

Las Colinas Obstetrics-Gynecology-Infertility Association, P.A.

Las Colinas Center for Women's Continence & Vaginal Reconstruction and Rehabilitation Center of Texas

3501 N. MacArthur Blvd., Suite 350 Irving, Texas 75062

Phone: (972) 257-5300 Fax: (972) 257-5322

Póliza Financiera

Pago: El pago debe ser pagado en el momento del servicio. Si tiene a seguro médico, significa que su deducible debe ser pagado, y tiene que pagar todos los copagos aplicables en el momento del servicio, al menos en el momento del servicio que haya hecho arreglos con nuestro departamento financiero. Aceptamos todo tipo de tarjetas de crédito, cheques, efectivo y la financiación de terceros. Iniciales _____

Seguro médico: Si somos considerados como un proveedor preferido por su seguro médico, su deducible debe ser pagado por completo. Y usted debe pagar todo los copagos aplicables. La mayoría de los malentendidos en relación con la cobertura del seguro se pueden evitar si entiendes lo que ofrece su póliza. Usted será responsable del pago por los servicios que no están cubiertos. Esto incluye los servicios para cualquier condición considerará preexistente por su compañía de seguros. Después de que su compañía de seguros ha recibo su reclamo, tienen treinta (30) días para pagar o impugnar la reclamación. Si su reclamo es desafiado después de los 30 días, vamos a necesitar su ayuda para resolver cualquier problema que su compañía de seguros podría tener. Si su compañía de seguros pide más información de usted, le pedimos que responda a ellos de inmediato. Si no lo hace, usted será responsable por el importe total, con el pago esperado dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la negación. Esta oficina, y su Departamento de Recursos Humanos le ayudará con cualquier información que pueda ser necesaria en la tramitación de sus reclamaciones. Iniciales _____

Seguros Autorización / Asignación de Beneficios: Yo asigno Las Colinas Ob-Gyn el pago total por los servicios médicos prestados a mí mismo, o mis dependientes. Entiendo que soy responsable por cualquier servicio que no esté cubierto, los servicios por condiciones pre-existentes, y para los deducibles, copagos y cantidades de coaseguro. Iniciales _____

Cuentas delincuentes: Las cuentas morosas serán reportados a nuestro servicio de recolección, sistemas de IC. Es su responsabilidad notificarnos si usted anticipa un retraso en los pagos. Iniciales _____

Procedimientos de oficina / Cirugías: El paciente o la persona responsable debe hacer pagos por adelantado o establecer arreglos de pago con nuestro departamento financiero antes de cualquier procedimiento en el consultorio o cirugías. Iniciales _____

Cancelaciones: Los pacientes que no cancelan su cita con aviso de 24 horas se les cobrarán \$20.00. Iniciales _____

Los pacientes que no se presentan: Hay un cargo de \$ 20.00 para cualquier paciente que no se presenta a una cita y no dan notificación a nuestra oficina. Iniciales _____

Recetas: Hay un cargo de \$ 10 para cualquier duplicado o reemplazo de recetas prescritas. Iniciales _____

Labs o Rayos-X: Los pacientes son financieramente responsables por cualquier laboratorio o radiografías prescritas por su médico. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a su cobertura, por favor póngase en contacto con su compañía de seguros. Iniciales _____

Registros Médicos: Las Colinas Ob-Gyn procesarán su solicitud de registros médicos. Hay un cargo por este servicio. Si usted tiene preguntas acerca de su responsabilidad nos puede contactar al (972) 257-5300 Ext: 122 Iniciales _____

Me han ofrecido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las políticas. Entiendo las políticas.

Firma de Paciente/ Persona Responsable

Fecha

Copy given to patient _____
(Initials here)

Las Colinas Obstetrics-Gynecology-Infertility Association, P.A.

Las Colinas Center for Women's Continence & Vaginal Reconstruction and Rehabilitation Center of Texas
3501 N. MacArthur Blvd., Suite 350, Irving, Texas 75062 Phone: (972) 257-5300 Fax: (972) 257-5322

Pacientes:

Para proteger a nuestras pacientes embarazadas de ser expuestas a enfermedades de los niños de la infancia, así como también para proteger a los niños de riesgos que existen en la oficina del doctor, le pedimos cordialmente que por favor no traiga a su niño a su cita.

Firma del paciente

Letra en molde

Fecha

John J. Zavaleta, R.Ph., M.D.
Diplomate American Board of
Obstetrics & Gynecology
Board Certified

John R. Hanson, M.D.
Gonzalo Garcia, M.D.
Annie Saldaña, PA-C

Las Colinas Obstetrics-Gynecology-Infertility Association, P.A.

Las Colinas Center for Women's Continence & Vaginal Reconstruction and Rehabilitation Center of Texas
3501 N. MacArthur Blvd., Suite 350, Irving, Texas 75062 Phone: (972) 257-5300 Fax: (972) 257-5322

Yo, _____, doy permiso al Dr. John J. Zavaleta, M.D., y a sus asociados o empleados dar información en referencia a mi expediente clínico y registros de facturación a:

Firma de la Paciente

Fecha

Reconocimiento de la Revisión de la Notificación de la Práctica de Privacidad

Se me ha notificado y estoy enterada del acta de confidencialidad de esta oficina. La cual explica como mi información médica será usada. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma de la Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre de la Paciente o Representante Personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Las Colinas Obstetrics-Gynecology-Infertility Association, P.A.

