



FETAL CARE CENTER
DALLAS

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE REGISTROS MÉDICOS

Yo, _____, por la presente autorizo a Fetal Care Consultants, LLC para a divulgar mis archivos médicos a un médico para la continuidad de la atención médica.

Nombre del médico: _____ Número de teléfono de: _____
Direccion: _____ Fax: _____

Se pueden divulgar los siguientes registros: historia y examen físico, informes de laboratorio, notas de progreso de MD, informes de ecocardiografía Fetal, informes de prueba de estrés educación diabética, informes de la asesoría genética, informes de ecografía y cualquier otro reporte médico en mi cuidado Fetal Care Consultants, LLC.

El paciente tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito a la vez que los registros han sido enviados. Esta autorización es válida durante 60 días desde la fecha de la firma. Entiendo que puede haber un cargo para la preparación de este formulario.

Desligo a Fetal Care Consultants, LLC de cualquier y toda responsabilidad legal que surja de la divulgacion de esta información.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Firma del paciente

Firma del tutor legal

Testigo

Fecha

A quien recibe esta información: esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad está protegida por ley federal. Regulación federal prohíbe hacer cualquier otra divulgación de él sin consentimiento por escrito del paciente específico. Una autorización general para la divulgacion de registros médicos u otra información no es suficiente para este propósito.

Fetal Care Consultants, LLC. 7777 Forest Ln, Suite C 742, Dallas, TX 75230

Phone 972-566-5600 Fax 972-566-5680



FETAL CARE CENTER
DALLAS

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DEL PRIMER TRIMESTRE

He leído el folleto de paciente y entiendo que:

1. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecologia (ACOG) ahora reconoce pruebas de primer trimestre (cuando es realizada por personal certificado) como una opción viable para la evaluación del riesgo genético fetal. (Oficina ACOG de comunicaciones, 30 de junio de 2004)
2. Esta Prueba es apropiada para las mujeres menos de 35 años en el parto, las mujeres que no tienen una historia familiar que aumenta el riesgo y las mujeres mayores de 35 que declinan diagnóstico prenatal invasivo, pero desea que la evaluación del riesgo adicional sobre la cual se basa una decisión. Es el estándar del cuidado para considerar y ofrecer a todas las mujeres que tienen 35 años o más una amniocentesis o muestra de vellosidades coriónicas. Se recomienda asesoría genética para todas las mujeres mayores de 35 años para revisar estas opciones en detalle.
3. Esta prueba nos da a mi obstetra y a mi información sobre la salud y riesgo genético de mi bebé.
4. Esta prueba está diseñada para identificar a los bebés que pueden tener un mayor riesgo de tener una anomalía de cromosomas como el síndrome de Down (trisomía 21), trisomía 13 o 18.
5. Si mi prueba de detección muestra un aumento de riesgo, no significa que un problema se ha diagnosticado, solo que mi embarazo debe ser más evaluado.
6. Si la prueba muestra un resultado en el "rango normal" no garantiza ninguna anomalía. Otros problemas incluyendo anomalías del cromosoma pueden ser presentes o se desarrollan en el bebé.
7. Mi proveedor de atención médica puede divulgar mi resultado del ultrasonido, muestra de vellosidades coriónicas, amniocentesis y el embarazo al laboratorio para fines de control de calidad.
8. Entiendo que existen beneficios y limitaciones de esta prueba, incluida la posibilidad de resultados falsos positivos y falsos negativos.
9. Todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.
10. Mi visita a Fetal Care Consultants, LLC hoy fue específicamente someterse a la prueba del primer trimestre. Cualquier otro embarazo relacionado con preocupaciones tienen que ser dirigido con mi obstetra, o durante una consulta separada con un Perinatólogo o Consejero genético sobre una base según sea necesario lo determinado por mi obstetra.

Fetal Care Consultants, LLC. 7777 Forest Ln, Suite C742, Dallas, TX 75230

Phone: 972-566-5600 Fax: 972-566-5680



FETAL CARE CENTER
DALLAS

11. Entiendo que mi compañía de seguros no puede cubrir este servicio y acuerda proveer el pago el día del procedimiento.
12. Doy mi consentimiento para un ultrasonido y prueba de sangre para llevar a cabo el examen del primer trimestre.

