



virginia physicians
FOR WOMEN

Información del Paciente

Nombre _____ Nombre preferido _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
 Razón por su visita: Anual Pacientes de OB Problema Ginecólogo: _____
 Doctor Primario: _____

HISTORIA GYNECOLOGICA

Primer día de su última regla _____
 Edad cuando tuvo su primera regla _____
 Ha tenido: una histerectomía Menopausia
 Si la respuesta es sí: Edad de su Menopausia _____ Año de Histerectomía _____
 Con que frecuencia tiene su regla? Cada _____ días/meses N/A
 Cuánto dura su regla? _____ N/A
 El fluido es fuerte, mediano o suave? _____ N/A
 Utiliza tampones o toallas? _____ N/A
 Que frecuente tiene que cambiar su tampones o toallas? Cada _____ minutos/horas N/A
 Experimenta dolores menstruales que son suaves/moderados/ severos Si/ No ?
 _____ N/A
 Realiza auto exámenes del seno? Si/ No Si, con qué frecuencia? _____
 Último examen anual _____ Último Papanicolaou _____ Último examen del virus del papiloma humano _____

¿Tiene actualmente alguna de las siguientes?

Reglas irregulares	Si / No	Dolor durante las relaciones sexuales	Si / No
Reglas abundantes	Si / No	Disminución de la libido	Si / No
Sangrando entre reglas	Si / No	Tumor mamario	Si / No
Dolor pélvico o abdominal	Si / No	Hinchazón de los senos	Si / No
Flujo vaginal anormal	Si / No	Dolor de los senos	Si / No
Problemas sexuales	Si / No	Secreción del pezón	Si / No
Dolor del abdomen	Si / No		

Es sexualmente activa?	Si / No
Utilizas un método para la prevención del embarazo?	Si / No Método anticonceptivo utilizado? (píldoras, condones, etc.)
Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal?	Si / No En caso afirmativo, qué tipo de tratamiento se realizó? (Colpo, Cryo, Leep, Conization)
Alguna vez ha tenido una prueba de VPH?	Si / No Fecha y resultado:
Alguna vez ha tenido una STD?	Si / No Si es así, que?
Ha tenido alguna vez una mamografía?	Si / No Fecha de la última mamografía:
Ha tenido alguna vez una mamografía anormal?	Si / No

Alguna vez ha tenido una biopsia de mama?	Si / No	Resultados
Has recibido la vacuna contra el VPH?	Si / No	Gardasil or Cervarix? (circule una) Los 3 Dosis? Si/ No
Ha tenido alguna vez una colonoscopia?	Si / No	Fecha de la última colonoscopia:
Ha tenido alguna prueba de densidad ósea?	Si / No	Fecha de la última densidad ósea:

HISTORIA OBSTÉTRICA

Cuántas veces ha estado embarazada? _____ Gemelos o múltiples? _____
 Cuántas veces ha dado a luz? _____ Cuántos abortos/ectópico? _____
 Cuántos hijos vivos tienes? _____ Cuantas terminaciones/ abortos _____

Por favor proporcione detalles acerca de sus embarazos anteriores:

Fecha de parto	Cuántas semanas duro su embarazo?	Cuanto duro su parto?	El peso del bebe	Hombre / Mujer	Vaginal o C-seria? Vacuum or forceps?	Epidural o ninguna? Tipo de Anestesia?	Complicación de embarazo o parto?	Ubicación

HISTORIAL MEDICO

A tenido algún enfermedad recientemente? Si/ NO Si, por favor enliste _____

Tiene problemas medicale como diabetes, alto presión de sangre, enfermedades de corazón, tiroides, cáncer? Si/ No Si, por favor enliste. _____

Toma algún medicamento o medicines sin recetas (incluyendo vitaminas)? En caso que si, por favor enliste _____

Es alérgica a alguna medicina o látex? Si / No En caso que si, por favor enliste las medicinas o reacción _____

Ha tenido cirugía? Si / No Si la respuesta es sí, por favor enliste su cirugía fecha y tipo _____

Ha tenido otras hospitalizaciones? Si/ No En caso que si, por favor enliste fecha y tipo de procesamiento _____

