_\_ Problemas médicos \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares** (marque todas las que apliquen)

- |                        |                           |                        |                            |        |
|------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Defectos de nacimiento | Problemas de infertilidad | Problemas Hormonales   | Abortos                    | Cáncer |
| Enfermedades Cardiacas | Enfermedades Pulmonares   | Enfermedades tiroideas | Problemas Endocrinológicos |        |
| Presión Arterial Alta  | Coágulos de sangre        | Diabetes en Embarazo   |                            |        |

Si Circuló cualquiera de los problemas mencionados anteriormente por favor indique quien en su familia fue diagnosticado

---

---

**Pruebas de Fertilidad Anteriores**

Duración de intentar lograr un embarazo \_\_\_\_ Años \_\_\_\_ Meses / Tiempo sin uso de anticonceptivos \_\_\_\_\_

¿Alguna vez te hicieron alguna prueba de infertilidad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Histerosalpingograma Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Histeroscopia Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Biopsia endometrial Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Prueba postcoital Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Análisis de Semen Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Laparoscopia Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Prueba de la hormona \_\_\_\_\_

Clomid / Ciclos de Femara \_\_\_\_\_

IUI \_\_\_\_\_ Ciclos de OI \_\_\_\_\_

Ciclos de IVF \_\_\_\_\_

Otro tratamientos de Fertilidad \_\_\_\_\_



**Procreate Fertility Center de Virginia**

**300 Medical Pkwy, Ste 200**

**Chesapeake, VA 23320**

**(Ph) 757 - 777 - 8500 (F) 757 - 451 - 6944**

## **Acuerdo Financiero del Paciente**

**Procreate Fertility Center** se compromete a brindarle el mejor cuidado posible. Las siguientes son las políticas financieras que hemos establecido para nuestra práctica. Si tiene alguna pregunta sobre estas políticas, hable con nuestro departamento de facturación. Usted es responsable de todos los costos asociados a los servicios que se le proporcionan, independientemente de la cobertura del seguro.

- **Pacientes Sin Seguro Médico:** Se espera que los pacientes sin seguro paguen en su totalidad en el momento del servicio. El pago completo será cobrado antes de cualquier procedimiento planeado o visitas a la oficina. Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.
- **Pacientes con cobertura de seguro:** La cobertura de los servicios depende del plan individual de cada paciente. Es responsabilidad del paciente entender su elegibilidad y beneficios. Nos complace proporcionarle más información sobre los servicios que ofrecemos, pero le recomendamos que revise sus beneficios específicos con su representante de membresía de seguros. Tenga en cuenta que, como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
- **Si su servicio médico no cubre servicios de infertilidad:** Usted será considerado un paciente "Sin Seguro" por todos los servicios relacionados con pruebas de infertilidad y tratamientos.
- **Cobertura para la prueba de infertilidad solamente:** Cobraremos a su seguro como una cortesía para todos los servicios de diagnóstico y consultas relacionadas con las pruebas. Usted será responsable de cualquier cantidad determinada por su seguro para ser responsabilidad del paciente o servicios no cubiertos.
- **Cobertura para pruebas de infertilidad Y tratamiento:** Le cobraremos su seguro como cortesía para los servicios de diagnóstico y las consultas relacionadas con las pruebas. Nosotros facturaremos los servicios de tratamiento siempre que sean métodos de tratamiento específicos cubiertos por su plan de seguro. Usted será responsable de cualquier cantidad determinada por su seguro para ser responsabilidad del paciente o servicios no cubiertos.

**Diagnóstico médico:** Los pacientes que buscan atención para lograr el embarazo serán considerados pacientes con infertilidad para todas las visitas relacionadas con la concepción. La mayoría de las visitas se codifican como pruebas de infertilidad o relacionadas con la infertilidad. Las reclamaciones serán codificadas apropiadamente en base al motivo de la visita y cualquier diagnóstico proporcionado por el médico. Las reclamaciones sólo se facturarán con diagnósticos médicos o ginecológicos si el motivo de la visita es recibir atención para estas condiciones. Los mismos diagnósticos serán proporcionados para servicios auxiliares (tales como servicios de laboratorio, análisis de semen, cirugía, pruebas externas y referencias).

