

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



BIENVENIDO A GEORGIA PRENATAL

Estamos encantados de que hayas elegido poner tu cuidado prenatal en nuestras manos. El viaje que tienes por delante te cambiará la vida, pero estamos aquí para ayudarte a facilitar ese proceso. Por lo tanto, nos complace darle la bienvenida a nuestra familia en Georgia Prenatal.

Para poder servirle mejor, necesitamos su ayuda.
Por favor, tómese el tiempo de proveernos la información requerida & consentimientos indicados en este paquete.

Por favor, lea lo siguiente, que hemos proporcionado nuestras reglas y normas de práctica:

REGLAS Y NORMAS DE NUESTRO CUIDADO PRENATAL Y CLÍNICA

- Falta a la Cita, Sin Llamada de Aviso \$25.00
Si no llama con 24 horas de antelación a su cita, este cargo se aplicará a su cuenta. La tarifa será aplicada a pacientes con el paquete prenatal y a pacientes con seguro médico privado. Excluyendo a los pacientes con Medicaid.
- Regla de 15 Minutos \$00.00
Tenga en cuenta que si llega con más de 15 minutos de retraso a su cita programada, se arriesga a que su cita sea cambiada o que tenga que esperar como mínimo el mismo tiempo que llegó tarde.
- COVID-19 y el Uso de Mascarillas \$00.00
Debido al COVID-19 y las variantes desconocidas del omicron, el uso de mascarillas es opcional para las pacientes. Esto también aplica para los esposos, parejas, y cualquier otro invitado.
- Tarde en la Atención Prenatal (Pacientes Sin Seguro Médico) \$400.00
Todos los pacientes que comienzan su cuidado prenatal con nosotros en o después de la marca de 20 semanas están obligados a pagar \$400 USD, de su paquete prenatal en su primera cita.

Georgia Prenatal

Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd. Lilburn, GA 30047

P (470) 545 - 2131

F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com

www.georgiaprenatal.com

Patient PRN #: _____



BIENVENIDA A GEORGIA PRENATAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento | Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____

Numero Social (SS#) _____ Número de Teléfono _____

Email _____

Dirección | Número de Calle _____ Nombre de la Calle _____

Número de Apartamento/ Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Estado Civil (Por favor, marque con un círculo una de las opciones):

Soltera Casada Divorciada Separada Concubinato Viuda

Ocupación _____ Se Niega a Responder _____

Idioma Preferido: Inglés Español Portugues Otro: _____

Etnicidad _____ Se Niega a Responder _____

Método de comunicación preferido (marque con un círculo una de las opciones):

Correo electrónico Mensajes de Texto Llamada Telefónica Cualquiera, sin preferencia

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y Apellidos de la Persona de Contacto _____

Número de teléfono _____ Idioma Preferido _____

Dirección | Número de Calle _____ Nombre de la Calle _____

Número de Apartamento/ Unidad _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Tiene Ud Seguro Médico (Por favor, marque con un círculo una de las opciones): Si No

Si tiene Seguro Médico llene la información a continuación:

Nombre de Seguro Médico Primario: _____ Número de Póliza: _____

Nombre de Seguro Médico Secundario: _____ Número de Póliza: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Nuestro objetivo en Georgia Prenatal es mantener su seguro y otros arreglos financieros tan simples y claros como sea posible. Para lograr esto de una manera rentable, le pedimos que cumpla con las siguientes pautas:

- Autorizo la divulgación de información médica a mi compañía de seguros primaria o secundaria según sea necesario para procesar reclamos de seguros, solicitudes de seguros, autorizaciones previas y recetas médicas. También autorizo el pago de beneficios médicos a los doctores y proveedores.
- En última instancia, soy responsable del pago de los cargos por los servicios que recibo en su oficina que no están cubiertos por mi seguro.
- Es mi responsabilidad proporcionar mi dirección actual, número de teléfono e información del seguro.
- Es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros para confirmar que los proveedores participen en mi plan.
- Si mi seguro no está activo en el momento del servicio, seré responsable del pago total.
- Si no proporcionó la información correcta del seguro, seré responsable del pago total.
- El copago, coseguro y/o deducible no satisfecho se deberá pagar al momento del servicio.
- Se le facturará los cargos de laboratorio no cubiertos por su seguro médico.
- Cualquier cargo no pagado después de mi parto será transferido a una agencia de colecciones externa.

