



# SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC

Maternal-Fetal Medicine  
1135 S. Sunset Ave., Ste. 402  
West Covina, CA 91790  
Teléfono: (626) 337-4425  
Fax: (626) 337-4305

## REGISTRO

(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Fecha \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

### INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Casado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Menor de Edad  
 Separado(a)  Divorciado(a)  Ha vivido con su pareja por \_\_\_\_\_ años

Empleador o Escuela del Paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador o Escuela \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador o Escuela ( ) \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a nosotros? \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se debiera notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

### SEGURO PRINCIPAL

Persona Responsable por la Cuenta \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Persona Responsable Empleada por \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Contrato No. \_\_\_\_\_ Grupo No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

### SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por seguro adicional?  Sí  No

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Suscriptor Empleador por \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador ( ) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Contrato No. \_\_\_\_\_ Suscriptor No. \_\_\_\_\_

Nombres de otras personas a su cargo cubiertas por este plan \_\_\_\_\_

### TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Certifico que yo y/o mi(s) dependiente(s), tenemos/tiene(n) cobertura de seguro con \_\_\_\_\_ y traspaso directamente a \_\_\_\_\_  
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

**SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MED. GRP.** los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera serian pagaderos a mí por servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las reclamaciones que se presenten ante el seguro. El doctor nombrado anteriormente puede usar la información del cuidado de la salud acerca de mí y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguro nombrada(s) anteriormente y a sus agentes con el fin de obtener pago por los servicios y determinar los beneficios del seguro o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Esta autorización terminará cuando el plan de tratamiento actual se complete o un año después de la fecha incitada a continuación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del Paciente, Padre/Madre, Tutor o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

**SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.**  
**POLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE**  
**TAX ID: 95-4282339**

Estamos dedicados a proporcionarle el mejor cuidado y servicio posible, consideramos su comprensión completa de sus responsabilidades financieras como un elemento esencial de su cuidado. Lo siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera para reducir la confusión y la equivocación entre nuestros pacientes y la practica, que nosotros le requerimos le firme antes de cualquier tratamiento. Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a estas pólizas, por favor dirija se con nuestro personal o supervisor.

- ❖ Hemos hecho los arreglos previos con varios planes de salud para aceptar una tarea de beneficios. Esto significa que facturaremos esos planes con los cuales tenemos un arreglo y solo se le requiere pagar el co-pago, deducibles y/o co-seguro al tiempo de servicio. Es nuestra póliza de recoger el co-pago al tiempo de servicio.
- ❖ Si usted falla de notificarnos de un cambio de seguro, usted es completamente responsable de cualquier cantidad no pagado por su compañía de seguros.
- ❖ En caso de que su plan de salud determine un servicio "no ser cubierto", "no médicamente necesario" o "no autorizado", usted será responsable de los cargos por completo. El pago es debido tras recibir la factura de nuestra oficina. Si usted esta en desacuerdo con la compañía de seguro, usted debe contactar su compañía de seguro directamente.
- ❖ Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro, nuestra oficina no se involucra.
- ❖ Seguro medico global y algunos otros seguros requieren una forma de referencia y/o la forma de autorización oficial. Si nosotros no lo hemos recibido en nuestra oficina en el tiempo del servicio, usted será requerido a firmar una Renuncia de Forma de Responsabilidad y un deposito del pago se puede esperar.
- ❖ Si usted tiene el Medi-Cal pendiente, nosotros requerimos \$50.00 de depósito en el tiempo del servicio. Si usted proporciona una tarjeta de Medi-Cal retroactiva que cubre su fecha del servicio, nosotros regresaremos su depósito.
- ❖ Para proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad a todos nuestros pacientes, por favor nos llaman lo mas pronto posible si usted sabe que necesita cambiar su cita. Hay una tarifa de \$25 por cancelar si usted no cancela su cita sin antes de notificarnos 48 horas previas.

**Servicios adicionales tales como el laboratorio y consejera genética son un cargo adicional y usted será facturado separadamente.**

**EL ABAJO FIRMANTE HA LEIDO Y ENTIENDE LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE ARRIBA.**

---

Firma de la Persona Financieramente Responsable

Fecha

---

Favor de Imprimir el Nombre del Paciente

Exhibo 4

San Gabriel Valley Perinatal Medical Group, Inc.

**FORMULARIO PARA LA CONFIRMACION POR ESCRITO DE HABER  
RECIBIDO AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo \_\_\_\_\_, he sido ofrecido la oportunidad de revisar una copia del Aviso de las Practicas de Privacidad de SAN GABRIEL VALLEY VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.

Yo \_\_\_\_\_, doy permiso para que obtengan información de mi expediente médico, para el propósito de control de calidad. Yo entiendo que la información no me identificara de ninguna manera, y pude ser que sea publicada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC**

Hemos evaluado su condición en nuestro Centro Perinatal. El riesgo de ciertas complicaciones (enumeradas a continuación) tal vez sea mayor en su embarazo.