HISTORIA FAMILIAR

Madre viva y con buena salud _____ Padre vivo y con buena salud _____

Tiene hermanos _____ hermanas _____

Tienes antecedentes familiares de cualquiera de las siguientes? Por favor enliste sus familiares afectados:

Diabetes	Si/ No	Cáncer de seno	Si/ No
Presión alta	Si/ No	Cáncer de colon	Si/ No
Colesterol Alto	Si/ No	Cáncer de los ovarios	Si/ No
Enfermedad de corazón	Si/ No	Endometrial (uterino) cáncer	Si/ No
Enfermedad de la tiroidea	Si/ No	Otro tipo de cáncer	Si/ No

Cualquier otro problema médico en la familia? Por favor enliste _____

HISTORIA SOCIAL

Estatus Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Orientación Sexual: Heterosexual Gay/Lesbiana Bisexual Nombre de su esposo/a /Pareja/Significante _____

Educación _____ Esta empleado? Si/ No Ocupación: _____

Tiene alguna dieta? Si/ No Hace ejercicios? Si/ No La cantidad de cafeína: _____

Historia de abuso física/mental/sexual	Si/ No	
Alguna vez ha fumado?	Si/ No	
Fuma ahora?	Si/ No	Si, que frecuente/cuánto?
Toma alcohol?	Si/ No	Si, cuánto?
Consume drogas ilegales?	Si/ No	Si, qué tipo y cuánto?

Revisión de Síntomas

Regularmente experimenta alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Malestar | <input type="checkbox"/> Sangre en el heces | <input type="checkbox"/> Sangre en el orín |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/ Escalofríos | <input type="checkbox"/> Cambio en la | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos | apariciencia del | <input type="checkbox"/> Frecuencia/ |
| <input type="checkbox"/> Cambios de vista | heces | urgencia con orinar |

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de orine | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Subir o bajar de peso inesperadamente |
| <input type="checkbox"/> Dolor durante coito | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Sangrar o moretones fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Syncope | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Nódulos linfáticos engranados |
| <input type="checkbox"/> Falta de aliento al hacer ejercicios | <input type="checkbox"/> Lesiones nuevas en la piel/ erupción/ sarpullido | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Latidos de corazón fuerte | <input type="checkbox"/> Sofocos / Calores | <input type="checkbox"/> Vértigo y mareos |
| <input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas con la Tiroidea | <input type="checkbox"/> Alucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Toz | <input type="checkbox"/> Dificulta respirando | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Eliminación incompleto después de orinar | <input type="checkbox"/> Silbido al respirar | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales (piedras en los riñones) | <input type="checkbox"/> Diarrea / estreñimiento | <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidio o homicida |
| <input type="checkbox"/> Debilidad en los músculos | <input type="checkbox"/> Pérdida de material fecal | |
| | <input type="checkbox"/> Nausea o vomito | |
| | <input type="checkbox"/> Dolor de estomago | |

Por favor describa los síntomas marcados arriba:

Historia Genético

Usted o el padre biológico de su bebé tiene alguno de los siguientes?

Fibrosis Quística	Si / No	Células Falciformes	
Distrofia Muscular	Si / No	Defectos del Tubo Neural/	Si / No
Anormalidades Cromosómicas	Sí / No	Espina Bífida	
Defectos Congénitos del Corazón	Si / No	Cromosoma Frágil x	Si / No
Enfermedad de Huntington	Sí / No	Síndrome de Down	Si / No
Talasemia	Si / No	Retraso Mental	Si / No
Herencia Judía	Si / No		
Hemofilia	Si / No		
Enfermedad o Rasgo de	Si / No		

Por Favor describa si la respuesta fue si en alguna de las preguntas arriba:

Algún otro historial familiar de bebés que nacieron con anomalías:

Algún historial étnico de los siguientes?

Judío / Canadiense Francés / Criollo / Cajón / Asiático / Mediterráneo

Historial de Infecciones

Usted o su pareja han tenido alguno de los siguientes:

Varicela	Si / No
Sífilis	Si / No
Fiebre Reumática	Si / No
Herpes Genital	Si / No
VIH/ SIDA	Si / No
Infección Reciente de Gonorrea o Clamidia	Si / No
Tuberculosis o Examen De De Piel Positivo	Si / No
Expuesto / o Infección de Hepatit	Si / No

****For Office use only****

Patient Account Number



virginia physicians
FOR WOMEN

Formulario De Reconocimiento Por Escrito

Nuestro Formulario De Prácticas Privada provee información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica. Como dicho en nuestro Formulario, los términos de nuestro Formulario pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Formulario, usted puede recibir una copia nueva.

