



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

N.º de MPI

PACIENTE GINECOLÓGICA DE SEXO FEMENINO: EE. UU.
ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR CUALQUIER PACIENTE MUJER
QUE SE SOMETA A TRATAMIENTO MÉDICO O EVALUACIÓN.

Información de la paciente

Datos demográficos

Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre), en letra de imprenta

Nombre de soltera (si corresponde)

Nombre con el que prefiere que la llamen (apodo)

Fecha de nacimiento

Edad

Número de Seguro Social

Estado civil

Dirección particular (calle, ciudad, estado, código postal)

Marque la casilla junto al método de contacto preferido:

_____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No
Teléfono particular

_____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No
Teléfono laboral

_____ ¿Podemos dejar un mensaje detallado? Sí No
Teléfono celular

Correo electrónico

Nombre del contacto en caso de emergencia

Número de teléfono

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Empleo

Nombre de la empresa

Dirección de la empresa (calle, ciudad, estado, código postal)

Ocupación

Seguro principal

Compañía de seguro

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Número de ID. de la póliza

Número de grupo

Nombre del titular de la póliza

Número de teléfono del titular de la póliza (si difiere del anterior)

Seguro secundario (si corresponde)

Compañía de seguro

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Número de ID. de la póliza

Número de grupo

Nombre del titular de la póliza

Número de teléfono del titular de la póliza (si difiere del anterior)

877.324.4483 | fcionline.com



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Información del proveedor de atención médica/remisión

Especifique de qué manera se enteró de nosotros.

- Derivada por un médico Amigo o familiar Internet Lista del seguro Seminario educativo
 Radio Televisión Páginas amarillas Otro: _____

Nombre del médico que lo derivó

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono

Fax

¿Fue derivado a un médico específico de Fertility Centers of Illinois? Sí No

Médico de Fertility Centers of Illinois al cual la derivaron

Nombre del proveedor de atención médica primaria/obstetra/ginecólogo (en caso de diferir del antes mencionado)

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono

Fax

¿Está buscando que la evalúen o la traten? Soltera Con un cónyuge o pareja

Nombre del cónyuge o pareja (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)

Sexo del cónyuge o pareja: Femenino Masculino

Motivo de su visita en el día de hoy:



Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Antecedentes sobre períodos menstruales (hormonales)

Fecha de su último período menstrual: _____ Edad en que se presentó su primer período menstrual: _____

¿Sus períodos son regulares? Sí No ¿Cuántos días entre un inicio y el siguiente? _____

¿Cuántos días dura su período? _____ ¿Sangra entre períodos? Sí No

¿Tiene síntomas premenstruales? Casi siempre Rara vez Nunca

Dolor/calambres pélvicos: Ninguno Durante el período Antes del período Luego del período
 En medio del ciclo Durante la relación sexual Cuando orina Cuando defeca
 La hace abandonar actividades habituales La hace faltar al trabajo

Dolor/calambres pélvicos: Leve Moderado Severo Empeorando Mejorando Sin cambios
 Del lado derecho De lado izquierdo En el medio

¿Qué medicamentos toma para el dolor/los calambres? _____

Antecedentes relacionados con el embarazo

¿Está intentando quedar embarazada en la actualidad? Sí No

Duración de infertilidad: (Meses teniendo relaciones sexuales sin anticonceptivos.) _____ meses

¿Ha estado embarazada anteriormente? Sí No ¿Ha tratado de quedar embarazada anteriormente? Sí No

Cantidad de embarazos: _____ Partos a término: _____ Partos prematuros: _____

Abortos espontáneos: _____ Abortos programados: _____ Niños adoptados: _____

A continuación, proporcione detalles sobre cada embarazo (si corresponde).