### **I. Parto Pretérmino (es decir, cuando el parto comienza antes de las 37 semanas)**

El parto pretérmino tal vez incluya algunos de los siguientes síntomas, o todos ellos:

- ❖ Contracciones frecuentes o normales (apretamiento de la matriz), seis o más veces por hora.
- ❖ Calambres o retorcionones abdominales que semejan la menstruación.
- ❖ Dolor en la parte inferior de la espalda.
- ❖ Presión en la pelvis.
- ❖ Aumento o cambio en la excreción vaginal (aguado, mucoso, o ensangrentado).
- ❖ Goteo o escape de líquido claro o hemorragia de la vagina.

Comuníquese con su doctor si usted nota cualquiera de los síntomas descritos anteriormente.

### **II. Preeclampsia (hipertensión durante la segunda mitad del embarazo y que puede afectar todos los órganos).**

Síntomas de preeclampsia que necesitan atención:

- ❖ Dolor de cabeza que no se alivia con Tylenol
- ❖ Nuevo comienzo de molestias visuales importantes
- ❖ Dolor en la parte derecha superior del vientre
- ❖ Disminución en el movimiento del feto

Comuníquese con su doctor si usted nota cualquiera de los síntomas descritos anteriormente.

### **III. Placenta Previa (Placenta anterior al feto en relación con la apertura externa del cuello uterino, lo que puede causar una hemorragia grave).**

Si se le ha diagnosticado placenta previa, comuníquese con su doctor si usted nota cualquiera de los siguientes síntomas:

- ❖ Hemorragia de la vagina de color rojo brillante
- ❖ Goteo de líquido claro de la vagina
- ❖ Contracciones normales o frecuentes, seis veces o más por hora

Evite tomar una ducha, cualquier actividad agotadora, levantar algo pesado, cualquier actividad o estimulación sexual, hasta que se le avise.

Comuníquese con su obstetra si usted tiene cualquier pregunta o problema.

• **Sírvase ir a la sala de parto si está preocupada por el bienestar de su bebé, o si los movimientos de su bebé no son normales.**

• **Sírvase llevar su glucómetro a todas sus citas en el Centro Perinatal si usted tiene diabetes mellitus.**

• **Tome todos sus medicamentos en la forma en que se le han recetado. No omita ninguna dosis.**

• **Es importante asistir a todas las citas que se le han dado, y en la forma en que se le haya pedido hacerlo. El omitir cualquier cita puede demorar el diagnóstico adecuado y su manejo de éste.**

He recibido, leído, y comprendido las instrucciones anteriores.

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

**Firma del Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## INFORMACION MEDICAL DE LA PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Por favor conteste estas preguntas honestamente para que nosotros podamos ayudarla a recibir el mejor cuidado medico posible para usted y para su bebé. Pida ayuda a la enfermera para si usted tiene dificultad con estas preguntas. Sus respuestas serán parte confidencial de su registro médico. Gracias por completar esta evaluación. Nos ayudará a proporcionarle el mejor cuidado prenatal.

### ALERGIAS

¿ Es alergica a alguna medicina? ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿Cual medicina?
¿Usted es alérgica al látex?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
¿Usted es alérgica al yodo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	

### MEDICINAS

¿ Esta tomando alguna medicina en este momento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿ Cual medicina?
---	-----------------------------	-----------------------------	------------------

### HISTORIA DE EMBARAZO

¿ Le han dicho alguna vez que usted tiene alguna de los siguientes durante algun embarazo?

Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Preeclampsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Incompetencia del cuello de la matriz?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	

### PARTOS

Incluya por favor los abortos y malpartos.

Año	vaginal	cesarea	¿Raspa?	Peso al nacer	¿A las cuantas semanas dio a luz?	Complicaciones
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿ Ase tenido algun ultrasonido durante este embarazo ? ¿ Si, Si cuando y donde fue hecho?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
-----------------------------	-----------------------------	--

INFORMACION MEDICAL DE LA PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_

HISTORIA MEDICA

¿Le han dicho alguna vez que usted tiene una de las siguientes condiciones?

Hipertension	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Problemas de los riñones (infecciones, pedras o quistes)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Problemas de los pulmones (parte del asma)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Problemas del hígado (Hepatitis o pedras en la visicula)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Problemas de la etiroide	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar los medicamentos que ha tomado para esta condicion.
Ataques (epilepticos)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar medicamentos y cuando tuvo su ultimo ataque.
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar medicamentos que toma para la diabetes?
Lupas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Cancer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar medicamentos que toma para la asma?
Desorden de sangre (sickle cell, talassemia, or Von Willebrands disease)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Coagulos de sangre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Plaquetas bajas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.
Herpes genital	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuando tuvo el ultimo alaque genital.
VIH (SIDA)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar medicamentos que toma o ha tomado para elSIDA.
Problemas psiquiátricos (Deprecion, ansiedad, disorder bipolar, etc.)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifique si la respuesta es si.

**INFORMACION MEDICAL DE LA PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_

**OPERACIONES**

¿ Ha tenido usted alguna cirugía? (Including LEEP, biopsia del cuello de la matriz, o otra operaciones en el cuello de la matriz)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Por favor especifica
---	-----------------------------	-----------------------------	----------------------

**Historia de transfusión**

¿ Ha recibido usted alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuándo y por que.
¿ Alguno de sus hijos ha recibió alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuándo y por que.