Tenga en cuenta que todos los pacientes, con seguro y autopago sin seguro, deben informar cuándo el paciente bajo nuestro cuidado actualmente tiene un seguro privado, agrega un seguro privado/comercial y/o Medicaid, o ya no tiene un seguro privado/comercial o Medicaid.

Georgia prenatal no es responsable de ningún cargo acumulado, falta de pago o pago retroactivo debido a la falta de divulgación de información.

Yo _____ entiendo y cumpla con la Política Financiera de Georgia Prenatal.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

FARMACIA PREFERIDA Y CONSENTIMIENTO

Este formulario de consentimiento autoriza a Georgia Prenatal a obtener y revisar mi historial de prescripción. El historial de prescripción detallado permite a sus proveedores obtener información sobre los medicamentos prescritos por otros proveedores que participan en mí atención médica. Esta información mejorará la exactitud de la lista de medicamentos en mi historial médico y disminuirá cualquier reacción adversa a los medicamentos o información inexacta sobre los mismos, como los nombres de los medicamentos o las dosis.

Al firmar este formulario de consentimiento, yo acepto que Georgia Prenatal pueda solicitar y utilizar mi historial de medicamentos de otros proveedores de atención médica, farmacias y pagadores de beneficios (como mi compañía de seguros) para fines de tratamiento.

Entendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento informado a Georgia Prenatal para que solicite, vea y utilice mi historial de prescripción externa con fines de tratamiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Nombre de la Farmacia Preferida _____

Número de Teléfono de la Farmacia _____

Dirección _____

Nombre del Paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo _____ Fecha ____ / ____ / ____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

ATENCIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

TRATAMIENTO MÉDICO

Iniciales _____

Al poner mis iniciales y firmar a continuación, autorizo a los proveedores, a las parteras, y a las enfermeras profesionales a brindarme tratamiento en la clínica Georgia Prenatal. Entiendo que los proveedores me darán tratamiento de acuerdo con las normas de atención establecidas por el American College of Obstetrics and Gynecology. Entiendo que este tratamiento puede incluir exámenes de laboratorio, ultrasonido y otros procedimientos de diagnóstico para darme la mejor atención posible. Toda la información obtenida de mí por todos los proveedores de Georgia Prenatal será confidencial y se mantendrá confidencial a menos que yo firme una liberación de esta información. Nadie podrá acceder a la información de mis registros en Georgia Prenatal sin mi permiso/consentimiento previo por escrito.

NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Iniciales _____

Tengo entendido que Georgia Prenatal tiene una política de privacidad del paciente, que está disponible para mí en cualquier momento. Ellos me han hecho consciente de mis derechos como paciente y me hicieron una copia de sus políticas.

(marque con un círculo una de las opciones):

Elijo recibir una copia Elijo no recibir una copia

Nombre del Paciente _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

Testigo _____ Fecha ____ / ____ / ____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

RECORDATORIOS DE CITAS Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN GENERAL

CORREO ELECTRÓNICO

Iniciales _____

Al firmar abajo, autorizo a Georgia Prenatal a enviar recordatorios de citas y actualizaciones de la práctica a través del correo electrónico proporcionado en el registro de información del paciente.

MENSAJES DE TEXTO

Iniciales _____

Al poner mis iniciales y firmar abajo, autorizo a Georgia Prenatal a enviar recordatorios de citas y actualizaciones de la práctica a través de mensajería de texto a mi móvil, proporcionado en la parte de registro de información del paciente. Entiendo que este servicio se ofrece de forma gratuita. Sin embargo, es posible que se apliquen las tarifas estándar de mensajería de texto de mi operador de telefonía móvil. Por favor, active los recordatorios por mensaje de texto en mi cuenta.

