



Please Complete Your Patient Information

Date/Fecha: _____

Name/Nombre: _____ SS# _____

Home Phone/ Telefono De Casa _____ Cell Phone/ telefono celular _____

Email _____ Work Phone/ telefono del trabajo _____

Address/ Dirección _____

City/Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/Código Postal _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____ Marital Status: Single Married Divorced
Soltera Casado Divorciado

Occupation/ Trabajo _____ Employer/ Empleador _____

Preferred Language/ Idioma preferido _____

Whom may we thank for referring you? _____

A quien podemos agradecer por la referencia? _____

Primary Insurance

Seguro Primario

Insurance Name/ Nombre de Seguro _____ ID# _____
Group#/ Grupo# _____

If the insured is different than the patient, please complete below:

Si el asegurado es diferente que el paciente, por favor complete la siguiente:

Person Responsible/ Persona _____ ID/SS# _____

Address/ Dirección _____ City/ Ciudad _____

State Estado _____ Zip/ Código Postal _____

Relationship/ Relación _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____

Employer/ Empleador _____ Occupation/Ocupación _____

Additional Insurance

Seguro adicional

Insurance Name/ Nombre de Seguro _____ ID# _____
Group#/ Grupo# _____

Person Responsible/ Persona _____ ID/SS# _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Emergency Contact

Contacto de emergencia

Name/Nombre: _____ Relationship/ Relación _____

Best Phone #/ Mejor Teléfono _____

PHARMACY INFORMATION

¿Donde es su farmacia?

Nombre _____

Dirección, si se conoce _____

Ciudad & Estado _____

Teléfono _____

Additional Information, HIPAA and Financial Policies

Políticas de privacidad

Estas son nuestras políticas y privacidad con respecto a la información de salud protegida. Por favor lea e ingrese su nombre. Su nombre servirá como su firma.

Asignación y liberación

Por favor, lea y firme las dos afirmaciones siguientes:

Se entiende que, o nosotros, seré responsable de todos los gastos incurridos en esta cuenta, para incluir todos los servicios presentes y futuros. Tengo entendido que, independientemente de la cobertura de seguro que pueda tener, yo soy responsable del pago de todos los cargos. En caso de falta de pago de los cargos por los servicios prestados, estoy de acuerdo en pagar todos los costos de cobro, incluyendo los honorarios razonables de abogados. He leído y estoy de acuerdo y hacer entender sus disposiciones.

El paciente o la persona responsable

Fecha de hoy

Opcional

Por la presente autorizo a Islip Ob-Gyn me enviar boletines de noticias, y otros documentos por correo electrónico. información médica privada nunca será enviada por correo electrónico, ya que la seguridad y la privacidad no se puede asegurar.

Entiendo que Islip Ob-Gyn no compartirá mi dirección de correo electrónico con cualquier otra persona o agencias sin mi consentimiento por escrito. Esta autorización se mantendrá en efecto hasta que yo revoque esta autorización.

Al firmar, usted está de acuerdo en recibir información por correo electrónico. Usted puede optar por no firmar.

El paciente o la persona responsable

Información identificativa

Si su visita será cubierto por un plan de seguro, se requiere una tarjeta de seguro actual y una forma aceptable de identificación que coincide con su tarjeta de seguro.

Si usted sera el responsable de pagar por su visita, se acepta la forma al pago en cheque/credito pero usted necesita una forma de indentificacion que coincide con su tarjeta o cheque.

HIPAA

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo la información sobre su salud (como un paciente de esta práctica) puede ser Usada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a su individualmente identificable o personales Información de Salud (PHI).

Esta información es requerida por las regulaciones de privacidad creados como resultado de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA).

Por favor revise cuidadosamente este aviso

Nuestro compromiso con su privacidad:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información médica personal. En el desarrollo de nuestro negocio, crearemos archivos sobre usted y el tratamiento y los servicios que le ofrecemos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifique.

También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en su práctica respecto a su PHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que están en vigencia en el momento.

Nuestra práctica debe proporcionarle la siguiente información importante:

- ¿Cómo podemos utilizar y divulgar su PHI
- Sus derechos de privacidad en su PHI
- Nuestras obligaciones respecto al uso y divulgación de su PHI

Podemos utilizar y divulgar su PHI en las siguientes maneras:

- Tratamiento: Nuestra práctica puede utilizar su PHI para tratar al proporcionar, coordinar, o la gestión de la asistencia sanitaria y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos solicitar pruebas de laboratorio y uso

los resultados para llegar a un diagnóstico. Podríamos usar su PHI con el fin de escribir una receta y podríamos revelar su PHI a una farmacia y accede a su ISP de otras farmacias.