Las Colinas Center for Women's Continence & Vaginal Reconstruction and Rehabilitation Center of Texas

3501 N. MacArthur Blvd., Suite 350 Irving, Texas 75062

Phone: (972) 257-5300 Fax: (972) 257-5322

Nombre: _____ PMS#: _____ Fecha: _____

Pacientes: Por favor complete el siguiente cuestionario, nos ayudara a proporcionarle el mejor cuidado medico.

Algunas veces orino mas de 7 veces al dia.	Si	No
Algunas veces me levanto a orinar por la noche mas de 2 veces.	Si	No
Se me tira la orina algunas veces antes de llegar al baño.	Si	No
Uso toallas femeninas porque se me tira la orina.	Si	No
Mi vejiga no se siente vacia cuando termino de orinar.	Si	No
Me toma tiempo para empezar a orinar.	Si	No
Algunas veces se me tira la orina cuando rio, toso, estornudo, o hago ejercicio.	Si	No
Tengo que empujar o inclinarme hacia adelante mientras estoy orinando.	Si	No
Orino cuando empujo para evacuar el intestino.	Si	No
Algunas veces evacuo mi intestino menos de 3 veces por semana.	Si	No
Algunas veces tengo que empujar en forma excesiva, o pasar largo tiempo en el baño para evacuar el intestino.	Si	No
Tengo que tomar fibra o laxantes para no sufrir constipacion.	Si	No
Siento presion or algo que sale de la vagina o recto.	Si	No
Accidentalmente he pasado gas, diarrea, o excremento solido por el recto.	Si	No
No siento el recto completamente vacio despues de evacuarlo.	Si	No
Tengo dolor de espalda o de rodilla.	Si	No
Mi periodo se han vuelto irregulares, abundantes, o dolorosos.	Si	No
Ya no pienso tener mas niños, me gustaria saber cuales son las opciones de manera permanente.	Si	No
Siento que mi deseo sexual ha disminuido.	Si	No
Me toma mas tiempo o se me dificulta alcanzar el orgasmo.	Si	No
Algunas veces tengo dolor cuando tengo relaciones sexuales.	Si	No
Algunas veces oigo aire vaginal durante las relaciones sexuales.	Si	No
Esta interesada en perder peso?	Si	No

John J. Zavaleta, R.Ph., M.D.

Medical Director

Diplomate American Board

Of Obstetrics & Gynecology

Board Certified

John Hanson, M.D.

Gonzalo Garcia, M.D.

Diplomate American Board

Of Obstetrics & Gynecology

Board Certified

Annie Saldaña, PA-C, MPAS

Questionnaire:

The Physical Symptoms of Hypothyroidism

Ref. *The Thyroid Solution* by: Ridha Arem, M.D.

Se le esta secando el pelo, o estás perdiendo su cabello?	Sí	No
Sus períodos menstruales han sido pesados en los últimos meses?	Sí	No
Ha estado sufriendo dolores de coyuntura (articulación) ?	Sí	No
Tiene las unas quebradizas?	Sí	No
Ha tenido calambres musculares?	Sí	No
Ha notado una debilidad continua en sus músculos?	Sí	No
Tiene seca su piel?	Sí	No
Se le hinchan sus ojos o cara?	Sí	No
Ha sufrido frialdad inusual?	Sí	No
Ha aumentado más de cinco libras?	Sí	No
Se ha convertido su piel áspera?	Sí	No
Ha tenido estreñimiento?	Sí	No
En los últimos meses ha notado una secreción de leche de su senos?	Sí	No
Ha notado que suda menos?	Sí	No
Se le ha vuelto ronca su voz?	Sí	No
Siente sus dedos adormecidos?	Sí	No
Su audición ha disminuido?	Sí	No
Ha sentido el latido de su corazón más lento?	Sí	No
Ha estado sintiendo rigidez en los músculos?	Sí	No
Ha estado demasiado cansada?	Sí	No
Siente sus ojos secos?	Sí	No
Ha estado sufriendo dificultad para respirar durante el ejercicio o la reducción de la tolerancia al ejercicio?	Sí	No
Ha tenido menor interés en el sexo?	Sí	No
Alguna vez ha tenido insomnio?	Sí	No
Ha tenido la piel hinchada?	Sí	No
Ha desarrollado acné?	Sí	No

Ha pasado por alguna de estas situaciones:

Se está forzando a sí mismo a terminar el día.	Sí	No
Actividades que antes disfrutaba le causan tensión que ha dejado de disfrutarlas.	Sí	No
Usted ha dejado de hacer ejercicio, socializar, etc., porque no tiene energía.	Sí	No
Se siente agotada en la tarde que solo quiere dormir.	Sí	No
Cuando llega a casa del trabajo, te sientes tan cansada que lo único que puedes hacer es dormir?	Sí	No