MENSAJE DE VOZ

Iniciales _____

Al poner mis iniciales y firmar abajo, autorizo a Georgia Prenatal a llamarme y dejar mensajes de voz, al número de teléfono que proporcioné en el registro de información del paciente, con respecto a mis próximas citas y cualquier otra actualización general relacionada a mi atención médica.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Testigo _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

ATENCIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DEL VIH

Yo, _____ Reconozco que he recibido información y asesoramiento previamente al realizarme el examen de la prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), virus que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). He sido informada acerca de todo lo concerniente a este análisis de sangre, beneficios y riesgos. He entendido que los exámenes de sangre para el VIH no son 100% precisos, pueden resultar Falsos Positivos o Falsos Negativos. También soy consciente que si un examen del VIH resulta positivo significa que una persona ha sido infectada probablemente con el virus, pero no significa que la persona vaya a desarrollar el SIDA. He entendido que aunque una persona no desarrolle el SIDA, o se enferme con el virus, si puede transmitir el virus a otras personas; por ende es importante saber si el Virus está presente o no, para evitar el contagio y proteger así a otras personas.

Entiendo que los resultados serán parte de mi expediente y que estará a la disposición para el Personal Médico y Administrativo del Hospital, de Georgia Prenatal, y de Compañías de Seguro Médico. Sin embargo, el contenido de mi expediente no será revelado a terceras personas sin un consentimiento por escrito, a menos que sea autorizado o requerido por la ley.

También entiendo que seré notificado de los resultados y recibire instrucciones después del examen. Basado a esto autorizo que se me realice el examen del VIH.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

Testigo _____ Fecha _____ / _____ / _____

Georgia Prenatal
Obstetrics-Gynecology

950 Indian Trail Lilburn Rd.
Lilburn, GA 30047
P (470) 545 - 2131
F (470) 545 -2143

info@gaprenatal.com
www.georgiaprenatal.com



REGISTRO DE CUIDADO PRENATAL

PAQUETE DE CUIDADO PRENATAL | SIN SEGURO MÉDICO

PAQUETE PRENATAL REGULAR

Iniciales _____

Nuestro paquete regular de cuidado prenatal tiene un costo de *\$1,500.00 USD*, de los cuales tiene la opción de pagar por adelantado en un solo pago, o en 8 pagos con nuestro *Plan de Pago*.

Tenga en cuenta que este paquete es para el cuidado prenatal regular. Si por alguna razón el proveedor considera que usted es, por cualquier motivo, una paciente de alto riesgo— habrá costos adicionales; o podrá ser actualizada a un paquete de alto riesgo. Puede escanear el código QR que aparece a continuación para ver si puede ser considerada una paciente de "alto riesgo".

¿QUÉ INCLUYE MI PAQUETE DE CUIDADO PRENATAL?

Bolsa de Bienvenida

Todo el papeleo/registro requerido por el hospital Northside, hojas informativas y folletos de obstetricia, vitaminas prenatales y otros pequeños regalos de nuestra parte.

Citas Rutinarias

Citas de Emergencia Sin Cita Previa o Programadas

Se prefieren las citas programadas, y es más probable que se asegure su lugar.

Ultrasonido Para Confirmar el embarazo | *Para estimar la fecha probable de parto y confirmar las semanas de gestación*

Ultrasonido de Anatomía

Ultrasonido Biofísico o de crecimiento | *Se realizará dependiendo a cuál será requerido para la paciente.*

Laboratorios Obstétricos

Papanicolaou y Examen Físico | *Dependiendo de la edad*

Cita Pos-parto | *Siempre y cuando haga su cita post parto durante la semana 6 después de haber dado a luz.*

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

*Seré de Alto Riesgo?
Escanee aqui & informese.*