- Pago: Nuestra práctica puede divulgar su PHI a fin de obtener el reembolso de los servicios, lo que confirma cobertura, facturación o actividades de recolección y revisión de utilización. Por ejemplo, es posible ponerse en contacto con su compañía de seguros de salud para certificar que usted es elegible para los beneficios y podemos proveerle detalles a su seguridad respecto a su tratamiento para determinar si su asegurador cubre su tratamiento.

- Operaciones de atención médica: Nuestra práctica puede utilizar su PHI para operar nuestro negocio, tales como la realización de la calidad actividades de evaluación y mejora, funciones de auditoría, análisis, gestión de costes y de servicio al cliente.
- Recordatorios de citas: Nuestra práctica puede utilizar y divulgar su PHI para ponerse en contacto con usted y recordarle que tiene una cita.
- Transmisión electrónica: Nuestra práctica puede visualizar el nombre de la oficina, la dirección y la información de identificación del paciente en la transmisión electrónica de las reclamaciones de seguros y declaraciones.
- Divulgación de Información a la familia / amigos: Nuestra oficina puede revelar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado, o que asiste en el cuidado de usted. Usted tiene que dar su consentimiento.

Uso y divulgación de su PHI en ciertas circunstancias especiales:

- Para actividades de salud pública, incluyendo la presentación de informes de ciertas enfermedades transmisibles.
- A las autoridades cuando se sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para las agencias de supervisión de la salud.
- Para procedimientos judiciales y administrativos en virtud de una orden administrativa.
- Para fines policiales.
- Para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o la de otros.
- Para propósitos gubernamentales, tales como el servicio militar o para la seguridad nacional.
- En caso de una emergencia o para el alivio de desastres.
- Para programas de compensación o similares del trabajador como lo requiere la ley.
- Incluido de cualquier otro caso lo requiere la ley.

Sus derechos respecto a su PHI:

- Comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado.
- Solicitud de restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción en nuestro uso de la divulgación de su PHI de tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- Inspección de Copias: Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener copia de la PHI que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, incluyendo los registros médicos del paciente y los registros de facturación.
- Enmienda: Usted puede solicitar a modificar su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta, y usted puede solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su petición debe hacerse por escrito proporcionar una razón que apoye su solicitud.
- Contabilización de las Revelaciones: Todos los pacientes tienen derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" que consiste en una lista de ciertas divulgaciones que nuestra práctica ha hecho de su PHI para fines no relacionados con el tratamiento, pago u operaciones. Por ejemplo, el proveedor de intercambio de información con el asistente médico, o el departamento de facturación utilizando la información para presentar su reclamación al seguro.
- Derecho a una copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso de prácticas de privacidad.
- El derecho a presentar una queja: Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, o la Oficina de Derechos Civiles.
- Derecho a Proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones: Nuestra oficina obtendrá una autorización escrita para usos y revelaciones que son identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable. Se requiere nuestra práctica para cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad vigente en la actualidad. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de prácticas de privacidad y de hacer las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos.

Recepción de la notificación de prácticas de privacidad Escrito Acuse de Recibo

Yo he revisado una copia de Islip obstetricia y ginecología de prácticas de privacidad.

Autorización para divulgar información médica

Doy mi autorización para usar y divulgar mi información protegida de salud a todos los médicos y los empleados en Islip Ob-Gyn **(Necesaria)**

Inicial _____

Doy mi autorización a Islip Ob-Gyn para liberar cualquier registro médico que ayudará a cualquier especialista o médico de atención primaria con cualquier tipo de atención médica. **(Necesaria)**

Inicial _____

Doy mi autorización a Islip Ob-Gyn para enviar los resultados de mi examen por correo si les pido. **Opcional**

Inicial _____

Por favor con el (amigos y familiares) las personas que están autorizadas a recibir cualquier información médica de mi carta. **Opcional**

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Responsabilidades adicionales del paciente

* Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos por cualquier servicio prestado. Esto incluye cualquier servicio médico, visita o examen de rutina.

* Entiendo que si bien mi seguro puede confirmar mis beneficios, esa confirmación de beneficios no garantiza el pago y que soy responsable de cualquier saldo no pagado.

* Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro conlleva un deducible, co-pago, coaseguro, o fuera de las limitaciones de beneficios de la red para los servicios que recibo, y acepto hacer el pago en su totalidad.

* Acepto informar a la oficina de cualquier cambio en mi cobertura de seguro.

