

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA Y PAGOS**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: (Apellido, nombre, segundo nombre) Nombre de Soltera: **Fecha de Nacimiento:** (mes-día-año)

de Seguro Social: # de Licencia de Manejar del Paciente: **# de Teléfono:**

Domicilio de Casa: Ciudad: Estado: Código Postal:

Hoy es su primera visita aquí? Sí No Preferencia de comunicación: Correo Teléfono No tiene preferencia

Consumo de tabaco: Actualmente fuma todos los días Actualmente fuma unos días Solía fumar
 Fuma bastante Fuma un poco Nunca Fuma

Empleador: Domicilio de Empleador: Telefono de Trabajo:

Nombre de un Pariente Mas Cercano (excepto su Pareja): **Relacion al Paciente:** **# de Telefono:**

INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Nombre de su Pareja: (Apellido, nombre, segundo nombre) **Fecha de Nacimiento:** (mes-día-año)

de Seguro Social: # de Licencia de Manejar de la Pareja: Teléfono de Trabajo:

Empleador de su Pareja: Domicilio de Empleador:

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA

ASEGURANZA MÉDICA (PRIMARIA):

Domicilio:

Número de Póliza: Nombre de Suscriptor:

ASEGURANZA MÉDICA (SECUNDARIA):

Domicilio:

Número de Póliza: Nombre de Suscriptor:

Su firma abajo confirma que la información presentada anteriormente es verdadera y correcta según su conocimiento y que ha leído, entendido y aceptado nuestro Seguro, Pago y Otros Términos en una página separada.

Firma: Fecha:



EVALUACIÓN GENÉTICA

Nombre: _____ Pronombres (circule uno)
 Ella El Ellos Ellas Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de su pareja: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia familiar y de la paciente de su pareja...

1. ¿Es su familia o la de su pareja...

| | | Materno | Paterno |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. de Asia Sudoriental, Taiwan, China o Filipinas? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| b. de Italia, Grecia, el Medio Oriente, o del Subcontinente Indio? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| c. de Africa o afronorteamericana (negra)?..... | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| d. judía? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| e. Cajun o francocanadiense? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| f. Blanco? En caso afirmativo, de que paises son sus ancestros? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| g. Hispano/a? En caso afirmativo, de que paises son sus ancestros? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |

2. ¿Han tenido usted, o su pareja o alguien en alguna de las dos familias alguno de los siguientes trastornos?

| | No | Sí | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g. Trastorno de los huesos o del esqueleto (enanismo)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Defectos del tubo neural (espina bífida, anencefalia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h. Enfermedad poliquística / anomalías del riñon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Fibrosis quística (una enfermedad de los pulmones) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i. Defectos del corazón (al nacer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Trastorno de la sangre (como hemofilia, células falciformes, talasemia, trastorno de la coagulación) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j. Labio leperino/paladar hendido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tay-Sachs/Canavan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k. Desarrollo retrasado, discapacidad intelectual, o autismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Trastorno de los nervios o músculos (como neurofibromatosis, distrofia muscular)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | l. Defecto de nacimiento o condiciones genéticas no mencionadas arriba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | m. Necesitó cirugías antes del primer año de edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | n. Cáncer durante la niñez o en la adolescencia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | o. Ceguera o sordera no relacionada a la edad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Usted y su pareja son parientes consanguíneos, por ejemplo, primos?
4. ¿Han tenido usted o su pareja un bebé que murió al poco tiempo de nacer o en el primer año de vida?
5. ¿Han tenido usted o su pareja o alguien de su familia un bebé que murió antes de nacer? ¿o dos o más abortos espontáneos?
6. Le han hecho a usted o su pareja algún examen genético (como cromosomas, fibrosis quística, Tay-Sachs o para anemia de células falciformes)? Otros:
7. Fue usted diagnosticada con diabetes, cáncer, convulsiones, o otra condición médica o condición genética?
8. Usted o su pareja tienen historia de infertilidad?

Si es así, especifique la causa si se sabe: _____

Mi firma arriba indica que la información proveída de mí familia y embarazo es completa y correcta.