	Fecha	Aborto espontáneo	Aborto programado	Ectópico	Cantidad de meses para concebir	Tratamiento contra la infertilidad	Peso/Sexo	Cesárea	Complicaciones	¿Su pareja actual es el padre del bebé?
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Si tuvo complicaciones en alguno de los embarazos mencionados, proporcione una descripción:



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Uso de anticonceptivos

Tipo: _____ Desde qué fecha hasta qué fecha: _____ Razón para discontinuar: _____

Tipo: _____ Desde qué fecha hasta qué fecha: _____ Razón para discontinuar: _____

¿Alguna vez se sometió a una esterilización quirúrgica o reversión? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, especifique qué procedimientos se llevaron a cabo y aproximadamente en qué fechas: _____

Antecedentes sexuales

¿Alguna vez tuvo experiencias sexuales no deseadas? _____

Actualmente, ¿tiene problemas sexuales? _____

Antecedentes médicos

Indique si tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones: (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adherencias pélvicas | <input type="checkbox"/> Infección genital |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos contra la clamidia | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Micoplasma |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso (10 libras o más) | <input type="checkbox"/> Papanicolau anormal |
| <input type="checkbox"/> Aumento del acné | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso (10 libras o más) |
| <input type="checkbox"/> Aumento del vello facial o corporal | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Cervicitis | <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Secreción mamaria |
| <input type="checkbox"/> Clamidia | <input type="checkbox"/> Sentido del olfato deficiente |
| <input type="checkbox"/> Colitis o enteritis | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sofocones |
| <input type="checkbox"/> Criocirugía (congelación) o cirugía del cuello uterino | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Tricomonas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Estrés en exceso | <input type="checkbox"/> Ureaplasma |
| <input type="checkbox"/> Fibromas o miomas uterinos | <input type="checkbox"/> Útero anormal (forma, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Vaginitis recurrente |
| <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios especiales | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales/condiloma |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | |

Si respondió afirmativamente a algunas de las preguntas, proporcione una explicación:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Enumere todas las lesiones o enfermedades graves o crónicas que aún no describió:

Indique si usted o los miembros de su familia tienen los siguientes trastornos: Infertilidad Trastorno hormonal Otros trastornos heredados
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

¿A alguno de sus familiares directos le diagnosticaron cáncer de mama o de ovario? Sí No
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

¿Algún miembro de su familia nació con defectos congénitos o retraso mental? Sí No
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

¿Usted o algún miembro de su familia tienen trastornos de coagulación sanguínea/hemorrágicos? Sí No
En caso afirmativo, proporcione una explicación:

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Operaciones y hospitalizaciones

Fecha:	Diagnóstico:	Operación:	¿Dónde se realizó?	Médico:
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

Medicamentos

Enumere todos los medicamentos y suplementos recetados y de venta libre que usó durante el año pasado.

Nombre del medicamento:	Dosis y frecuencia:	Fecha aproximada en que lo tomó:	Motivo por el cual lo tomó:
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Alergias

Indique a qué es alérgica. (Droga o sustancia)	¿En qué momento?	¿Qué tipo de reacción?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

Evaluaciones previas

Indique si se sometió a alguno de los siguientes procedimientos (marque todas las opciones que correspondan):

		Fecha aproximada	Valores (si los conoce)
Estradiol	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Hormona estimuladora de folículos (FSH)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Hormona luteinizante (HL)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Progesterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Prolactina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Pruebas de tiroides (TSH, T4)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Insulina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Lípidos/Colesterol	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
17-alfa hidroxiprogesterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Cortisol	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Análisis de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS)	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Testosterona	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Pruebas hematológicas/bioquímicas	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Prueba genética de cariotipo	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Anticuerpos contra la clamidia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Cultivo de clamidia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Biopsia de endometrio	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Ecografía	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Sonohisterograma con solución salina	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Histeroscopia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		
Laparoscopia	<input type="checkbox"/> No realizado <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal		

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Antecedentes sociales

Fuma en la actualidad Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de cigarrillos por día. _____

Fumó en el pasado Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique por cuánto tiempo fumó. _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

Alcohol Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y la cantidad de bebida por semana: _____

Marihuana Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de veces que consume por semana: _____

Otras sustancias Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y la cantidad consumida por semana: _____

Uso de sustancias por vía intravenosa Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y el momento en que consume. _____

Cantidad de bebidas con cafeína que toma por día: _____

Exposición a la radiación Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Exposición a tóxicos Sí No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Ejercicio vigoroso Sí No

Tipo: _____ Horas a la semana: _____

Tipo: _____ Horas a la semana: _____

Información adicional

Incluya información adicional que considere necesaria para su médico y el equipo de atención médica.