**EXPOSICIONES**

Radiografías	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuándo y que tipo de radiografía.
Sustancias químicas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar el tipo de sustancia química y la fecha de la exposición.
Fiebre alta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuándo.

**HISTORIA de FAMILIA**

Tiene o ha tenido usted o alguien en su familia defectos de nacimiento tales como los defectos de corazón, dedos o dedos extras, etc.

¿ En su familia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar el tipo de defecto.
¿ En la familia del padre de bebé?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar el tipo de defecto.
¿ Tiene o ha tenido usted o alguien en su familia problemas con coágulos de sangre o golpe?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar la edad cuando tuvieron el coágulo o el golpe.

**HABITOS**

¿ Ha usted fumado alguna vez en su vida o toma en este momento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuantos cigarrillos al día.
¿ Ha usted tomado alguna vez en su vida o toma en este momento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuántos bebidas por día y era cuánto tomo la última bebida.
¿ Ha utilizado alguna vez drogas que no sean por prescribieron? (marihuana, la cocaína, la heroína, anfetamina)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar el tipo de drogas que ha utilizado y cuánto tiempo las uso.

¿ Ha usted sido víctima de abuso físico (golpes), en el último año por parte de alguna persona?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Si la respuesta es si, favor de indicar cuanto.
---	-----------------------------	-----------------------------	---

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SAN GABRIEL VALLEY PERINATAL MEDICAL GROUP, INC.**

1135 S. Sunset Ave. #402

West Covina, Ca. 91790

Phone 625-337-4425 Fax 626-337-4305

Favor de proporcionarnos el **nombre y numero telefonico** de su **farmacia** actual.

**NOMBRE DE FARMACIA:**

---

**NUMERO DE TELEFONO:**

---

**NOMBRE DE PACIENTE EN LETRA DE MOLDE**

**FIRMA DE PACIENTE**

**FECHA**

## **Grupo Médico Perinatal Del Valle de San Gabriel** **Su Ultrasonido del Embarazo** Lea por favor esto con cuidado

Como parte de su cuidado prenatal estamos ofreciendo hacer un ultrasonido (también conocido como un sonograma) de su embarazo. El ultrasonido del feto generalmente no crea riesgos cuando se usa solamente para obtener la información médica necesaria (1). Este estudio no hace uso de rayos X.

El ultrasonido se hace generalmente a través del abdomen y usted debe de tener la vejiga llena. Le pediremos que se acueste en una mesa de examinación y un gel claro será aplicado a la piel sobre su abdomen. El gel ayuda a transmitir las ondas acústicas generadas por el ultrasonido. Las ondas acústicas que vuelven del feto a la máquina del ultrasonido crean imágenes en el monitor, como una pantalla de televisión.

A veces se recomienda hacer el estudio transvaginalmente (dentro de la vagina) cuando se necesitan imágenes muy detalladas. Antes de proceder, el doctor hablará con usted sobre ese procedimiento.

El ultrasonido determina si hay defectos en el bebé o bebés, y trata de determinar la edad y el tamaño del bebé o bebés. El ultrasonido también busca problemas con la placenta. Al aceptar el ultrasonido, asumimos que usted desea conocer todos los detalles que se revelen con el estudio.

Cuando el ultrasonido se hace entre las semanas 16 y 20 del embarazo, se detectan aproximadamente el 60% de los defectos. El síndrome de Down se detecta aproximadamente el 50% de las veces (3, 4). Otros defectos, como la parálisis cerebral o el autismo no se pueden detectar con los ultrasonidos. Otros defectos, como por ejemplo algunos defectos del corazón, del sistema digestivo, de la cara o la hidrocefalia no se detectan generalmente hasta después de las 26 semanas del embarazo (2). El porcentaje de defectos que se detectan depende también del tamaño del bebé, y otros factores como la obesidad de la mujer embarazada, cirugías abdominales hechas en el pasado, y en que posición está el bebé.

En el siguiente cuadro se notan los porcentajes de detección de ciertos defectos de nacimiento (3).

<b>Sistema de órgano</b>	<b>Probabilidad de que la anomalía se note</b>
Sistema nervioso central (cerebro y espina dorsal)	92%
Pulmones	78%
Genitourinario (riñones y vejiga)	69 %
Gastrointestinal (diafragma, estómago, esófago, intestinos)	69 %
Esquelético (huesos largos, pies, y manos)	35 %
Corazón	30 to 50 %
Craniofacial (quijada, labio, paladar, zócalos del ojo, y cráneo)	35 %

Si se encuentra algún problema, en el momento se compartirá con usted toda la información. A veces se requieren visitas adicionales y otros estudios antes de poder identificar con certeza el problema en el bebé. Algunos problemas no son serios y pueden considerarse "falsa alarma".

Con el ultrasonido a veces se puede determinar el sexo del bebé, pero no siempre. Si usted prefiere no saber el sexo del bebé, informe al técnico antes de que empiece su estudio.

**Las gracias especiales a Maria Moline por traducir esta información cubren**