Nombre de Paciente en Letra de Molde

Fecha

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Fetal Care Consultants, LLC. 7777 Forest Ln, Suite C742, Dallas, TX 75230

Phone: 972-566-5600 Fax: 972-566-5680



CONSENTI MIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, doy mi consentimiento para Dr. Kevin Magee, Dr. Nicole Yost, Dr. Reenu Eapen, Dr. Zach Rubeo, Dr. Timothy Crombleholme, Dr. Holly Dunn, Dr. David Gore, Dr. Maytham Al-Kubaisi, Dr. Danielle Moye', Dr. Margaret Warren, Meghan Christian, FNP-BC, y Madeline Crank, PNP-BC de Fetal Care Consultants, LLC la autorización para proporcionar mi tratamiento médico. Entiendo que Fetal Care Consultants, LLC explicará mi condición, los riesgos previsibles y métodos de tratamiento antes de que se proporciona tratamiento. Autorizo a Fetal Care Consultants, LLC para realizar cualquier tratamiento adicional o diferente que se considera necesario en caso de una situación de emergencia, o una condición se descubre que no conocía previamente. He leído cuidadosamente y completamente entender esta paciente da su consentimiento para el tratamiento y han tenido la oportunidad de hablar sobre mi condición y el procedimiento necesario con el proveedor de cuidado.

- He recibido y revisado una explicación de los anterior revisado tratamientos y los riesgos del tratamiento asociados.
- Entiendo que la grabación de audio y video está prohibida en la oficina.

Nombre en Letra de Molde

Tutor Legal

Firma del Paciente

Firma de Tutor Legal

Fecha

Ponga sus iniciales en lo que aplique:

- Amniocentesis
- Análisis del cromosoma
- Primer trimestre pantalla
- Asesoría genética
- Sorteo de laboratorio
- Sequenom
- Sonografía

Fetal Care Consultants, LLC. 7777 Forest Ln, Suite C742 Dallas TX 75230
Phone 972-566-5600 Fax 972-566-5680



FETAL CARE CENTER
DALLAS

NUEVA INFORMACION DE REGISTRO DEL

INFORMACION DEL PACIENTE

PACIENTE

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____
 Teléfono de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____
 Ocupación: _____ Empleador: _____ Ocupación de Cónyuge: _____
 Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Otro _____

INFORMACION DE REFERENCIA

Nombre de Medico de Referencia: _____ Numero de Teléfono: _____
 Dirección: _____ Fax: _____

INFORMACION DEL SEGURO

Compañía de Seguro: _____ Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____
 Dirección de Reclamaciones: _____ Numero de Teléfono: _____
 Relación de el Paciente con Asegurado: _____ Nombre del titular de la Póliza (si no el paciente): _____
 Seguro Social del Suscriptor: _____ Género: Mujer/Hombre Fecha de Nacimiento: _____
 Segundo Seguro: _____ Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____
 Dirección de Reclamaciones: _____ Numero de Teléfono: _____
 Relación de el Paciente con Asegurado: _____ Nombre del titular de la Póliza (si no el paciente): _____
 Seguro Social del Suscriptor _____ Género: Mujer/Hombre Fecha de Nacimiento: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
 Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Móvil: _____

ASIGNACION Y LIBERACION

Lea la siguiente información y firme a continuación:

ASIGNACION DE BENEFICIOS, FACTURACION DE POLIZA Y RENUNCIA DE INFORMACION MEDICA

Autorizo a mis beneficios de seguro pagar directamente a Fetal Care Consultants of Texas, LLC o cualquiera de sus empresas subsidiarias. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los pagos no realizados por mi compañía de seguros incluyendo (i) cantidades de responsabilidad de paciente tales como co-pagos y deducibles (ii) servicios no cubiertos (iii) los pagos no realizados por incumplimiento de requisitos administrativos de los contribuyentes (excepto según lo acordado), (iv) si se exceden los planes de beneficios, o si no soy responsable si mi compañía de seguros no paga de acuerdo a las regulaciones de pago pronto de Texas Prompt Payment Regulations. Autorizo que toda la información de salud protegida sea compartida con la compañía de seguros para obtener el pago de servicios.

PADRES DE PACIENTES DE MEDICARE Autorizo a cualquier sostenedor de médico u otra información sobre mí para renunciar a los centros para Servicios Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios por cualquier reclamación de medicare. Asignar pago de beneficios de medicare a mi proveedor de facturación.

