

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

PATIENT INFORMATION

Today's Date: _____

Información Del Paciente

Fecha

Name: (Last, First): _____
Nombre

Date of Birth: ____/____/____ Age: ____ Social Security #: ____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento Edad Seguro Social

Address: _____ Apt#: _____
Dirección

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad Estado Código Postal

Home Phone#: _____ Cell Phone#: _____
Teléfono de casa Teléfono de celular

Email Address: _____
Correo Electrónico

Employer: _____ Occupation: _____
Empleador Trabajo

Work Phone#: _____
Teléfono de trabajo

Marital Status (Circle one): Single Married Divorced Separated Widowed
Estado Civil Soltera Casada Divorciada Separada Viuda

Race: White Asian Pacific Islander Black or African American

Native American Indian Other: _____

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Specify: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

En Caso de Emergencia Notifique

Emergency Contact: _____
Contacto de Emergencia

Phone: _____ Relationship: _____
Teléfono Relación

Nearest Friend or Relative Not living with you: _____
La Persona o Amistad que no Vive con Usted

Phone: _____ Relationship: _____
Teléfono Relación

Firma: _____

Fecha: _____

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

INSURANCE INFORMATION

Información de Seguranza

Primary Insurance: _____ Policy#: _____
Seguro Primario *Number de Póliza*

Claims Address: _____ City: _____
Dirección de Reclamar *Cuidad*

State: _____ Zip Code: _____ Phone#: _____
Estado *Código Postal* *Teléfono*

Policy Holder: _____ Insured D.O.B. ____/____/____
Tenedor de una Póliza *Fecha de Nacimiento*

Relationship to Patient: _____ Social Security of Insured: _____
Relación *Seguro Social del Asegurado*

Employer: _____ Occupation: _____
Empleador *Trabajo*

SOCIAL MEDIA

Leave your information or give us a follow for Updates, Deals, Education, and More!



Facebook: Woman to Woman Gynecology

Facebook: _____



Instagram: @WomantoWomanGynecology

Instagram: @ _____



Twitter: @WGynecology

Twitter: @ _____

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ultimo periodo menstrual: _____ ¿Fue normal? Si No Si No, por favor describa: _____

¿Es usted menopáusica o post menopáusica? Si No No tiene más periodos debido a: _____

¿Porque está aquí el día de hoy?

- Visita anual SIN problemas.
- ¿Está teniendo algún problema que desea consultar con el médico? _____

Está experimentando **actualmente** cualquiera de los siguientes? (circule los que aplican por favor):

Neurológicos: mareos, entumecimiento en brazos o piernas, dificultad para caminar, otros: _____

Ojos: visión doble, manchas ante los ojos, cambios en la visión, otros: _____

ENT/Boca: Dolores de oído, zumbido en los oídos, problemas de seno, dolor de garganta, llagas en la boca, otros: _____

Cardiovascular: hinchazón de las piernas, dolor de pecho, coágulos de sangre en las piernas o los pulmones, otros: _____

Respiratorio: escupiendo sangre, dificultad para respirar, tosiendo, otros: _____

Gastrointestinal: diarrea, estreñimiento, nauseas o vómitos, movimiento intestinal, sangre en las heces, heces negras, incontinencia
De heces otros: _____

Genitourinarias: Sangre en la orina, dolor cuando orina, Dolores cuando tiene relaciones sexuales: _____

Musculo esqueléticos: Dolor muscular, dolor articular, debilidad muscular, debilidad articular, otros: _____

Constitucional: Pérdida de peso, aumento de peso, fatiga, fiebre, cambios en el apetito, dificultad para dormir: _____

Endocrino: Sofocos, sed anormal, otro: _____

Hematológico/ Linfático: Agrandamiento de los ganglios linfáticos, sangrado continuo, moretes fácilmente, otros: _____

Psiquiátrico: Pensamientos de suicidio, llanto frecuente, depresión, ansiedad: _____

Información sobre Medicamentos:

Por favor escriba la FARMACIA que desea que usemos en caso que le demos una prescripción Nombre, calles o numero de teléfono.

Tiene alguna **alergia** a medicamentos, látex o iodine? En caso de que si, indíquelos y sus reacciones:

Escriba los **medicamentos** (recetados y de venta libre) vitaminas o suplementos que esté tomando y la dosis.

Nombre:	Dosis:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Fuma tabaco (seleccione la opción aplicable)?