Yo, _____ (favor de escribir nombre) he recibido de parte de Virginia Physicians for Women una copia del Formulario De Información Privada.

He tenido la oportunidad de leer el Formulario De Información Privada.

Entiendo que puedo hacerle preguntas a Virginia Physicians for Women si no entiendo alguna información contenida en el Formulario De Información Privada.

Firma Del Paciente

Representante Autorizado del Paciente

Relación al Paciente

Fecha de Hoy

**Virginia Physicians for Women
Notificación de Prácticas Privadas**

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser usada y dada a conocer y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor léalo cuidadosamente.

**Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación por favor contacte el oficial de privacidad.
804-897-2100**

Fecha Efectiva: 14 de Abril, 2003 Revisado: 7/1/13

Estamos comprometidos en proteger la privacidad de su Información Médica Personal (IMP).

Esta Notificación de Prácticas Privadas describe como nuestra oficina puede usar dentro de nuestra práctica o red y revelar (compartir afuera de nuestra práctica y red) su Información Médica Personal (IMP) para rendir tratamiento, pagos u operaciones médicas. Podemos también usar su información para otros propósitos que son permitidos o requeridos por ley. Esta Notificación también describe sus derechos para acceder y controlar su IMP.

La ley nos requiere mantener la privacidad de su IMP. Seguiremos los términos en esta Notificación. Podemos cambiar nuestra Notificación en cualquier momento. Cualquier cambio hecho será aplicado a toda la Información Médica Personal. Al usted pedirlo, le proveeremos la Notificación revisada de una de las siguientes maneras:

- Notificación en nuestra oficina
- Si lo pide, hacer copia de la Notificación disponible en nuestra oficina o mandarle por correo
- Poner la versión revisada de nuestra Notificación en nuestra página web: VPFW.COM

Usos y Revelación de Información Médica Personal

Podemos usar o revelar su IMP para su tratamiento médico.

Su IMP puede ser usada o revelada por su doctor/a, nuestro personal de oficina y otros afuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento para el propósito de proporcionarle servicios médicos.

Ejemplo: Su IMP puede ser proveído a su un doctor a cuál ha sido referido para evaluación para asegurar que el doctor tenga toda la información necesaria para poder diagnosticarla y tratarla. También envases podemos compartir su IMP con otros doctores o proveedores de salud médica (como especialistas o laboratorios) quien, con la orden de su doctor, se involucra en su cuidado al proporcionarle asistencia a su doctor, con su diagnóstico y tratamiento. También podemos compartir su IMP con otro personal fuera de nuestra práctica que puede proveer cuidado médico así como las compañías de cuidado en casa.

Podemos usar y revelar su IMP para obtener pago por nuestros servicios. Podemos compartir su IMP con otros para cobrar o coleccionar pago por sus servicios. Puede haber servicios por cual compartiremos información con su plan médico para determinar si los servicios serán cubiertos.

IMP puede ser compartido con los siguientes:

- Empresas de facturación
- Compañía de Seguros, Planes Médicos
- Agencias de Gobierno para asistir con calificación de beneficios
- Agencias de Colecciones

EJEMPLO: Usted fue vista en nuestra oficina. Tendremos que darle una lista de los servicios que ofrecemos como Rayos-X a su compañía de seguro para que podamos recibir pago. A Veces contactaremos a su plan médico para recibir aprobación ANTES de proceder con ciertos servicios para asegurarnos que serán cubiertos. Eso requiere compartir su IMP.

Podemos usar y revelar, cómo sea necesario, su IMP para asistir las actividades de negocio de nuestra práctica, cual son llamadas las operaciones de cuidado médico.