- **Requisitos de seguro:** Es su responsabilidad proporcionar a Procreate Fertility Center información completa y actualizada sobre seguros.
- **Antes de su primera cita,** debe proporcionarle al personal de Procreate su información de seguro. Necesitaremos una copia de su tarjeta de seguro. Los pacientes sin información de seguro verificada se considerarán pacientes "Sin Seguro". Todos los cargos deben ser pagados en su totalidad antes de los servicios prestados.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

o **Antes de los servicios**, debe verificar que somos proveedores participantes para su plan de seguro. Puede hacerlo poniéndose en contacto con su compañía de seguros o revisando el directorio de su proveedor de seguros. Nuestro personal también puede ayudar, siempre y cuando tengamos su información de seguro antes de su primera cita.

o **Si tiene algún cambio en su seguro**, notifique al personal de Procreate lo antes posible. Cualquier cargo facturado sin información de seguro actualizada será responsabilidad del paciente.

o **Todos los copagos, coaseguros, importes deducibles y cargos no cubiertos** son debidos en la fecha de servicio. Nuestro personal le puede ayudar con una estimación, sin embargo, su seguro hará la determinación final basada en su procesamiento de la reclamación.

o **Los pacientes son responsables** de entender cualquier requisito de referencia, autorización o pre-certificación. Le ayudaremos a obtener las autorizaciones necesarias, pero es su responsabilidad entender sus beneficios.

o **En el caso de que su seguro pague menos de lo estimado**, se le facturará por las cantidades restantes atribuidas a la responsabilidad del paciente. Usted puede solicitar una explicación de los beneficios de su compañía de seguros para cualquier servicio.

o Las reclamaciones de seguro sólo serán presentadas por servicios cubiertos a compañías de seguros contratadas. Los pacientes pueden solicitar una declaración detallada para presentar a su compañía de seguros.

• **Declaraciones del paciente:**

- El pago completo se espera al recibir su declaración del paciente.
- Es nuestra política presentar declaraciones a los pacientes de manera oportuna. Sin embargo, a menudo hay un retraso entre su fecha de servicio y cuando su seguro procesa su reclamo.
- Si tiene preguntas sobre la forma en que se procesaron sus reclamaciones, póngase en contacto con su seguro.
- Entendemos que las cuestiones financieras temporales pueden retrasar su pago puntual. Es su responsabilidad ponerse en contacto con nuestra oficina lo antes posible para hacer los arreglos de pago. Si no se comunica con nuestra oficina, podemos enviar sus cargos no pagados a una agencia de cobro externa. Estas agencias pueden reportar cargos no pagados a agencias nacionales de informes crediticios.

o Si tiene preguntas sobre su estado de cuenta después de revisar sus beneficios de seguro o si tiene dificultades para pagar su factura, comuníquese con nuestro departamento de facturación. Estamos disponibles de lunes a jueves de 9:00 am a 4:30 pm y viernes de 9:00 am a 12:00 pm. También puede enviar un mensaje seguro al personal de la oficina a través del portal del paciente.

• **Programación de la cirugía:**

o Los costos para la cirugía se calcularán antes de la fecha de la cirugía. El pago completo se espera en su cita previa a la operación.

o Los estimados de cirugía proporcionadas por nuestra oficina corresponden solamente a los honorarios profesionales del cirujano. También puede recibir facturas de la institución, anesthesiólogo y / o patólogo. Por favor, trabaje con estas entidades directamente con respecto a los cargos anticipados y cualquier factura resultante.

o Los depósitos de cirugía que se cobran son una estimación basada en sus beneficios de seguro en el momento de la cotización. Su seguro hará la determinación final de la responsabilidad del paciente basado en el informe operativo del cirujano y las reclamaciones presentadas. En el caso de que su seguro pague menos de lo estimado, se le facturará por los montos restantes. Usted puede solicitar una explicación de los beneficios de su compañía de seguros para cualquier servicio.