Sección de firmas

Al firmar a continuación, reconozco que toda la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa, y que autorizo todas las acciones indicadas arriba.

Firma

Fecha



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON USTED Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Introducción

Proporcionamos a usted este Aviso de prácticas de privacidad en representación de Fertility Centers of Illinois y en relación con los servicios médicos proporcionados en los establecimientos de Fertility Centers of Illinois (denominados de forma colectiva como “Nosotros” o “Nuestro”). Comprendemos que su información médica es privada y confidencial. Además, la ley nos exige que protejamos la privacidad de la “Información de salud protegida (PHI, Protected Health Information).” La información de salud protegida incluye cualquier información identificable individualmente que obtengamos de usted u otras personas y que esté relacionada con su salud física o mental pasada, presente o futura, la atención de salud que recibió o el pago de su atención de salud.

Sus derechos

Aunque su historial médico es propiedad física de Fertility Centers of Illinois, tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar una restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información conforme a las leyes aplicables
- Obtener una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad cuando la solicite
- Revisar y copiar su historial médico conforme a las leyes aplicables
- Solicitar una copia electrónica de su historial médico electrónico
- Solicitar modificar su historial médico conforme a las leyes aplicables
- Obtener el detalle de las divulgaciones de su información de salud conforme a las leyes aplicables
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida que ya se haya divulgado la información
- Solicitar una restricción de divulgación de su información de salud a su aseguradora de salud por servicios pagados totalmente en efectivo
- Transmitir copias de su información de salud a terceros cuando lo solicite por escrito

Nuestros deberes

Se nos exige:

- Proteger la privacidad de su información de salud
- Entregarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información que recopilamos y almacenamos sobre usted
- Cumplir las condiciones de este aviso
- Notificarlo si no podemos aceptar una restricción solicitada
- Satisfacer las solicitudes razonables que pueda tener sobre la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- Cuando lo exija la ley, notificarlo en caso de que haya una filtración de su información de salud no respaldada

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y poner en vigor las nuevas disposiciones para toda la Información de salud protegida que almacenamos. Si cambiaran nuestras prácticas de información, publicaremos el Aviso de prácticas de privacidad modificado en nuestro sitio web en fcionline.com, al igual que en nuestros consultorios, y le proporcionaremos una copia en papel si la solicita.

No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto de la manera que se describe en este aviso. No venderemos su información de salud (a menos que lo permita la ley) ni usaremos ni divulgaremos dicha información para comercialización pagada (por la cual recibamos pago de terceros) sin su autorización. Puede revocar en cualquier momento la autorización que solicitemos y esta revocación entrará en vigor, a menos que ya hayamos actuado en función de ella.

877.324.4483 | fcionline.com



Usos y divulgaciones permitidos

*Usaremos y divulgaremos su información de salud para **tratamiento**.* Por ejemplo: La información que obtiene una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención de salud se registrará en su historial y se usará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su historial sus expectativas respecto de los miembros de su equipo de atención de salud. Luego, los miembros de su equipo de atención de salud registrarán sus acciones y observaciones. De esta manera, el médico sabrá cómo responde al tratamiento.

También le proporcionaremos a su médico o a un proveedor de atención de salud posterior copias de diversos informes que lo ayuden a tratarlo después que le demos el alta de este establecimiento.

*Usaremos su información de salud para **pagos**.* Por ejemplo: Podríamos enviarle una factura a usted o a otro pagador, por ejemplo, a una compañía de seguros o un plan de salud, para fines de recibir pago por el tratamiento y los servicios que recibió. La información incluida en la factura puede incluir información que lo identifique a usted, su diagnóstico o tratamiento, o los suministros usados durante su tratamiento. Si indica que le interesa participar en el programa Attain IVF, proporcionaremos información relevante sobre su afección a Attain Fertility Division de IntegraMed America para que determinen si cumple los requisitos para este programa de financiamiento.

*Usaremos y divulgaremos su información de salud para nuestras **operaciones de atención de salud**.* Por ejemplo: Los miembros del personal clínico, el administrador de riesgos o mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejora de calidad pueden usar la información de su historial médico para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros casos similares. Luego, esta información se usará para mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención de salud y los servicios de medicina reproductiva que ofrecemos.