EJEMPLOS:

- Entrenar estudiantes, otros proveedores de cuidado médico, o personal auxiliar como el personal de cobros para ayudarles a aprender o mejorar sus habilidades.
- El proceso de mejoramiento de calidad cual observa la entrega del cuidado médico y mejoramientos en procesos que le proveerá un cuidado más seguro y efectivo.
- Uso de información para asistir en resolver problemas y reclamos dentro de nuestra práctica

Podemos usar y revelar su IMP en otras situaciones sin su permiso:

- Si requerido por ley: El uso y revelación será hecho en conformidad con la ley y será limitada a los requerimientos relevantes de la ley. Por ejemplo, se nos puede requerir reportar sospechas de abuso de sustancias (drogas) y negligencias.
- Actividades de Salud Pública: La revelación será hecha para el propósito de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, y solamente a las autoridades de salud pública que son permitidas por la ley de colectar y recibir información.
- Agencias de Supervisión de Salud: Podemos revelar información de salud que es protegida a las agencias de supervisión de salud que es permitida por ley, así como auditorías, investigaciones, e inspecciones. Agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias de gobierno que supervisan el sistema de cuidado médico, programas de beneficios médicos, otros programas regulatorios del gobierno y leyes civiles.
- Procedimientos Legales: Para asistir en cualquier proceso legal o en respuesta a cualquier orden de corte, en ciertas condiciones en respuesta a una citación u otros procesos legales.
- Policías u Otros Propósitos Para El Cumplimiento De La Ley: La revelación de IMP cumplir todo los requisitos legales.
- Forenses, Funerarias: Podemos revelar su información de salud que es protegida a los forenses o examinador médico para propósitos de identificación, determinación de causas de muerte o para que los forenses o examinador médico conduzca otras tareas autorizadas por la ley.
- Estudio Médico: Podemos revelar su información de salud que es protegida a investigadores cuando su estudio ha sido aprobado por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica protegida.
- Propósitos Especiales del Gobierno: Información puede ser compartida para los propósitos de seguridad nacional, o si usted es miembro del ejército, a la militar bajo circunstancias limitadas.
- Institutos correccionales: Información puede ser compartida cuando es necesaria para su salud o la salud y seguridad de otros si usted es un preso o está bajo la custodia de la ley.
- Compensación de Trabajadores: Su información de salud protegida puede ser revelada por nosotros, como autorizados, para cumplir con las leyes de Compensación de Trabajadores y otros programas similares establecidos legalmente.

Otros usos y revelaciones de su información de salud.

Asociados de Negocios: Algunos servicios son proporcionados a través del uso entidades contratadas llamadas "asociados de negocio". Siempre revelaremos solamente lo más mínimo necesario de su IMP para que los asociados de negocio puedan realizar los servicios identificados.

Intercambio de Información de Salud: Podemos hacer disponible su información médica electrónicamente a otros proveedores fuera de nuestra facilidad que están involucrados en su cuidado.

Tratamientos Alternativos: Podemos proporcionarle notificación de opciones de tratamiento u otros servicios médicos relevantes que pueden mejorar su salud en general.

Recordatorios de Citas: Podemos contactarte para recordarle de citas venideras o tratamientos.

Podemos usar y revelar su IMP en las siguientes situaciones AL MENOS que usted se oponga.

- Podemos compartir su información con amigos y miembros de familia, u otras personas identificadas directamente por usted al nivel que sean involucrados en su cuidado o pago de servicios. Si no está presente o incapaz de aceptar/ oponerse, el proveedor de salud, usando su juicio profesional, determinará si está en su mejor interés que compartamos la información. Por ejemplo, podemos discutir instrucciones después de un procedimiento con la persona que manejo y la trajo a la oficina al menos que usted no diga específicamente que no compartamos la información.
- Podemos usar y revelar información de salud protegida para notificar o asistir en notificar un miembro de familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su cuidado, ubicación, condición general o muerte.
- Podemos usar y revelar su información de salud protegida a una entidad pública o privada autorizada para asistir con los esfuerzos de desastre.

Los siguientes usos y divulgaciones de su IMP requieren su autorización por escrito.

- Comercialización

Divulgaciones para cualquier propósito que requiere la venta de su información. Todo otro uso y divulgación no registrada en esta notificación va a requerir una autorización por escrito de su parte o de su representante personal.

Autorización por escrito simplemente explica cómo quiere que su información sea usada y revelada. Su autorización por escrito puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Al Menos al extendido que su doctor o esta oficina hayan usado o revelado información basada en las indicaciones proporcionadas en la autorización, ningún otro uso o revelación ocurre.