**Iniciales:** \_\_\_\_\_

• **Paquetes y Descuentos de Ciclos:** En un esfuerzo por proporcionar opciones accesibles a los pacientes, algunos servicios no cubiertos pueden ser agrupados en un paquete especial con descuento.

o **El pago completo se requiere antes del inicio del ciclo.**

- o Ninguna porción de un paquete con descuento se facturará al seguro.
- o Ciertas tarifas de laboratorio para los laboratorios de hormonas pueden ser incluidas en el paquete. Otros laboratorios, específicos para el diagnóstico y la condición de un paciente pueden ser adicionales o facturados al seguro.
- o **Los medicamentos** no están incluidos en ningún paquete de ciclo. Estos cargos se pagan directamente a la farmacia.
- o Los descuentos de paquete se aplican a todo el paquete. Si un ciclo no se completa, el descuento será pro-rateado basado en la cantidad de servicios proporcionados. Cualquier servicio no recibido será acreditado menos cualquier descuento original.

o **Si un ciclo no tiene éxito**, no hay reembolsos disponibles para los servicios prestados. Cualquier cargo pendiente será aún debido independientemente del resultado del ciclo.

o No se iniciarán nuevos ciclos de tratamiento si el paciente retiene un saldo no pagado por servicios previos.

• **Cargos adicionales:**

- o Los cheques devueltos estarán sujetos a una cuota de cheque de retorno de \$ 30.00.
- o Completar y enviar los formularios (FMLA, Seguro Estatal de Incapacidad, subsidios, etc.) no son facturables al seguro y estarán sujetos a un cargo de \$ 25.00.
- o Tratamos de confirmar todas las citas con antelación. Necesitamos 24 horas de antelación para cancelar o reprogramar citas. Ningún cambio de cita y cancelaciones dentro de 24 horas serán sujetos a una tarifa \$ 25.00. Entendemos que surgen emergencias, pero los pacientes con más de dos cancelaciones pueden ser requeridos a pagar un depósito para reprogramar su cita.
- o Las consultas telefónicas no están estar cubiertas por el seguro. Las mismas deben ser pagadas en su totalidad antes de transferir la llamada al médico. Las tarifas varían según el motivo de la consulta y se pueden calcular con antelación. Usted puede presentar una reclamación a su seguro.

• **Servicios auxiliares:** Su atención general depende de que el personal de Procreate colabore con otras entidades. A veces, ciertos servicios serán prestados por otros proveedores de atención médica.

o **Pacientes sin seguro médico:** Trabajamos con varios laboratorios, farmacias, etc. para ofrecerle los servicios más asequibles y completos disponibles. Enviaremos su pedido a los proveedores con los que normalmente trabajamos. También podemos proporcionarle una orden para que los servicios prestados por un proveedor que elija si pueden proporcionar los mismos servicios.

o **Pacientes de seguros:** A menudo, su seguro determinará qué laboratorio, farmacia, etc. debe utilizar. Es su responsabilidad informarnos si su seguro requiere un proveedor específico. Por ejemplo, su seguro puede preferir Labcorp sobre Sentara para el trabajo de laboratorio (o viceversa).

o **Cualquier factura que incurra de proveedores auxiliares** es su responsabilidad y pagadera a ellos directamente. Si necesitan información adicional de nuestra oficina para procesar reclamaciones en su nombre, por favor hable con nuestro departamento de facturación.

Asigno beneficios de mi contrato de seguro y autorizo el pago directamente a Procreate Fertility Center. Autorizo a Procreate Fertility Center a divulgar información médica como necesaria para que mis reclamaciones sean procesadas por un seguro. He leído y entiendo las políticas financieras mencionadas arriba y reconozco que es mi responsabilidad pagar los servicios prestados independientemente de la cobertura del seguro.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Testigo del personal:** \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información de salud confidencial sobre mí, mediante la publicación de una copia de mis registros médicos, o un resumen o descripción de mi información de salud protegida. Libero esta información a Procreate Fertility Center of Virginia. Esto es válido por un año a partir de la fecha firmada por el paciente.

