

Joseph A. Adashek, M.D., FACOG
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG
Patricia M. Pierce, M.D., FACOG
Van R. Bohman, M.D., FACOG
Joel K. Schwartz, M.D., FACOG
Alan D. Bolnick, M.D., FACOG
Quynh T. Vo, M.D., FACOG

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ULTRASONIDOS

Un ultrasonido hay sido ordenado para usted por su medico. Hay muchas razones por las cuál este examen diagnostico hay sido ordenado por ejemplo una evaluación de su bebé para ver defectos de nacimiento, medidas de crecimiento, niveles de liquido amniótico y índices de Doppler, análisis de sangre anormales, adjuntos al diagnostico con pruebas terapéuticas. La calidad de nuestros ultrasonidos son dependidos totalmente en el equipo utilizado. Su ultrasonido consiste en la posición que se encuentra su bebe en su matriz, Su peso, y Cirugías hechas anteriormente.

Exámenes hechos por ultrasonidos nunca se han visto que le haga daño a usted o a su bebe. Este examen no es una radiografía. Ultrasonidos usan sonidos acústicas.

Un ultrasonido produce una pulsación pequeña de sonido de alta frecuencia y se escucha el eco de su cuerpo. Después una computadora integra esta información para hacer una imagen que usted ve en una pantalla. Muchas cosas se pueden ver en su bebé como defectos y anomalías de crecimiento. Ultrasonidos también son usados para ver que tan cerca esta su bebé a la aguja cuando se hacen procedimientos como amniocentesis.

Si usted decide no hacer un ultrasonido es difícil o hasta imposible, de mantener el cuidado de usted y su embarazo puede haber anomalías de su sistema reproductivo que no se pueden diagnosticar o dar tratamiento. Y usted no podrá aprovecharse de muchas opciones producidas a usted por la ley. El nacimiento de su bebé se puede poner en peligro no haber tenido un especialista apropiado presente durante su embarazo y el tiempo de nacimiento o cuando su bebé lo necesite. Sin un ultrasonido, las medidas terapéuticas no serian posible y hasta le puede dar lugar a un bebé dañado o aún la perdida de la vida de su bebé.

El cuidado y la preocupación se le darán a usted y a su bebé. Incluso un ultrasonido no es ciencia perfecta, y habrá cosas que no se podrán identificar o considerar dependiendo de la edad del bebé, de su composición de su cuerpo, y la posición de su bebé dentro de su matriz. Pero si existen algunas anomalías que no se ven en ultrasonidos.

Entiendo que un ultrasonido no podrá identificar todas las cosas en mi o en mi bebe, sino que pueda ser una herramienta muy provechosa para ayudar a manejar mi embarazo y planear el nacimiento de mi bebe.

He leído este consentimiento, eh entendido completamente la información, he tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción.

_____ **Si deseo** un ultrasonido

_____ **No deseo** un ultrasonido



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG
Patricia M. Pierce, M.D., FACOG
Van R. Bohman, M.D., FACOG
Joel K. Schwartz, M.D., FACOG
Alan D. Bolnick, M.D., FACOG
Quynh T. Vo, M.D., FACOG

EL CONSENTIMIENTO PARA OBTENER, CONSERVAR O DEMONSTRAR INFORMACION GENETICA

En este documento, "información genética" significa cualquier información que es obtenida de una prueba genética.

I. Entiendo que ningún asegurador ni la corporación que proporciona seguro de salud, el portador que sirve a empleadores pequeños a empleador o la organización de la conservación de la salud puede:

- (a) Requierame o cualquier miembro de mi familia a tomar una prueba genética;
- (b) Requierame a demostrar si yo o cualquier miembro de mi familia hemos tomado una prueba genética;
- (c) Solicite mi información genética o la información genética de cualquier miembro de mi familia;
- (d) A determinar los cobros de servicios cubiertos o de cualquier otro aspecto de beneficios para asistencia médica para mí o para mi familia, serán basados en si yo o cualquier otro miembro de mi familia hemos tomado una prueba genética o la información genética de cualquier miembro de mi familia.

2. Entiendo también que:

- (a) Tengo la autorización para recibir los resultados escritos de de mis pruebas genéticas. La persona que ordeno las pruebas recibirá primero los resultados y después serán disponible para mi. Los resultados escritos deben indicar que sin excepción de otro modo proporcionado en el capítulo 629 de NRS, mi información genética no puede ser obtenida, puede ser conservada o puede ser demostrada sin informarme o obtener primero mi consentimiento.
- (b) Es ilegal para una persona o para otra persona usar mi entidad para obtener información genética sin informarme o obtener primero mi consentimiento. A menos que la información sea obtenida;
 - (i) Por el estado federal, el condado o la agencia de la ley de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo;
 - (ii) Para determinar el linaje o la identidad de una persona en ciertas circunstancias;
 - (iii) Para determinar la paternidad de una persona en ciertas circunstancias;
 - (iv) Para el uso en un estudio donde las identidades de las personas para quien la información genética es obtenida no son demostradas a la persona que realiza el estudio;
 - (v) Para determinar la presencia de ciertos desórdenes transmisibles en un bebe en ciertas circunstancias;
 - (vi) Según una orden de un tribunal o de un juez.
- (c) Es ilegal para una persona recibir información genética que me identifica, sin informarme o obtener primero mi consentimiento. A menos que la retención de la información genética sea:
 - (i) Necesario para realizar una investigación criminal con respecto a la muerte de una persona, criminal o un procedimiento de un juvenil;
 - (ii) Autorizado por una orden tribunal o de un juez;
 - (iii) Necesario para ciertos centros medicos que mantenga mi expediente medica.
- (d) Si yo autorizo a una persona para que mantenga mi información genética, pude solicitar que la persona destruye la información genética. Tal persona destruirá la información que el mantenimiento de la información sea:
 - (i) Necesario para realizar una investigación criminal, con respecto a la muerte de una persona, criminal o un procedimiento de un juvenil;
 - (ii) Autorizado por una orden de un tribunal o de un juez;
 - (iii) Necesario para ciertos centros médicos que mantenga mi expediente médica;
 - (iv) Autorizado o requerido por la ley.



