

Rassetti Gynecology

Edwin R. Ramirez, M.D.

1801 Solar Drive, Suite 251, Oxnard, CA 93030

Teléfono: 805-278-0190 Fax: 805-278-6291

Información del Paciente

(_____)
Apellido (soltera) Primer Nombre Medio Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Casa _____ Celular _____ Teléfono Trabajo _____

Numero Seguro Social _____ Número de Licencia _____

Empleador _____ Ocupación _____

Correo Electrónico _____ Sexo: M F Estado Civil: C S D V

Nombre de Esposo _____ Referida a Oficina por _____

Nombre de Medico Primario _____ Numero de Oficina _____

Laboratorio Preferido _____ Farmacia Preferida _____

Información de Aseguranza

Por favor de entregar su tarjeta de Aseguranza y ID (Necesario obtener para su expediente).

Primer Aseguranza _____ ID # _____ # de Grupo _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Empleador _____

Segunda Aseguranza _____ ID # _____ # de Grupo _____

Nombre de Suscriptor _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Empleador _____

En Caso De Una Emergencia

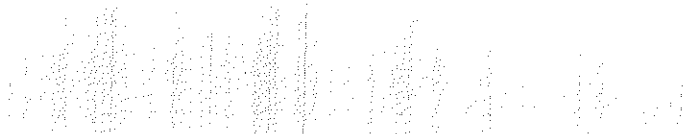
Nombre de pariente o conocido _____

Relacion _____ Telefono Casa _____ Celular _____

ASSIGNACION Y AUTORIZACION DE ASEGURANZA

Yo directamente he de ceder todos los beneficios médicos a Rassetti cosméticos Ginecología Instituto (Edwin Ramirez, MD) y entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por mi compañía de seguros. También entiendo que soy responsable por cualquier y todos los gastos de cobro en que incurra. Yo autorizo al Dr. Ramirez para liberar toda la información necesaria para garantizar el pago de las prestaciones. También estoy de acuerdo que una copia de este acuerdo tendrá la misma validez que el original. También doy mi permiso para que Edwin Ramirez MD, me brinde la atención médica o la atención médica de mi dependiente.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____



Rassetti Gynecology

HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO

Fecha _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Razón de Consulta:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

¿Quién lo refirió con el Dr. Ramirez? _____

¿Quién es su médico primario? _____

¿Está usted tomando medicamentos? _____

¿Es alérgica un medicamento de algun? _____

Historia familiar

		Causa de la muerte	Edad
Padre	Vivo / Difunto		
Madre	Vivo / Difunto		
# de Hermanos(as)	Vivo / Difunto		

Tiene una historia de familia de:

	Sí	No	En caso afirmativo, qué miembro de familia (indicar paterna o materna)
Enfermedades del corazón			
Presión arterial alta			
Diabetes			
Trazo			
Cáncer			
Si la respuesta es sí ubicación:			
Enfermedad de tiroides / cáncer			
Otras enfermedades			

Revisión de los sistemas de administración: Tiene ahora o alguna vez ha tenido cualquiera de las siguientes opciones:

	Sí	No	Por favor explique
Anemia			
Artritis			
Transfusión de sangre			
Trastornos intestinales			
Enfermedad de mama			
Cáncer			
Viruela			
Diabetes			
Exposición de DES			
Endometriosis			
Sangrado excesivo vejiga			
H. úlcera péptica/hernia de			
Dolor de cabeza / migraña			
Enfermedades del corazón			
Hipertensión			
Infertilidad			
Ictericia / hepatitis			
Enfermedad de riñón			
Enfermedades respiratorias			
Enfermedades Mentales y depresión.			
Trastorno de incautación			
Enfermedades de la piel			
Enfermedades de la tiroides			
Infecciones urinarias			
Las venas varicosas / flebitis			

Pasado histórico quirúrgica:

Fecha	Procedimiento

Historia de la enfermedad (excepto los procedimientos quirúrgicos):

Fecha	Procedimiento

Exámenes: (dar Fecha último hecho)

Prueba	Año realizada	No estoy seguro	Nunca	Resultados
PAP Frotéis				
Examen de mama				
Mamografía				
Examen Rectal				
Sigmoidoscopy				
Colesterol				
Rubéola				
Triglicéridos				
Tiroides Perfil				
Tétano(AUTOEDICIÓN)				
Densidad de Huesos				
Otro _____				

Período Menstruales: (si aplicar)

Edad que comenzó la menstruación: _____ Problemas con los pechos: _____

Fecha del último período _____ Descarga vaginal inusual: _____

Períodos: Regular: ___ Irregulares: ___ dificultad con períodos: _____

Embarazos:(si aplica)

De embarazos (Vivo o Difunto): _____ #de cesarías (si aplica): _____

De nacimientos prematuros(as): _____ # de vivos _____

De abortos espontáneos: _____ # of Abortos _____

Describir las complicaciones: _____

Sus hábitos personales: (Usted?)