### FAVOR LIBERAR LOS REGISTROS SOLICITADOS DE LA SIGUIENTE PERSONA / ORGANIZACIÓN:

Nombre / Organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Registros solicitados:

- TODOS LOS REGISTROS
- Historial y físico
- Notas de progreso
- Visitas de consulta
- Resultados de laboratorio
- Ultrasonidos, Imágenes, ect.
- Informes quirúrgicos
- Otro: \_\_\_\_\_

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

**Christian Perez, MD. FACOG**  
Director

christianp@procreatefertility.com  
Phone + 1 757 977 8500 - Fax + 1 757 451 9694  
300 Medical Pkwy, Ste 200 - Chesapeake, VA 23320  
[www.procreatefertility.com](http://www.procreatefertility.com)



Procreate Fertility Center of Virginia

300 Medical Pkwy, Ste 200

Chesapeake, VA 23320

(Ph) 757-977-8500

(F) 757-451-9694

## Virus Zika

El virus Zika se transmite principalmente a través de la picadura de mosquitos de la especie *Aedes* infectados. Sin embargo, el virus del Zika también puede ser transmitido sexualmente de un hombre infectado con el virus a sus parejas sexuales. La infección por el virus del Zika durante el embarazo está relacionada con los resultados adversos del embarazo y el parto, incluida la pérdida del embarazo, la microcefalia y las anomalías cerebrales y oculares del bebé.

A continuación, encontrará las recomendaciones para mujeres y hombres con posible exposición al virus del Zika que estén interesados en concebir.

- Las mujeres que han tenido la enfermedad del virus del Zika deben esperar al menos 8 semanas después del inicio de los síntomas para intentar la concepción
- Los hombres que han tenido la enfermedad del virus del Zika deben esperar al menos 6 meses después del inicio de los síntomas para intentar la concepción.
- Las mujeres y los hombres con posible exposición al virus del Zika pero sin una enfermedad clínica compatible con la enfermedad del virus del Zika deben esperar al menos 8 semanas después de la exposición para intentar la concepción

Responda las preguntas a continuación para evaluar su riesgo de posible exposición al virus Zika.

1. ¿Ha viajado o residido en un área de transmisión activa del virus del Zika en las últimas 8 semanas? (<http://www.cdc.gov/zika/geo/active-countries.html>)  
Sí \_\_\_\_\_ (inicial) No \_\_\_\_\_ (inicial)
2. ¿Ha tenido relaciones sexuales (coito vaginal, coito anal o felación) sin preservativo con un hombre que viajó o residió en un área de transmisión activa del virus del Zika?  
Sí \_\_\_\_\_ (inicial) No \_\_\_\_\_ (inicial)

Tenga en cuenta que no recomendamos intentar la concepción si tiene alguno de los factores de riesgo anteriores para el virus del Zika. Notifique a un proveedor de Procreate si tiene alguna inquietud acerca de una posible exposición o infección activa.

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he leído el formulario anterior, he completado el formulario a mi leal saber y entender y he recibido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas sobre el virus del Zika.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





HIPAA FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO / AUTORIZACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ultimo 4 de SSN: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Reconozco que se me proporcionó una copia del aviso de Procreate Fertility Center of Virginia de conformidad con la regulaciones federales conocidas como la Regla de Privacidad HIPAA. Doy permiso para compartir mi información médica, incluyendo diagnóstico e historial médico, historial de medicamentos, registros e información de facturación de la siguiente manera.

Autorizo a Procreate Fertility Center of Virginia a divulgar mi información financiera y / o médica confidencial. Seleccione qué información o ambas le gustaría que se publicara.

Médico

Financiero

Esta autorización entrará en vigencia a partir del \_\_\_\_\_.

Please release the requested records to the following person:

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Contraseña: \_\_\_\_\_

**\* Debe proporcionar al individuo \***

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\* Procreate Fertility Center solo divulgará información si se puede proporcionar la contraseña que proporcionó \***

Con mi firma a continuación, solicito a Procreate Fertility ANULAR mi autorización previamente otorgada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_