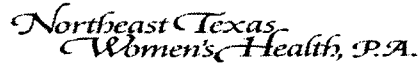


REGISTRATION

(PLEASE PRINT)



CHRISTOPHER N. MASON, MD
MELISSA S. SLOVAK-TUCKER, MD
2001 N. JEFFERSON, SUITE 220
MT. PLEASANT, TX 75455
(903)572-4664

INFORMACION SOBRE LA PACIENTE

Nombre _____ Numero de Seguro Social _____
 Apellido Primero Segundo

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Numero De Telefono 1 () _____ Numero de Telefono 2 () _____

Fecha De Nacimiento _____ Posicion Marital: Soltera/Casada/Divorciada/Viuda

Lugar De Empleo _____ Ocupacion _____

Direccion De Empleo _____ Telefono de Empleo _____

Contacto De Emergenc _____ Relacion A Paciente _____

Numero De Telefono 1 () _____ Numero De Telefono 2 () _____

SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable de la Cuenta _____
 Apellido Primero Segundo

Relacion a Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero Seguro Social _____ Telefono () _____

Direccion (Si es Diferente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Nombre De Empleo _____ Ocupacion _____

Compania de Seguros _____

Grupo # Suscripto Copay \$

SEGURO ADICIONAL

Esta el paciente cubierto por seguro adicional Si _____ No _____

Nombre del suscriptor _____ Relacion A Paciente _____

Numero Seguro Social _____ Telefono () _____

Direccion (Si es Diferente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Empleo _____ Ocupacion _____

Compania de Seguro _____

Grupo # Suscripto Copay \$

AUTORIZACION PARA RELATAR INFORMACION SOVER EL PACIENTE

Esta oficina no da informacion medica del paciente sin el consentimiento del patient. Por favor denos el nombre(s) y relacion de la persona autoriza para darle informacion.

Firma De Paciente

Fecha

Forma de Asignación de Beneficios

Responsabilidad Financiera

Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente y se deben en el momento del servicio, a menos de que otros arreglos se haigan hecho adelantado con nuestra oficina de negocios. Formularios necesarios se completará a disposición para los pagos de seguros

Asignación de Beneficios

Por la presente cedo todos los beneficios a los médicos y cirujanos, a fin de incluir las principales prestaciones médicas a que tengo derecho. Yo autorizo directamente a los responsables de seguro(s), incluyendo Medicare, seguro privado y cualquier otro plan de salud/médicos, para comprobar la cuestión de pago(s) directamente al Northeast Texas Women's Health para los servicios médicos prestados a mí mismo y/o mis dependientes, independientemente de mis beneficios del seguro, si los hubiere. Yo entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta por un seguro.

La autorización para divulgar información

Yo autorizo a Northeast Texas Women's Health a: (1) liberar toda la información necesaria para los responsables de seguros con respecto a mi enfermedad y los tratamientos; (2) proceso de reclamos de seguros generados en el curso de examen o tratamiento, y (3) permitir una fotocopia de mi firma que se utilizarán para procesar las demandas de seguro para el período de vida útil. Esta orden permanecerá en vigor hasta que sea revocado por mí por escrito.

He pedido a los servicios médicos de Northeast Texas Women's Health en nombre de mí mismo y/o mis dependientes, y entiendo que al hacer esta petición, me hago plenamente responsable financieramente por cualquier y todos los gastos incurridos en el curso del tratamiento autorizado.

También entiendo que las cuotas se deben pagar en la fecha en que los servicios son prestados y me comprometo a pagar todos los gastos generados en su totalidad inmediatamente después de la presentación de la declaración pertinente. Una fotocopia de esta asignación se considera tan válida como el original.

Firma de Paciente/persona responsable

Fecha

Testigo

Fecha

Hoja de Política Financiera

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes medidas políticas financieras. Si tiene alguna pregunta respecto a estas políticas, por favor, discuta con nuestra oficina de manejo. Estamos dedicados a proporcionar la mejor atención posible y el servicio a usted y a su completo entendimiento de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado y tratamiento.

A menos que otros hayan hecho arreglos por adelantado, ya sea por usted o su compañía de seguro de salud, es el pago completo por adelantado en el momento del servicio. Para su comodidad aceptamos VISA, MasterCard, Discover y American Express.

Seguros

- Hemos hecho arreglos previos con las aseguradoras y muchos planes de salud en aceptar una cesión de beneficios. Esto significa que vamos a proyecto de ley para los planes que tenemos un acuerdo y sólo requieren de un pago autorizado el copago en el momento del servicio. Esta oficina es la política para recoger este copago cuando llegue a su cita.
- En el caso de que su plan de salud determina su servicio a ser "no cubiertas", usted será responsable de completar el cargo. El pago se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina.
- Vamos a facturar a su plan de salud por todos los servicios prestados en el hospital. Cualquier balance pendiente de pago es responsabilidad y se debe a la recepción de una declaración de nuestra oficina.

Medicaid

Como Medicaid requiere que todos los beneficiarios de Medicaid siempre presente su tarjeta al solicitar atención médica, el hecho de no hacerlo puede dar lugar a la reprogramación de su cita o la solicitud de pago de los servicios.

Medicare

Participamos con el programa Medicare. Vamos al archivo de cesión de las reclamaciones de Medicare y usted es responsable de la deducción, y por otros cargos que no sean elegibles.