Sus Derechos de Privacidad

Usted tiene ciertos derechos relacionados a su información de salud protegida. Todas las peticiones de ejercitar sus derechos deben ser por escrito. Usted puede hacer esto al proporcionarnos una petición escrita por correo postal, por fax o medios electrónicos (info@vpfw.com).

****For Office use only****

Patient Account Number



virginia physicians
FOR WOMEN

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PBM DE RECETAS ELECTRÓNICAS

ePrescribing se define como la capacidad del médico para enviar electrónicamente una receta directamente a una farmacia. Los beneficios de los datos se mantienen para las compañías de seguros de salud por organizaciones conocidas como los administradores de beneficios de farmacia (PBM). PBM son administradores de terceros de los programas de medicamentos recetados cuyas principales responsabilidades son procesar y pagar los reclamos de medicamentos recetados.

Al firmar este formulario de consentimiento usted está aceptando que VPFW médicos para las mujeres pueda solicitar y usar su historial de medicamentos recetados por otros proveedores de atención médica y de terceros administradores de beneficios de farmacia para tratamientos.

Nombre del Paciente (Imprimido)

_____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Relación (si no es el paciente) _____

Firma del Paciente(o representativo):

_____ Fecha ____ / ____ / ____

****For Office use only****
Patient Account Number



virginia physicians
FOR WOMEN

Revelación a Familiares y Amistades

Se me ha explicado que la información sobre mi salud puede ser compartida con mi familia y amigos, o según sea necesario para el pago de servicios médicos. Entiendo que VPFW compartirá solamente la información que tiene que ver con mi tratamiento actual. Estoy de acuerdo en que VPFW puede divulgar información de salud a las personas que se enumeran abajo.

Nombre del Paciente: _____

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre (primer, medio, apellido)
mi historial medica :

Relación

Esta persona tiene acceso a

paciente

Teléfono En persona con el

paciente

Teléfono En persona con el

paciente

Teléfono En persona con el

****Recordatorio** Es su responsabilidad de mantener la información corriente.**

Virginia State law allows parental access to a minor's health records.

Política financiera

Gracias por elegir a Virginia Physicians for Women, LTD (VPFW) como su proveedor médico de confianza. Por favor entienda que el pago de los servicios no cubiertos es debido en el momento del servicio. La Oficina de Negocios estará encantada de contestar cualquier pregunta relacionada con esta política financiera al (804) 897-2100 opción 6.

Seguro: Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita a la oficina. Como cortesía para usted, presentaremos reclamos asociados con los planes de seguro participantes. Usted recibirá facturas separadas de todos los proveedores de servicios externos, incluyendo laboratorio, rayos X, patología, anestesia y el hospital. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, coaseguro y / o servicios no cubiertos asociados con su plan de seguro específico. Pacientes con Medicaid Plan First, tienen beneficios limitados y se requerirá que hagan un depósito de \$ 160 antes de que los servicios sean prestados. Usted recibirá una declaración de nuestra oficina indicando lo que su seguro ha cubierto y el saldo restante de la cuenta del paciente. Todos los saldos se pagan al recibo. **Usted es responsable de informar a VPFW de los cambios en la cobertura de seguro dentro de 30 días a partir de la fecha del servicio, o usted puede ser responsable de los cargos incurridos debido al retraso en la presentación oportuna de sus reclamaciones.**

Pago en el momento de los servicios: Se le pedirá que pague el costo estimado de los servicios (incluyendo copagos, procedimientos adicionales y ultrasonidos) al momento del servicio. Los arreglos financieros deben hacerse antes de los servicios si usted no puede pagar el saldo en su totalidad. Se espera que los pacientes que paguen por sí mismos paguen su saldo en su totalidad en el momento del servicio. Si los pagos del seguro y el monto de su pago exceden el monto adeudado por servicios, la diferencia será devuelta a usted.

Planes de Pago Individualizados: Los pacientes quirúrgicos y prenatales deberán hacer arreglos de pago separados basados en nuestras políticas OB y quirúrgicas antes de que los servicios sean prestados. Si usted es un paciente quirúrgico u OB, VPFW verificará la cobertura del seguro y preparará los costos estimados de los servicios como una cortesía para usted.