	Sí	No	Por favor Explique
Hacer regularmente ejercicio (¿3 a 4 veces por semana)?			
¿Usa usted drogas ?			
¿Utiliza alcohol?			
Si toma alcohol es con frecuencia?			
¿Usted fuma?			
¿Si alguna vez, trato de dejar de fumar?			
¿Tiene usted un problema con comer ¿trastorno? Anorexia ___ Bulimia ___			
A usted sido ¿físicamente abusado(a)?			
¿Se siente seguro en su ¿hogar?			
¿Cualquier otra preocupación?			

Mi firma indica que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____

Firma paciente

Fecha _____

Rassetti Gynecology

Edwin Ramirez, M.D.
1801 Solar Drive, Suite 251, Oxnard, CA 93030
Telephone: 805-278-0190
Fax: 805-278-6291

Charges for Missed Appointments

Dear Patient,

Please be informed of our policy concerning charges for missed appointments as well as our three strikes rule. We take patient care seriously and if you are not making your appointments then we are not able to give the quality of care that is our standard at Rassetti Gynecology. If you have any questions regarding this information please feel free to contact the office manager/office administrator to have your issues addressed.

Sincerely,

Edwin Ramirez, MD

Strikes Rule

Rassetti Gynecology requires 24 hour notification of an appointment that needs to be cancelled or rescheduled. Patients will accumulate a "Strike" for every same day cancellation or no show. Each patient will be given a warning after their first strike. Each missed appointment or same day cancellation after the first strike will be charged a \$40.00 fee which will need to be paid before the patient will be seen for any subsequent appointments. If the patient accumulates 3 "strikes", it is at the doctor's discretion to terminate care of the patient. A list of local physicians will be given to the patient and once a new physician is chosen the office staff will forward any pertinent records to the doctor's office of choice.

I, _____, agree to the above terms and conditions.
(Print Name)

Patient Signature: _____ Date: _____

Formulario de Consentimiento del Paciente

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal este protegida por privacidad. La Regla de Privacidad también fue creada con el fin de proporcionar un estándar para ciertos proveedores de cuidados de salud para obtener el consentimiento de sus pacientes para el uso y divulgación de la información de salud sobre el paciente para llevar a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de salud.

Como nuestro paciente queremos que sepa que nosotros respetamos la privacidad de su información médica y hará todo lo posible para garantizar y proteger esa intimidad. Cuando sea apropiado y necesario, les ofrecemos la información mínima necesaria únicamente a los que sentimos en la necesidad de su información de salud e información sobre el tratamiento, de pago u operaciones de cuidado de la salud, a fin de proporcionar atención de salud en su mejor interés.

También queremos que sepan que nosotros apoyamos su acceso completo a su médico personal registros. Podemos tener relaciones indirectas con el tratamiento de usted (como los laboratorios que sólo interactúan con los médicos, no pacientes), y tendremos que divulgar información de salud para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de salud. Estas entidades son más a menudo que no es obligatorio obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede negarse a autorizar el uso o la divulgación de su información de salud personal, pero esto debe ser por escrito. Bajo esta ley, tenemos: el derecho a negarles a atenderlo(a) Si decide negarse a divulgar información sobre su salud (PHI). Si decide por dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro, usted puede solicitar que se niegan la totalidad o parte de su (PHI). Usted no puede revocar las medidas que ya han sido adoptadas, que se basó en este o el consentimiento firmado previamente.

Si usted tiene objeciones de esta forma. Por favor, pida hablar con un cumplimiento HIPPA Oficial.

Usted tiene el derecho de revisar nuestra política de privacidad, a solicitar restricciones y revocar consentimiento por escrito después de que ha revisado nuestra política de privacidad.

Nombre (Imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Record de Acceso de Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo deseo ser contactado(a) de la siguiente manera (**marque todo que aplique**)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Telefono de casa _____
<input type="checkbox"/> O.K. dejar mensaje con informacion detallada
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el numero de telefono solamente
<input type="checkbox"/> Telefono de Trabajo _____
<input type="checkbox"/> O.K. dejar mensaje con informacion detallada
<input type="checkbox"/> Dejar mensaje con el numero de telefono solamente | <input type="checkbox"/> Comunicacion Escrita
<input type="checkbox"/> O.K. de mandar por correo a su casa
<input type="checkbox"/> O.K. de mandar por correo a su trabajo
<input type="checkbox"/> O.K. de mandar fax al siguiente numero: _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____
_____ |
|---|---|

Firma: _____ Fecha : _____

For Office Use Only

Record of Disclosures of Protected Health Information

Date	Disclosed To	(1)	Purpose of Disclosure	By whom Disclosed	(2)	(3)

- (1) Check this box if the disclosure is authorized
- (2) Type key: T-Treatment Records; P-Payment Information; H-Healthcare Operations
- (3) Method Disclosure was made: F-Fax; P-Phone; E-E-mail; O-Other

Edwin Ramirez M.D. FACOG
Gynecology-Infertility-Minimally Invasive Surgery
1801 Solar Drive Suite 251, Oxnard, 93030 CA (office) 805 278-0190 (fax) 805 278-6291

TELEHEALTH INFORMED CONSENT

Telehealth is healthcare provided by any means other than a face-to-face visit. In telehealth services, medical and mental health information is used for diagnosis, consultation, treatment, therapy, follow-up, and education. Health information is exchanged interactively from one site to another through electronic communications. Telephone consultation, videoconferencing, transmission of still images, e-health technologies, patient portals, and remote patient monitoring are all considered telehealth services.