Otros usos o divulgaciones de información de salud protegida

Socios comerciales: Hay algunos servicios que Fertility Centers of Illinois proporciona a través de contratos con socios comerciales. Por ejemplo: La gestión de servicios de IntegraMed America, Inc. y ciertos laboratorios de análisis. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les solicitamos y cobrarle a usted u otro pagador por los servicios ofrecidos. Sin embargo, para que su información de salud esté protegida, le exigimos a nuestros socios comerciales que protejan su información adecuadamente.

Notificación: Podríamos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención, sobre su ubicación y situación general.

Comunicación con cónyuges o familiares: Los profesionales de la salud, ocupando su mejor criterio, pueden divulgar a su cónyuge, familiar o a cualquier persona que usted identifique, información relevante a la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención. Le daremos una oportunidad para objetar estas divulgaciones y no divulgaremos información si se opone.

Investigación: Podríamos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un Consejo de Revisión Institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido los protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

Comercialización: Cuando lo permita la ley, podríamos comunicarnos con usted para informarle o recomendarle posibles alternativas de tratamiento y otros servicios y tecnologías médicas que puedan interesarle. También podríamos pedir su autorización para otras comunicaciones de comercialización.

Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, Food and Drug Administration): Podríamos divulgar a la FDA la información de salud con relación a eventos adversos relacionados con alimentos, suplementos, productos y productos defectuosos o información de vigilancia poscomercialización para retiro, reparación o reemplazo de productos.

Salud pública: Según lo exija la ley, se puede usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública tales como ayudar a autoridades de salud pública u otras autoridades legales a controlar enfermedades, lesiones, discapacidades o para otras actividades de supervisión de salud.

Orden público: Podríamos divulgar información de salud para fines de orden público según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. Las leyes federales disponen que su información de salud sea divulgada a una agencia de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado adecuado, siempre y cuando un miembro del personal o socio comercial crea de buena fe que hemos incurrido en conductas ilegales o hemos de otra manera infringido los estándares profesionales o clínicos y potencialmente puesto en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

NOTE: La información relacionada con el VIH, información genética, historiales de salud mental y otra información de salud protegida en particular puede estar sujeta a ciertas protecciones específicas de confidencialidad en virtud de las leyes estatales y federales. Las divulgaciones de este tipo de historiales estarán sujetas a estas protecciones especiales.

Para obtener más información o para informar un problema o queja

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, comuníquese inmediatamente con el Funcionario de privacidad de Fertility Centers of Illinois al **847.729.2188**.

No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre este aviso, comuníquese con el Funcionario de privacidad de Fertility Centers of Illinois al **847.729.2188** o visite **fcionline.com**.

Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013.

877.324.4483 | fcionline.com



INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE NUEVO

Nuestra meta en Fertility Centers of Illinois es proporcionarle el cuidado en fecundidad más tecnológicamente avanzado, integral y sensible. Para que obtenga el máximo beneficio desde su primera cita, le solicitamos con todo respeto que se prepare con anticipación mediante los siguientes pasos que se mencionan a continuación:

1. Revise el **Aviso de prácticas de privacidad de Fertility Centers of Illinois**.
2. Llene los siguientes formularios pertinentes o las partes de los formularios que correspondan a sus circunstancias personales:
 - **Paquete para la paciente nueva mujer (para que lo llene cualquier paciente mujer que recibirá servicios médicos)**
 - **Paquete para el paciente nuevo hombre (para que lo llene cualquier paciente hombre que recibirá servicios médicos)**
3. Si tiene seguros Aetna o Humana, consulte los siguientes requisitos de su compañía de seguros: **Formulario de seguros de Aetna y Humana**.
4. Para determinar los exámenes y tratamientos que sean mejores para usted, **es importante que traiga consigo cualquier historia clínica pertinente**. Asegúrese de comunicarse con el proveedor de servicios de salud que conserva estos registros y pedirle que le entregue una copia para usted. Para dar tiempo para los procesos de autorización, copia y envío, solicite los registros tan pronto como sea posible.
5. Si tiene preguntas sobre nuestros centros, visite <http://www.fcionline.com/locations/>. Para obtener información sobre viaje y alojamiento, como también atracciones y actividades locales, visite <http://www.fcionline.com/out-of-town/>.
6. Traiga consigo una identificación con fotografía (por ejemplo, licencia de conducir o ID estatal); se necesitarán copias para nuestros archivos.
7. Para completar el proceso de registro, llegue con 20 minutos de anticipación a su cita.
8. Amamos a los niños, sin embargo, como nuestros empleados están dedicados a concentrar toda su atención en nuestros pacientes, no nos es posible supervisar a los niños de los pacientes durante las visitas al consultorio. Asegúrese de que los niños pequeños estén seguros en un coche. Cuando sea posible, pídale a alguien que lo acompañe para que cuide a su hijo mientras usted está con el médico y el equipo de atención de salud.