* Si mi seguro ha cambiado o se termina en el momento del servicio, estoy de acuerdo en que soy financieramente responsable del saldo en su totalidad.

* Entiendo que esta oficina no participa con Medicaid. Esto significa que si por alguna razón mi cobertura caduca, y yo sólo estoy cubierto por Medicaid que cualquier servicio prestado no será pagado y yo seré responsable.

*** Entiendo que si alguna razón mi cobertura caduca, y sólo estoy cubierto por Medicaid, que será requerido para hacer un acuerdo de pago antes de cualquier servicio prestado.**

*** Si soy un paciente de Medicare, y tengo Medicaid como secundario entiendo que esta oficina no participa con Medicaid y que todavía seré responsable de mi 20% de coaseguro.**

Nombre de impresión

Clinical Information

Name _____

Date of Birth _____

Personal Medical History and Information / Historia anual del paciente

Complete as much as possible. We can also complete this information in the examination room

Completa lo más posible. Podemos completar todo en la sala de examen

What is the reason for your visit today? ¿Cuál es el motivo de su visita hoy?

Annual Visit Yes No **Problem Visit** Yes No **Pregnancy** Yes No
¿Visita anual? Sí No ¿visita problemática? Sí No ¿Embarazada? Sí No

Explanation/Explicación _____

Do you have any chronic illnesses? No Yes ¿Tienes alguna enfermedad crónica? Sí No

If yes, which illnesses? ¿En caso afirmativo, cuál?

Have you had any surgeries? No Yes ¿Has tenido alguna cirugía? Sí No

Surgical and Hospitalization History not related to childbirth: Antecedentes quirúrgicos y de hospitalización no relacionados con el parto:

Hospital _____ Month/Year _____ Illness/Operation _____

Hospital _____ Mes año _____ Enfermedad / Operación _____

Hospital _____ Month/Year _____ Illness/Operation _____

Hospital _____ Month/Year _____ Illness/Operation _____

More than 3 surgeries or hospitalizations? Please discuss the additional surgeries during your visit.

Yes No

¿Más de 3 cirugías u hospitalizaciones? Por favor discuta durante su visita(Otras)

Sí No

At what age did you have your first menstrual period? _____

¿A qué edad tuvo su **primer** período menstrual? _____

Obstetrical History

How many times have you been pregnant? _____ How many living children do you have? _____

How many miscarriages have you had? _____ How many abortions have you had? _____

Other Details: _____

Historia obstétrica:

¿Cuántas veces has estado embarazada? _____ ¿Cuántos hijos vivos tienes? _____

¿Cuántos abortos espontáneos has tenido? _____ ¿Número de abortos? _____

Detalles: _____

When was your last menstrual period? _____ ¿Cuándo fue su **ultimo** período menstrual? _____

Is your period regular or irregular? Reg Irreg

Comments/Details _____

¿Tu período es: regular irregular?