Patient's Initials

_____ I understand that telehealth involves the communication of my medical/mental health information in an electronic or technology-assisted format.

_____ I understand that I may opt out of the telehealth visit at any time. This will not change my ability to receive future care at this office.

_____ I understand that telehealth services can only be provided to patients, including myself, who are residing in the state of California at the time of this service.

_____ I understand that telehealth billing information is collected in the same manner as a regular office visit. My financial responsibility will be determined individually and governed by my insurance carrier(s), Medicare, or Medicaid, and it is my responsibility to check with my insurance plan to determine coverage.

_____ I understand that all electronic medical communications carry some level of risk. While the likelihood of risks associated with the use of telehealth in a secure environment is reduced, the risks are nonetheless real and important to understand. These risks include but are not limited to:

- It is easier for electronic communication to be forwarded, intercepted, or even changed without my knowledge and despite taking reasonable measures.
- Electronic systems that are accessed by employers, friends, or others are not secure and should be avoided. It is important for me to use a secure network.
- Despite reasonable efforts on the part of my healthcare provider, the transmission of medical information could be disrupted or distorted by technical failures.

_____ I agree that information exchanged during my telehealth visit will be maintained by the doctors, other healthcare providers, and healthcare facilities involved in my care.

_____ I understand that medical information, including medical records, are governed by federal and state laws that apply to telehealth. This includes my right to access my own medical records (and copies of medical records).

_____ I understand that Skype, FaceTime, or a similar service may not provide a secure HIPAA-compliant platform, but I willingly and knowingly wish to proceed.

_____ I understand that I must take reasonable steps to protect myself from unauthorized use of my electronic communications by others.

_____ The healthcare provider is not responsible for breaches of confidentiality caused by an independent third party or by me.

_____ I agree that I have verified to my healthcare provider my identity and current location in connection with the telehealth services. I acknowledge that failure to comply with these procedures may terminate the telehealth visit.

_____ I understand that I have a responsibility to verify the identity and credentials of the healthcare provider rendering my care via telehealth and to confirm that he or she is my healthcare provider.

_____ I understand that electronic communication cannot be used for emergencies or time sensitive matters.

_____ I understand and agree that a medical evaluation via telehealth may limit my healthcare provider's ability to fully diagnose a condition or disease. As the patient, I agree to accept responsibility for following my healthcare provider's recommendations—including further diagnostic testing, such as lab testing, a biopsy, or an in-office visit.

_____ I understand that electronic communication may be used to communicate highly sensitive medical information, such as treatment for or information related to HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, or addiction treatment (alcohol, drug dependence, etc.).

_____ I understand that my healthcare provider may choose to forward my information to an authorized third party. Therefore, I have informed the healthcare provider of any information I do not wish to be transmitted through electronic communications.

_____ By signing below, I understand the inherent risks of errors or deficiencies in the electronic transmission of health information and images during a telehealth visit.

_____ I understand that there is never a warranty or guarantee as to a particular result or outcome related to a condition or diagnosis when medical care is provided.

_____ To the extent permitted by law, I agree to waive and release my healthcare provider and his or her institution or practice from any claims I may have about the telehealth visit.

_____ I understand that electronic communication should never be used for emergency communications or urgent requests. Emergency communications should be made to the provider's office or to the existing emergency 911 services in my community.

I certify that I have read and understand this agreement and that all blanks were filled in prior to my signature with the opportunity to have questions answered to my satisfaction.

For electronic communication between Dr. Edwin Ramirez, MD and staff and _____,
(Patient's name)

Patient or Legal Representative Signature/Date/Time

Relationship to Patient

Print Patient or Legal Representative Name

Witness Signature/Date/Time

I certify that I have explained the nature of this agreement to the patient/patient's legal representative. I have answered all questions fully, and I believe that the patient/legal representative (circle one) fully understands what I have explained.

Healthcare Provider Signature/Date/Time

_____ copy given to patient
initial

_____ original placed in chart
initial

Optional National Emergency Crisis Language

I understand that due to the state of the current national emergency crisis, telehealth is offered by **Edwin Ramirez, MD** to appropriate patients in an effort to comply with federal and state mandates of isolation and social distancing as an effort to provide protection to everyone.

The purpose of this form is to obtain your consent for a telehealth visit with one of our healthcare providers at the office of **Rasetti Gynecology 1801 Solar Drive Suite 251, Oxnard California 93030**.

The purpose of this visit is for the care of _____ during the national emergency.
(Patient's name)