Esperamos poder conocerlo. Comuníquese con su Equipo de servicios para el paciente de Fertility Centers of Illinois si tiene preguntas, inquietudes o comentarios.



Sección de consentimiento informado

1. Consentimiento para correos electrónicos:

Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois les ofrecen a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico en caso de tener preguntas o inquietudes generales. Dado que la comunicación por correo electrónico implica ciertos riesgos, y que su privacidad y seguridad son de suma importancia para nosotros, los pacientes deben considerar con cuidado su decisión antes de dar su consentimiento para recibir correos electrónicos. Entre los riesgos de la comunicación por correo electrónico, se incluyen los siguientes:

- 1) Circulación, reenvío y almacenamiento en diversos archivos impresos y en formato electrónico
- 2) Envío tanto a destinatarios deseados como no deseados
- 3) Envío a una dirección incorrecta
- 4) Falsificación más fácil que un documento manuscrito o firmado
- 5) Existencia de copias de respaldo incluso después de que el remitente o destinatario haya borrado su copia
- 6) Alteración, reenvío o uso sin autorización o detección
- 7) Introducción de virus en los sistemas informáticos

Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois usarán métodos razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. Sin embargo, debido a los riesgos indicados anteriormente, no podemos garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y, por lo tanto, no debe incluir nunca su número de seguro social o fecha de nacimiento en ningún correo electrónico que nos envíe.

Además, el correo electrónico no debe usarse nunca para comunicar problemas clínicos agudos o urgentes, como dolor o sangrado anormal. Nuestros médicos y el personal siempre tratan de responder los correos electrónicos rápidamente; sin embargo, en cualquier caso de problema clínico, debe seguir las pautas adecuadas si llama a nuestro consultorio o al servicio de contestador fuera del horario de atención. En caso de una emergencia médica, llame al 911.

_____ Autorizo a Fertility Centers of Illinois a comunicarse conmigo por correo electrónico por temas relacionados con mi atención médica y cargos financieros asociados (usaremos la dirección de correo electrónico que figura en la primera página de este formulario).
Coloque las iniciales aquí

2. Autorización para el uso y la divulgación de la información de salud al cónyuge o pareja (si corresponde):

Por medio del presente, autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información de salud que se indica a continuación a:

Cónyuge/Pareja (en letra de imprenta)

_____ Autorizo la divulgación de la siguiente información:

Coloque las
iniciales aquí

Toda la información de salud, como, por ejemplo (si está disponible), cualquier resultado o información en relación con el VIH, información genética, psicoterapia y salud mental, y abuso de sustancias o de alcohol.

Otro: _____

Fertility Centers of Illinois solo divulgará la información de salud que usted haya autorizado anteriormente, salvo que la ley exija lo contrario.

_____ Autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar mi información de salud (y la información financiera relacionada), según lo designado anteriormente.
Coloque las iniciales aquí

_____ Reconozco que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad.
Coloque las iniciales aquí

Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si lo hace, esto no afectará ninguna acción que se haya tomado anteriormente conforme a la autorización. Una vez que la información se divulga en virtud de esta autorización, se puede divulgar nuevamente y es posible



3. Aviso sobre responsabilidad financiera del paciente: Pago y consentimiento para la divulgación de la información y reconocimiento de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA): Pacientes de EE. UU.