Detalles: _____

Pap smears

When was your last Pap Smear? _____ Normal Abnormal

Papanicolau

¿Cuándo fue tu última Papanicolaou? _____

Normal Anormal

Are you using birth control? Yes No

What method? _____

What other methods have you used in the past? None

¿Estás usando anticonceptivos? Sí No

¿Que metodo? _____

¿Qué otros métodos has usado en el pasado? Ninguna

Mammograms

Have you ever had a mammogram? Yes No

When was your last mammogram? _____ Normal Abnormal

Mamografías

En el pasado, ¿alguna vez te has hecho una mamografía? Sí No

¿Cuándo fue tu última mamografía? _____

Los Resultados: Normal Anormal NA

Prior Infections

Have you ever had Bacterial Vaginosis? Yes No

Do you suffer from Yeast Infections? Yes No

History of HPV (Human Papillomavirus) ? Yes No

Have you ever had Chlamydia? Yes No

Have you ever had Gonorrhea? Yes No

Do you have Herpes? Yes No

Do you have HIV? Yes No

Infecciones previas

¿Alguna vez ha tenido vaginosis bacteriana? Sí No

¿Sufres de infecciones por hongos? Sí No

¿Alguna vez ha tenido el HPV (virus del papiloma humano)? Sí No

¿Alguna vez has tenida clamidia? Sí No

¿Alguna vez ha tenida gonorrea? Sí No

¿Tienes herpes? Sí No

¿Tienes El Sida o VIH? Sí

Menopause

Do you have Hot Flashes? Yes No

Do you have Vaginal Dryness? Yes No

Do you have Night Sweats? Yes No

Do you have problems with Memory or Concentration? Yes No

¿Tienes problemas con la memoria o la concentración? Sí No

Have been getting treatment for any of the above? Yes No

Details: _____

¿Has estado recibiendo tratamiento para la menopausia? Sí No

Detalles: _____

Menopausia

¿Tienes sofocos o calores? Sí No

¿Tienes sequedad vaginal? Sí No

¿Tienes sudores nocturnos? Sí No

Sexual Problems

Do you have decreased desire? Yes No

Do you have difficulty achieving orgasms? Yes No

Do you have pain when you have sex? Yes No

Problemas sexuales

¿Tienes disminución del deseo sexual? Sí No

¿Tienes dificultades para alcanzar los orgasmos? Sí No

¿Tienes dolor cuando tienes relaciones sexuales? Sí No

Urinary Problems

Do you get frequent urinary infections? Yes No

Do you use the bathroom frequently? Yes No

Do you leak urine when you cough, sneeze or laugh? Yes No

Do you have sudden urges to use the bathroom? Yes No

How many times per day?

Problemas urinarios

¿Tienes infecciones urinarias frecuentes? Sí No

¿Usas el baño con frecuencia? Sí No

¿Gotea orina cuando tose, estornuda o ríe? Sí No

¿Tienes deseos repentinos de usar el baño? Sí No

Cuantas veces por día?

Do you wake up at night to use the bathroom? Yes No

If yes, how many times per night?

¿Te levantas por la noche para ir al baño? Sí No

¿Cuantas veces por noche?

Obstetrical History**Information about your Deliveries** Información sobre sus partos obstétricos

Month/Year	Number of weeks	Vaginal	C Section	Weight	Male/ Female	Hospital
Mes / año	Numero de semanas	Vaginal/	Cesárea	Peso	Niña/ Niño	Hospital

If there are more than four (4) we will discuss in the office. Please write the total number here:

Si hay más de seis, escriba el número total aquí:

General Medical

Have you had a recent tetanus shot? Yes No
 Have you had a Flu shot this year? Yes No
 Have you had an HPV Immunization? Yes No
 Are you up to date on all of your immunizations? Yes No

Have you traveled out of the country recently? Yes No
 Where? _____ ¿Dónde? _____

What medications are you currently taking? None
 Name: _____

What supplements do you take? None
 Which: _____

Do you have any allergies? Yes No
 List your allergies:

Medicina general

¿Has recibido una vacuna contra el tétanos recientemente? Sí No
 ¿Te has vacunado contra la gripe este año? Sí No
 ¿Te has vacunado contra la HPV en el pasado? Sí No
 ¿Está al día con todas sus vacunas? Sí No

¿Has viajado fuera del país recientemente? Sí No

¿Qué medicamentos estás tomando ahora? Ninguna
 Nombre: _____

¿Qué suplementos estás tomando ahora? Ninguna
 Nombre: _____

¿Tienes alguna alergia? Sí No
 Enumere sus alergias:

Family and Personal History**Historia familiar y personal**

Alzheimer's	Alzheimer
Arthritis	Artritis
Asthma	Asma
Cancer	Cáncer
Depression	Depresión
Alcoholism	Alcoholismo
Diabetes	Diabetes
Hypertension	Hipertensión,
Migraines	Migrañas
Obesity	Obesidad
Osteoporosis	Osteoporosis
Kidney Disease	Enfermedad renal
Stroke	Accidente cerebrovascular
Thyroid Disease	Enfermedad de la tiroides

Mother: Alive Deceased

If Deceased, the cause? _____ Viva Muerta
 Si estaba muerta, ¿cuál era la causa? _____

Madre:

Father: Alive Deceased

If Deceased, the cause? _____ ?
 Si estaba muerta, ¿cuál era la causa? _____

Padre:

Siblings:

¿Tienes Hermanos & Hermanas? Sí No

How many brothers? _____ ¿Cuántos Hermanos? _____

How many sisters? _____ ¿Cuántos Hermanas? _____

Are all of them Alive? ¿Están todos viviendo?

Yes No Sí No

If any are deceased what was the cause? ¿Si ellas no están viviendo cuál fue la causa de la muerte?