Citas canceladas: Si no puede mantener su cita programada, comuníquese con nuestra oficina por lo menos 24 horas antes de su cita para reprogramar. Si no se comunica con nuestra oficina antes de faltar a una cita programada, se le considerará un paciente "no presentado" y se le agregará un cargo de \$ 25 a su cuenta. Nuevas citas no se pueden programar hasta que se pague este cargo en su totalidad.

Referencias: Su compañía de seguros participante puede requerir que usted obtenga una referencia de su Médico Primario antes de recibir servicios. Por favor traiga esa referencia a su cita programada. Cualquier servicio recibido sin una remisión será responsabilidad del paciente.

Tarjeta rechazada o pagos devueltos: Se aplicará un cargo de \$ 40 a su cuenta por cualquier cheque rechazado por el banco por cualquier motivo. **Si se establece un plan de pago de tarjeta de crédito pre ajustado y se declina un pago, es posible que se le cobre \$ 25 por transacción rechazada.** Asegúrese de que hay fondos suficientes en la tarjeta de crédito almacenada para cubrir estos pagos antes de establecer los arreglos de pago y comuníquese con nuestra oficina inmediatamente con cualquier cambio relacionado con su tarjeta almacenada. Su institución financiera puede cobrar cargos adicionales.

Responsabilidad Financiera del Paciente Reconocimiento

Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por Virginia Physicians for Women, LTD (VPFW). Entiendo que soy responsable de cualquier parte de los cargos, incluidos los copagos, los deducibles y los montos de coaseguro. Entiendo que se espera el pago de copagos, deducibles, montos de coaseguro y servicios no cubiertos al momento del servicio, así como cualquier saldo anterior que deba pagar. Si esta cuenta llega a ser delincente, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos de cobro y de la corte, incluidos los honorarios de abogados que son el 31% del saldo total adeudado. Todos los montos vencidos pueden devengar intereses a la tasa del 1,5% al mes, 18% anual si el saldo no se paga dentro de los 60 días. **Entiendo el acuerdo financiero anterior y mis responsabilidades como paciente. Si mi compañía de seguros no cubre los cargos asociados a mis servicios en VPFW, soy consciente de que cualquier cargo no cubierto será mi responsabilidad.**

Nombre del paciente (Impresión)

Fecha

Firma del Paciente o Parte Responsable

****For Office use only****

Patient Account Number



virginia physicians
FOR WOMEN

FORMA DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

TIPO DE VISITA: ___ GINECOLOGO ___ OBSTETRICO

EN DONDE ESCUCHÓ SOBRE NUESTRA OFICINA? POR FAVOR ESCOJA TODOS LOS QUE APLIQUEN.

- ___ Llamará al número equivocado
- ___ Correo Directo (tarjeta postal)
- ___ Manejando/ paso enfrente de nuestra oficina
- ___ Cuarto de Emergencia en un Hospital
- ___ Facebook
- ___ Familia/ Amigos/ Compañero de trabajo
- (Nombre): _____
- ___ Feria de Salud
- ___ Evento de Goochland Chamber
- ___ Seminario en casa
- ___ Patient First
- ___ Libro de Teléfonos/ Pagina samarillas
- ___ Referencia por un Doctor
- (Nombre): _____

Internet (que página):

- Completelykids.com
- Google
- iHeartRadio
- KnowDifferent
- Macaronikids.com
- RichmondMommies.com
- VPFW.com
- Otro: _____
- _____

Revista/ Publicaciones (cual)

- ___ Boomer
- ___ Chesterfield Living
- ___ Chesterfield Observer
- ___ Colonial Voice/ Progress Index
- ___ Ft. Lee Traveller/ Military Newspaper
- ___ Goochland Gazette
- ___ Hopewell News
- ___ News Patriot
- ___ Our Health
- ___ Richmond Magazine
- ___ West End's Best

Guía De Colegio (Cual)

- ___ Richard Bland
- ___ VCU
- ___ VSU Pulse

Radio (que estación)

- ___ Lite 98
- ___ K95
- ___ Q94
- ___ WTOX ACTIVA
- ___ WVNZ MAXIMA

Televisión (que canal)

- ___ Canal 6 WTVR (Dr. Oz/ Ellen)
- ___ Canal 8 WRIC
- Otro (por favor de listar): _____
- _____
- _____