El objetivo de Fertility Centers of Illinois es ofrecerle la atención más sensible, integral y tecnológicamente avanzada. Si tiene cobertura de seguro, Fertility Centers of Illinois hará todo lo posible por coordinar su atención de manera rentable y dentro de los límites de los beneficios de su seguro y minimizar los gastos de los cuales debe hacerse cargo. Los beneficios de fertilidad varían ampliamente según el estado, la compañía aseguradora y el plan específico. La cobertura disponible para usted depende de las decisiones de seguro que haya tomado con su empleador o de manera independiente.

Usted es responsable de entender los detalles de su plan de seguro y esperamos que mantenga a Fertility Centers of Illinois al tanto de la información correcta sobre su cobertura. Tenga en cuenta que no somos parte de su contrato de seguro. Su cobertura de seguros está especificada en un contrato entre usted y su compañía de seguros. Fertility Centers of Illinois no se responsabiliza por la información incorrecta que proporcione su compañía de seguros, ni en el caso de que su empleador no brinde información precisa a la aseguradora sobre su condición laboral.

Si está cubierto por uno de nuestros planes de seguros aceptados y proporciona una tarjeta de seguro válida u otra evidencia de cobertura en el momento de recibir servicios, le cobraremos los servicios cubiertos a su aseguradora. Los servicios cubiertos son aquellos servicios para los cuales hay beneficios disponibles en virtud de su plan de atención de salud; no todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos de seguros. Además, algunas aseguradoras podrían considerar algunos servicios cubiertos como no necesarios médicamente, a pesar de que su médico tenga una buena razón clínica para el servicio solicitado. Algunos ejemplos comunes son análisis de PGD, gestión de la ovulación y criopreservación o almacenamiento de gametos (esperma, ovocitos y embriones). Por último, algunas aseguradoras pueden tardar hasta 30 días en obtener autorización.

A su vez, nos da su autorización para cobrarle a su compañía de seguros los servicios cubiertos prestados y para autorizar pagos de beneficios médicos al consultorio. Los servicios cubiertos están sujetos a deducibles, copagos, coseguro o pago rechazado; en tal caso, serán su responsabilidad financiera. La autorización previa de una compañía de seguros no es una garantía de pago. Todos los pagos de seguros están sujetos a la revisión de reclamaciones presentadas. Fertility Centers of Illinois no será responsable si su seguro rechaza el pago. Los pagos a Fertility Centers of Illinois hechos por planes de seguro están sujetos a auditorías y pueden exigir reembolsos que lo hacen responsable de los cargos. El personal de Fertility Centers of Illinois trabaja con los pacientes para determinar el posible reembolso del seguro por la atención prestada, pero los pagos son la exclusiva responsabilidad de los pacientes, no de la compañía de seguros.

Somos susceptibles al costo del tratamiento de infertilidad y la variabilidad de la cobertura de seguros. Como cortesía para nuestros pacientes y para ofrecerle el uso más efectivo de sus beneficios de fertilidad, ofrecemos coordinadores financieros para analizar sus necesidades e inquietudes de tratamiento relacionadas con los costos en efectivo. Le recomendamos encarecidamente que programe una consulta con un coordinador financiero después que su médico haya determinado su plan de tratamiento o antes de iniciar cualquier tratamiento.

Se podrían aplicar las siguientes condiciones en función de su plan de seguros:

- Tenga en cuenta que no facturamos servicios que su compañía de seguros ha indicado que no están cubiertos, a menos que una circunstancia específica los justifique.
- En casos en que su seguro exija que sus análisis de sangre sean procesados en un laboratorio externo, recibirá una factura por separado del laboratorio preferido por su aseguradora y será su responsabilidad pagarla directamente.
- Es posible que le pidan pagar un depósito si su cobertura tiene un máximo en dólares y está cerca de este máximo, o si su plan tiene un deducible superior a \$1,000.
- Los planes de seguros pueden exigir una remisión por escrito antes de que reciba los servicios de Fertility Centers of Illinois. Si este es el caso, debe llevar la remisión a la cita inicial; de lo contrario, la cita puede reprogramarse. Si opta por proceder sin una remisión válida, deberá hacerse responsable de todos los cargos.
- Algunos planes de seguro son de “solo diagnóstico”, lo que significa que solo cubren ciertos análisis para determinar la causa de la infertilidad, pero no el tratamiento.
- Algunos planes de seguros establecen un máximo de por vida con respecto a lo que pagan por pruebas o tratamientos relacionados con la infertilidad.