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG
Patricia M. Pierce, M.D., FACOG
Van R. Bohman, M.D., FACOG
Joel K. Schwartz, M.D., FACOG
Alan D. Bolnick, M.D., FACOG
Quynh T. Vo, M.D., FACOG

EL CONSENTIMIENTO PARA OBTENER, CONSERVAR O DEMONSTAR INFORMACION GENETICA

(continued)

- (e) Excepto de otro manera proporcionado por la ley federal, una persona que obtiene mi información genética para el uso de destruirá la información sobre el final del estudio o si me retiro del estudio, depende cual ocurra primero, A menos que autorice a la persona que realiza el estudio que mantenga mi información genética después que el estudio finalice o sobre mi retiro de el estudio.
- (f) Es ilegal para una persona que revele mi identidad si fui un sujeto de una prueba genética o demostrar a otra persona información genética que permita a la otra persona identificarme sin informarme o obtener primero mi consentimiento. A menos que la información sea:
- (i) Necesario para realizar una investigación criminal con respecto a la muerte de una persona, criminal o un procedimiento de juvenil;
 - (ii) Para determinar el linaje o la identidad de unas personas en ciertas circunstancias;
 - (iii) Para determinar la paternidad de una persona en ciertas circunstancias;
 - (iv) Según una orden tribunal o de un juez;
 - (v) Por un médico después de que yo eh fallecido y mi información genética participará en el diagnóstico médico de personas relacionados a mí por sangre;
 - (vi) A el estado federal, el condado o la agencia de la ley de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo;
 - (vii) Para determinar la presencia de ciertos desórdenes transmisibles en un bebe en ciertas circunstancias;
 - (viii) Por una agencia de la justicia criminal en ciertas circunstancias.

POR FAVOR TERMINE LA INFORMACION SIGUIENTE:

Yo, _____ permito y doy mi consentimiento a Desert Perinatal
(el nombre paciente, por favor impresión)

Associates a demostrar mi información genética, resultados del laboratorio, y resultado de diagnósticos a lo(s) Siguiente:

El Médico que se refiere _____

Esposo/Pareja _____

Otra Persona _____

Doy el permiso a dejar los Resultados Normales en mi buzón de voz/contestador/correo electrónico. Si No

Si el paciente no puede firmar, por favor explique la razón aquí: _____

Firma de paciente o Representante Legal

Fecha

Joseph A. Adashek, M.D., FACOG
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG
Patricia M. Pierce, M.D., FACOG
Van R. Bohman, M.D., FACOG
Joel K. Schwartz, M.D., FACOG
Alan D. Bolnick, M.D., FACOG
Quynh T. Vo, M.D., FACOG

RECONOCIMIENTO FINANCIERO DE RESPONSABILIDAD

Gracias por escogernos para su medico de asistencia de salud. El siguiente es nuestra política financiera. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación acerca de nuestras políticas de pago, por favor no dude en preguntar nuestro gerente de factura.

Todos los deductibles, co-pagos y cargos aplicables son debidos en el tiempo de servicio. Sin NINGUNA EXCEPCION. Todos los honorarios de cirugías deben ser pagados en completo antes de la fecha de su cirugía sin NINGUNA EXCEPCION. Aceptamos cash, cheque, y para su conveniencia mastercard, visa, Discover, American Express. Si **Desert Perinatal Associates** esta contratado con su compañía de aseguransa nosotros someteremos su reclamo (s) a su compañía de seguros. Si sus beneficios o compañía cambian es su responsabilidad de notificar a nuestra oficina inmediatamente.

Usted debe de entender lo siguiente:

1. su póliza de seguros es un contrato entre usted, la compañía en cuál trabaja y su aseguransa. Nosotros no somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad, aun si su compañía de seguros no paga. No todos los servicios son cubridos en sus beneficios o en todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente escoge ciertos servicios, que ellos no cubrirán. Los honorarios para estos servicios, junto con sus deductibles y co-pagos, son debidos en el tiempo del tratamiento. Usted es responsable de esa cantidad.
3. Usted es responsable de saber sus beneficios de seguro. ¿Como si su seguro requiere una referencia de su medico?. ¿Toman parte en su plan nuestro medico? ¿Que locales toman parte en su plan? Si le podemos asistir por favor pregunte.
4. Si la compañía de seguros no paga todos los cargos dentro de 30 días, nosotros le preguntaremos Que usted se ponga en contacto con el portado de su seguro. Si a los 45 días su aseguransa no a pagado nosotros le requerimos que usted page el balance con cash, cheque, o con tarjeta de crédito.
5. El regreso de un cheque sin fondos será transferido automáticamente a una agencia de colecciones usted es responsable de todos honorarios relacionados con su cheque sin fondos, reservamos el derecho de no aceptar pagos hechos por cheque.
6. balances atrasados más de 60 días será la responsabilidad del paciente y se le agregará cargos de 2% de interés por cada mes, Aun que haga hechos arreglos de pago.
7. Usted será responsable de los honrarais de colección de los gastos judiciales, y costos del tribunal.

Nosotros entendemos que pueda tener problemas financieros temporarios y puedan afectar sus pagos de su cuenta. Nosotros le pedimos que se comunique con nuestra oficina por si tiene problemas para que nosotros le puédanos ayudar en la administración de su cuenta.

Firma de paciente _____

Fecha _____

Imprima su nombre _____