Llenado por: _____ Fecha: _____

Reviewed by: _____ Date: _____

Seguro, pago y otros términos
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN

Autorizo a Genetics Center y sus afiliados médicos a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen y tratamiento a mi compañía de seguros con fines de facturación.

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR EL (LOS) PAGO (S) A GENETICS CENTER

Asigno y transfiero irrevocablemente los pagos del seguro directamente al Genetics Center.

ELEGIBILIDAD DE SEGURO

Certifico que soy elegible con mi compañía de seguros. Entiendo que si esto no es cierto o si no soy elegible para algunos o todos los servicios de Genetics Center según los términos de mi contrato de seguro, soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados. Además, si no soy elegible, acepto pagar por completo todos los servicios prestados dentro de los treinta días posteriores a la recepción de una factura del Genetics Center.

TÉRMINOS DE SEGURO Y PAGO

Reconozco que todas las facturas médicas son pagaderas en el momento en que se prestan los servicios. Sin embargo, como cortesía para mí el paciente, Genetics Center presentará mi reclamo a mi compañía de seguros por mí. Entiendo que mi cobertura de seguro es un contrato entre mí y mi compañía de seguros. Si deseo que Genetics Center le facture a mi compañía de seguros por estos servicios, le presentaré mi tarjeta de seguro.

También reconozco que **todos los copagos y los deducibles no cubiertos deben pagarse al momento del servicio**. En ciertos casos, Genetics Center también puede requerir algún depósito por adelantado. Si mi compañía de seguros paga más de lo que fue cobrado, Genetics Center me reembolsará de inmediato el monto del depósito. En algunos casos, mi seguro solo cubrirá una parte de los honorarios. Si realicé un pago inicial, se aplicará a mi saldo. **Si Genetics Center no recibe el pago de mi compañía de seguros dentro de los 60 días a partir de la fecha de mi servicio, Genetics Center puede consultarme el pago completo**. Se agregará un cargo de servicio mensual de 1.5% a los saldos de más de 30 días de antigüedad, y se agregará un cargo de estado de cuenta de \$10 a los saldos de más de 60 días de antigüedad. **Los cargos por los servicios de Genetics Center son en última instancia mi responsabilidad**.

LOS BENEFICIOS Y LA VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA ESTÁN SUJETOS A CAMBIOS

Genetics Center no puede aceptar responsabilidad alguna por las diferencias entre lo que me cotizó mi seguro durante sus beneficios de cortesía y verificación de cobertura (copago, deducible, etc.) y la determinación final de beneficios realizada por mi seguro cuando se procesa mi reclamo. Por lo tanto, es posible que deba una cantidad diferente a la que se me indicó antes de los servicios.

RECONOCIMIENTO DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES

Reconozco que algunos proveedores involucrados aquí no son empleados, sino contratistas independientes, que incluyen específicamente a los practicantes, ecografistas y perinatólogos del NT.

RECONOCIMIENTO DE FACTURACIÓN POTENCIAL POR OTROS PROVEEDORES

Reconozco que podría haber otros proveedores involucrados, como ultrasonido, hospital, perinatólogo, etc., que tendrán su propia facturación.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE VOZ

Autorizo al médico y / o al establecimiento y / o personal a identificarse como pertenecientes a Genetics Center cuando llamo para dejar un mensaje con respecto a mi cita, resultados u otra información médica en cualquier contestador o con otra persona que conteste el teléfono.

AVISO DE LA BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

Para cumplir con el Proyecto de Ley de la Asamblea (AB) 1278, Yo reconozco haber recibido el aviso requerido: La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pago realizado por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales educativos. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Genetics Center.

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

[Si No] Yo consiento y autorizo recibir mensajes de texto de Genetics Center al número de teléfono que proporciona para recordatorios de citas e información general relacionada con mi tratamiento de atención médica, y entiendo que puedo optar por no participar en cualquier momento.

Mi firma confirma que he leído, entiendo y acepto estos términos.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(o madre/padre si es menor)