Cobertura de medicamentos:

Consulte con su compañía de seguros acerca de estos temas:

- ¿Cuánto cubren del costo de los medicamentos del tratamiento de fertilidad?
- ¿Hay alguna farmacia específica que se debe utilizar para obtener los medicamentos del tratamiento de fertilidad?
- ¿Es un requisito obtener autorización previa para los análisis de fertilidad?

Pagos:

• Los pagos se deben realizar en el momento de recibir los servicios no cubiertos por el seguro. Para los servicios cubiertos por el seguro, envíe el pago dentro de un plazo de 30 días desde el recibo del estado de cuenta del saldo del paciente adeudado.

• **Puede pagar mediante las dos opciones siguientes:**

1. **En línea:** www.fcionline.com/billpay (también puede acceder a través del portal para el paciente; consulte a continuación la sección de Embryo Options sobre facturación de almacenamiento)

2. **Si llama directamente a nuestro departamento de facturación al 847.729.2188**

- En casos que su saldo del paciente exceda 90 días, el saldo de su cuenta se enviará a una agencia de cobranza. Además, los servicios ofrecidos se verán afectados y es posible que no pueda continuar con el tratamiento.
- Excluidos los paquetes, los pagos y créditos se aplican en un orden de saldo adeudado más antiguo a más reciente.
- Todos los paquetes de tratamiento se deben comprar 48 horas o más antes de iniciar el tratamiento.
- Todos los saldos adeudados se deben pagar por completo antes de iniciar un nuevo ciclo.
- Solo cobraremos los servicios prestados con el diagnóstico documentado por el médico.
- Si no puede asistir a una cita médica de paciente nuevo, le pedimos que nos avise con una anticipación de al menos dos (2) días hábiles. En caso de que no pueda avisarnos con anticipación, incurrirá en cargos por no presentarse o de cancelación de último minuto de citas médicas de \$50 durante los días de semana o de \$100 durante los fines de semana. Esta es una cortesía para los pacientes en listas de espera.
- En caso que quiera hablar con el personal médico fuera del horario de atención rutinario (lunes a viernes entre 8 a. m. y 4 p. m.) por una situación que no sea de emergencia, le cobraremos \$50 por hablar con un médico y \$25 por hablar con la enfermera de turno.
- Podríamos exigirle que tenga una tarjeta de crédito válida según nuestra base de datos de PCI (datos de la industria de tarjetas de pago) 48 horas antes de iniciar un plan de tratamiento. Como alternativa, puede hacer un depósito de \$150 por consulta.
- Fertility Centers of Illinois se ha asociado con Embryo Options para proporcionarle facturación de criopreservación y servicios de educación de disposición. Es un requisito que se preinscriba en Embryo Options para criopreservar embriones, óvulos o esperma en <https://fcionline.embryooptions.com/enroll/>.

Para residentes de Illinois: La ley de planificación familiar obliga a muchas, pero no a todas las aseguradoras de Illinois, a ofrecer cobertura a los residentes de Illinois con respecto a los tratamientos por infertilidad. Su coordinador financiero o administrador del consultorio de Fertility Centers of Illinois puede brindarle una copia de la Ley, o puede leerla en el sitio <http://insurance.illinois.gov/healthinsurance/infertility.asp>. También puede llamar a la Oficina del Consumidor de Seguros de Salud sin cargo al 877.527.9431. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura, debe consultar a su empleador y sobre su plan de seguros por escrito antes de iniciar el tratamiento.

He leído y entiendo la política descrita anteriormente y estoy de acuerdo en aceptar la plena responsabilidad financiera según lo descrito. Autorizo a Fertility Centers of Illinois a recibir el pago de los beneficios del seguro por las reclamaciones presentadas en mi nombre y también autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información médica necesaria para los pagos de las reclamaciones. Los pacientes casados o unidos por ley son conjuntamente responsables de todos los gastos incurridos.

Nombre en letra de imprenta del paciente _____ Fecha _____

Firma de la paciente _____