Firma: _____ Fecha: _____



FETAL CARE CENTER
DALLAS

ACUERDO FINANCIERO

Le damos la bienvenida a nuestra oficina y estamos felices de que nos ha elegido para su atención médica. Nuestro objetivo es proporcionarle la mejor atención disponible. Para cumplir este objetivo, necesitamos su ayuda y comprensión de las políticas de nuestra paciente. Nuestra política financiera es una parte esencial de asegurar los recursos necesarios para mantener este centro de salud vital se cumplan para nuestros pacientes.

Estamos aquí para ayudar a responder cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura de seguro y los pagos. Sin embargo, su seguro es un contrato entre usted y su empleador y la compañía de seguros. Es su responsabilidad conocer las disposiciones, límites y requisitos de su plan de beneficios individuales. Nos va presentar reclamaciones directamente a su empresa si participamos en su seguro. Si no participamos en su seguro, le suministramos una copia extra de su superbillo a someterse a su compañía de seguros. También archivamos secundario seguro si tiene cobertura. Cualquier parte descubierta de su visita será su responsabilidad financiera personal. Esto incluye cualquier, coseguro, deducibles y co-pagos servicios al descubierto. Después de que su seguro ha procesado y seguro paga su porción de la cuenta, cualquier saldo restante es su responsabilidad y en completo a la recepción. Además, si "reclamaciones limpiamos" sometidas a una compañía de seguros no se pagaron dentro del límite de 30 días establecido por el Reglamento de pago rápido de Texas, FCC reserva el derecho de facturarle directamente por nuestros servicios.

El pago completo es debido al tiempo se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito Visa y Master. Su copago, deducible y coaseguro se recogerán en el momento de su visita, además a cualquier saldo anterior en cuenta. Si usted necesita una estimación de los costos antes de su visita, por favor llame a nuestra oficina y nosotros haremos nuestro mejor para proporcionar una estimación aproximada, sin embargo, esta estimación es sólo una guía aproximada. En el momento de su visita que el médico considere necesario dependiendo de su atención médica servicios adicionales necesita.

Pacientes serán facturados por cantidades debidas y tienen la responsabilidad financiera de pagar estas cantidades. Si no se recibe pago puntual sobre cualquier saldo no pagado en su cuenta después de 3 declaraciones, su cuenta será reportado a una agencia de cobranzas para el estado de Mora. Pacientes será responsables de cualquier colección, intereses o gastos legales asociados con los esfuerzos de la colección.

Hay un tarifa plana de \$25 para copias de registros médicos. Si un paciente presenta un cheque personal con fondos insuficientes (cheque NSF) para el pago en su cuenta que se cobrará a \$35, así como ser obligados a pagar para todas las futuras visitas con dinero en efectivo, giro postal, cajeros cheque o tarjeta de crédito.

Gracias por elegirnos para sus necesidades de salud. Creemos es importante para nuestros pacientes de comprender nuestra política financiera y estar bien informado. Es su responsabilidad notificarnos por escrito de cualquier cambio en el estado de cuenta como teléfono, dirección, información de seguro. Nuestra oficina está abierta durante horas de oficina y estamos más que encantados de responder cualquier pregunta que tenga acerca de nuestra política financiera.

Por favor firme abajo para indicar que ha leído este aviso, entiende la información que contiene y que cualquier duda que tenga sobre la información ha sido contestadas a su satisfacción.

Nombre del paciente

Firma

Fecha

Fetal Care Consultants, LLC. 7777 Forest Ln, Suite C742 Dallas TX 75230
Phone 972-566-5600 Fax 972-566-5680



FETAL CARE CENTER
DALLAS

POLIZA DE FALTA

Cuando hagas una cita con nosotros, nos reservamos una cantidad significativa de tiempo para su consulta. Desafortunadamente, cuando un paciente no se presenta para su cita, otro paciente pierde la oportunidad de ser visto. Por esta razón, es la política de Fetal Care Consultants, LLC a reprogramar o cancelar una cita de la clínica. Cualquier paciente que no llegan para su cita dentro de una ventana de 15 minutos y no llame para cancelar la cita previa es considerado a un no-show. Pacientes que no siguen este Protocolo será no evaluado un \$25 cargo por espectáculo.

Las excepciones a esto son emergencias médicas, crisis de una hospitalización o. Para los pacientes utilizando transporte de Medicaid, si el transporte no es un show, usted debe obtener una carta de Medicaid indicando el de tal para renunciar no show cargo de nuestra oficina.

Firma del Paciente

Fecha