Recent or prior personal and family medical problems

Weight loss/gain	No Self	Family Member	Pérdida o aumento de peso	No	Yo	Miembro de la familia
Headaches/Migraine	No Self	Family Member	Dolores de cabeza / migraña	No	Yo	Miembro de la familia
Heart Disease	No Self	Family Member	enfermedades cardíacas	No	Yo	Miembro de la familia
Hypertension	No Self	Family Member	Hipertensión	No	Yo	Miembro de la familia
Respiratory Disease	No Self	Family Member	Enfermedad respiratoria	No	Yo	Miembro de la familia
Breast disease	No Self	Family Member	enfermedades de los senos	No	Yo	Miembro de la familia
Jaundice/Hepatitis	No Self	Family Member	Ictericia / Hepatitis	No	Yo	Miembro de la familia
Gallbladder disease	No Self	Family Member	Enfermedad de la vesícula	No	Yo	Miembro de la familia
Hernia/Ulcers	No Self	Family Member	Hernia / úlceras	No	Yo	Miembro de la familia
Bowel disorders	No Self	Family Member	Trastornos intestinales	No	Yo	Miembro de la familia
Kidney Disease	No Self	Family Member	Enfermedades renales	No	Yo	Miembro de la familia
Incontinence	No Self	Family Member	<i>Incontinencia</i>	No	Yo	<i>Miembro de la familia</i>
Anemia/Blood diseases	No Self	Family Member	Anemia	No	Yo	Miembro de la familia
Blood transfusion	No Self	Family Member	Transfusión de sangre	No	Yo	Miembro de la familia
Varicose veins	No Self	Family Member	Venas varicosas	No	Yo	Miembro de la familia
Thyroid Disease	No Self	Family Member	Enfermedad de tiroides	No	Yo	Miembro de la familia
Diabetes	No Self	Family Member	Diabetes	No	Yo	Miembro de la familia

Any Cancer?

	No Self	Family Member				
Breast	No Self	Family Member	Cáncer de Los senos	No	Yo	Miembro de la familia
Ovarian	No Self	Family Member	Cáncer Ovárica	No	Yo	Miembro de la familia
Cervical	No Self	Family Member	Cáncer Cervical	No	Yo	Miembro de la familia
Epilepsy/Seizures	No Self	Family Member	Epilepsia / convulsions	No	Yo	Miembro de la familia
Arthritis/Osteoporosis	No Self	Family Member	Artritis / Osteoporosis	No	Yo	Miembro de la familia
Skin Disease	No Self	Family Member	Enfermedad de la piel	No	Yo	Miembro de la familia
Anxiety/Depression	No Self	Family Member	Ansiedad / Depresión	No	Yo	Miembro de la familia
Sleep Difficulty	No Self	Family Member	Dificultad para dormir	No	Yo	Miembro de la familia

Other problems: _____

Otras problemas: _____

Social History

Historia social

Marital Status Single Married Divorced Widowed
 Estado civil Soltera Casada Divorciada Viuda

Who do you live with? Family Your children Partner or Husband
 Solo Friends Shelter

¿Con quien vives?

Familia Pareja o esposo Tu hijos/hijas
 Solo Amigas Refugio

Do you have pets? Yes No ¿Tienes mascotas? Sí No

If yes, what kind? _____

Occupation _____ Ocupación _____

How long have you lived in NY? _____ Years

OR _____ Months

¿Cuánto tiempo has vivido en Nueva York? _____ años

O _____ meses

Prior to NY where did you live? _____ ¿Antes de Nueva York donde vivías? _____

How is your nutrition?

Poor Diet Average Diet Good Diet Excellent Diet Vegetarian

¿Cómo es tu nutrición? Dieta pobre Dieta promedio Dieta Buena Dieta excelente Vegetariana

How is your exercise? Poor Average Good

¿Cómo es tu ejercicio? Pobre Promedio Buena

Sexual Activity: One current partner Multiple current partners Not sexually active

Actividad sexual:

Una pareja actual

Múltiples parejas actuales

No sexualmente active

Contraception: None Method: _____ Anticoncepción: _____ Ninguna Método: _____

Condom use? Yes No

Uso de condones? Sí No

Smoking: You Yes No

De fumar:

Spouse Yes No

Usted

Esposo

Otras en su casa

Others in your home Yes No

Alcohol Use: Social Very Active Abuser/Problem

¿Usas alcohol?: Social Muy activa Abusador / Problema

Illicit Drugs: No Yes

Drogas ilícitas: No Sí

Which drugs? _____ Que Drogas _____

Seatbelt use? Yes No

¿Usas el cinturón de seguridad? Sí No

If you have a young child, do you have a car seat or a booster seat?

Si tiene un niño pequeño, ¿tiene un asiento de seguridad o un asiento elevado?

Yes No No young children

Sí No No tengo

Do you have a child or children in daycare? ¿Tiene un niño o niños en la guardería?

Yes No

Sí No

Do you feel safe at home from your spouse?

¿Te sientes seguro en casa con su esposo?

Yes No

Sí No