Agencia de Colección

Cuentas con la actividad de no pago dentro de 2 meses consecutivos serán enviados automáticamente a colecciones, y un 10% de cargos de colección será agregado.

Los Pacientes Menores

Para todos los servicios prestados a pacientes menores, vamos a mirar hacia el adulto que acompaña al paciente y el padre o tutor con la custodia de pago.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica, y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que la práctica podrá modificar los términos de vez en cuando.

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del Paciente o Responsable de un Menor

Fecha

**El Consentimiento Informado para la Atención de Colaboración
En
Northeast Texas Women's Health, P.A.**

Esta práctica ofrece la atención a las mujeres para obstétricas y ginecológicas. Actualmente contamos con dos certificados por la Junta OB / GYN médicos y una enfermera partera certificada. Para proporcionar un mejor acceso y calidad de la atención, usted, como paciente, tienen derecho a elegir para establecer la atención con un médico o una partera.

Una enfermera partera certificada es una enfermera registrada que ha recibido un título de maestría y promovido su educación en el ámbito de la obstetricia y ginecología. Han sido certificada como una avanzada de la práctica enfermera de Texas Junta de Examinadores de Enfermería. Se reúnen los requisitos y son reconocidos por el Colegio Americano de Enfermeras-Parteras. Ellos están obligados a mantener una licencia actual y comprometerse a cumplir con los requerimientos de formación médica continuada. Ellos la práctica independiente con la supervisión de un médico calificado. Ellos práctica dentro de ciertas orientaciones basadas en la experiencia y el alcance de la práctica.

Si elige una partera para su cuidado, usted recibirá el mismo nivel de atención dentro del ámbito de la práctica del parto como si fuera un médico en nuestra clínica. Esta oficina ha desarrollado las guías de práctica para el cuidado de nuestros pacientes. Tanto los médicos y parteras practican de estas guías. Si tiene un problema fuera del ámbito de la partera en la práctica, se le remite para consulta a uno de los OB / GYN los médicos en esta oficina. En el caso de que su situación sigue siendo más allá del alcance de la partera en la práctica, su completa atención será transferido a un médico.

Si decide establecer la atención con un médico, su cuidado médico será prestada por el médico. Sin embargo, puede haber ocasiones que pueden ver otro médico de esta práctica o la partera. Esto puede ocurrir secundaria a situaciones de emergencia o problemas de programación. Si su atención se presta por esta partera, usted está seguro de que la partera está actuando bajo la guianza aprobada por esta clínica y las normas aceptadas de cuidado. Sin embargo, es su derecho de solicitar ver a un médico. Esta petición puede implicar ser reprogramado para otra fecha o hora.

La disponibilidad de los dos médicos y partera proveedores en esta clínica se destina a mejorar el nivel de la atención a nuestros pacientes. Esperamos poder servir a sus necesidades de atención médica. Por favor, firme abajo indicando que usted entiende sus opciones como se le ha explicado anteriormente.

Firma de Paciente

Fecha

Reconocimiento de Revisión de la Notificación de Prácticas de Privacidad

He revisado esta oficina del Aviso de Prácticas de Privacidad, lo que explica la manera en que mi información médica será revelada y usada. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente
o Representante Personal

Fecha

Nombre de Paciente
O Representante Personal

Descripción de la Representante
Personal de la Autoridad

NORTHEAST TEXAS WOMEN'S HEALTH, PA

2001 N. Jefferson, Suite 220
Mount Pleasant, TX 75455
903-572-4664

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS

Lista de medicamentos que usted toma:

Es usted alergica a algun medicamento: **SI** **NO**

Que medicamentos y que reaccion alergica tiene?

HISTORIA MEDICA

Por favor liste condiciones medicas o enfermedades que usted a tenido en el pasado:

Por favor liste procedimientos o cirugias que usted a tenido en el pasado:

HISTORIA DE OB/GYN

Fecha de su ultimo papanicolau: _____

A que edad comenzo usted su menstruacion: _____ Edad que comenzo la menopausia: _____

Fecha de su ultimo periodo menstrual: _____ Problemas con su menstruacion? Y / N

Cuantas veces ha estado usted embarazada: _____ Problemas con su embarazos? Y / N

Cuantos hijo/as tiene:

Cuantos abortos espontanos ha tenindo:

Cuantos abortos inducidos ha tenindo:

Fecha de su ultimo mamograma:

NORTHEAST TEXAS WOMEN'S HEALTH, PA

2001 N. Jefferson, Suite 220
Mount Pleasant, TX 75455
903-572-4664

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

HISTORIA MEDICA DE LA FAMILIA

CONDICION	RELACION
Diabetes	_____
Enfermendads del corazon	_____
Alta presion sanguinea	_____
Enfermendads de la sangre	_____
Defectos de nacimiento	_____
Cancer	_____
Otro/a	_____

HISTORIA SOCIAL

Posicion Marital Solera / Casada / Divorciada / Viuda / Orto

Pasatiempos

Hace usted ejercicio? SI / NO

Tipo de ejercicio: _____

Con que Frecuencia: _____

Esta usted haciendo dieta actualmente Si / No

Fuma usted o masca tabaco? Si / No

Todavia usa tabaco? Si / No

Tipo: Cigaros Puros Tabaco

Con que Frecuencia:

Toma usted bebidas alcoholicas?

Con que Frecuencia:

Usa o ha utilizado drogas ilegales Si / No

Con que Frecuencia:

Toma usted suplementos de hierbas? Si / No