- Fuma diario
- De vez en cuando
- Ex fumador
- Nunca ha fumado

Fecha que dejo de fumar: _____

¿Usa tabaco sin humo si es así con qué frecuencia? _____

¿Bebe alcohol alguna vez? De ser así, con qué frecuencia? ¿Y cuántas bebidas promedio? _____

¿Usa alguna droga de la calle? Si es así indique lose nombres y la última vez que uso: _____

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Cuidado preventivo

¿La fecha de su último?	Fecha	¿Era normal?	Si NO, explique:
Papanicolaou	_____	Si No	_____
Mamografía	_____	Si No	_____
Escaneo de DEXA	_____	Si No	_____
Colonoscopia	_____	Si No	_____

Ha tenido alguno de los siguientes (marce todos los que apliquen y fechas):

- Vacunas de Gardasil (edades 9-26 para la prevención de cáncer de cuello uterino y las verrugas genitales): _____
- Vacuna contra la gripe: _____
- Vacuna de neumológico: _____

Historial de embarazo

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____	¿Cuántos embarazos ectópicos/ tubáricos? _____
¿Cuántos niños tiene? _____	¿Cuántos abortos espontáneos? _____
¿Cuántos partos vaginales? _____	¿Cuántos abortos? _____
¿Cuántas cesáreas? _____	

Describe cualquier problema que tuvo durante los embarazos anteriores, **incluya detalles**:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Rh Negativo | <input type="radio"/> Coágulos en los pulmones o las piernas (DVT) | <input type="radio"/> Cualquier otro problema o dificultad: _____ |
| <input type="radio"/> Sangrado severo que requiero transfusión | <input type="radio"/> Infecciones | _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Anomalías congénitas | |
| <input type="radio"/> Presión alta | | |

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

¿Está usando alguna anticoncepción, si es así cual? _____

¿Ha utilizado cualquiera de estos?

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Las píldoras anticonceptivas (incluya nombres) | <input type="radio"/> Dispositivo Mirena/Skyla/Paragard | <input type="radio"/> Diafragma |
| <input type="radio"/> Nuvaring | <input type="radio"/> Implanon | <input type="radio"/> Ligadura |
| <input type="radio"/> Parche de Ortho-Evra | <input type="radio"/> Depo-Provera inyección | |

Describe cualquier problema que tuvo mientras el tomo: _____

Por favor marque si actualmente tiene o ha tenido alguna de las siguientes mientras estuvo tomando anticonceptivos hormonales:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Fumador | <input type="radio"/> Varices | <input type="radio"/> Familiar con coágulos de sangre de las piernas o pulmones |
| <input type="radio"/> Migraña | <input type="radio"/> Problemas de vesícula | |
| <input type="radio"/> Presión alta | <input type="radio"/> Coágulos sanguíneos de las piernas o los pulmones | |
| <input type="radio"/> Cáncer de mama | | |
| <input type="radio"/> Problemas del hígado | | |

HISTORIA DE LA SALUD SEXUAL

Dificultades con las relaciones sexuales.
 Dolor con relaciones sexual.
 Resequida cuando tiene relaciones.

Incapacidad para tener orgasmo.
 Disminución del deseo de tener relaciones.

Sangrado con relaciones

HISTORIA DE LOS SENOS

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Cambios fibroquísticos | <input type="radio"/> Fibroadenomas | <input type="radio"/> Biopsia |
| <input type="radio"/> Conductos de leche bloqueados | <input type="radio"/> Papilomas entra ductales | <input type="radio"/> Cáncer de mama |
| <input type="radio"/> Quistes | <input type="radio"/> Mastitis | |
| | <input type="radio"/> Secreción del pezón | |

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

HISTORIA GINECOLOGICA (Por favor, marque aquellos que se aplican a usted, incluidas las fechas siempre que sea posible)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones pélvicas :Clamidia, micoplasma, ureaplasma | <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Perdida de orina con estornudos, toser o reír. |
| <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales: levadura, vaginosis bacteriana, estreptococo beta | <input type="checkbox"/> Cicatrización pélvica (adherencias) | <input type="checkbox"/> Necesidad de usar panales o toallas para evitar que se moje. |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Fibromas uterinos | <input type="checkbox"/> Anomalías uterinas o vaginales útero doble, vagina doble, cuello uterino doble. |
| <input type="checkbox"/> Infección por VPH | <input type="checkbox"/> Quistes de ovario | <input type="checkbox"/> Nocturna: despertarse por la noche para usar el baño más de una vez por noche. |
| <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Tubos de Falopio bloqueado inflamados (Salpingitis) | |
| <input type="checkbox"/> Displasia | <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino | |
| <input type="checkbox"/> Molusco contagioso | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario | |
| <input type="checkbox"/> Trichomonads | <input type="checkbox"/> Cáncer de trompa de Falopio | |
| <input type="checkbox"/> Periodos pesados o dolorosos | <input type="checkbox"/> Urgencia (la sensación de orinar todo el tiempo) | |

Prolapso de órganos pélvicos:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prolapso uterino | <input type="checkbox"/> Rectocele (prolapso del recto) |
| <input type="checkbox"/> Cistocele (prolapso de la vejiga) | <input type="checkbox"/> Enterocel (prolapso del intestino) |

HISTORIA DE LA SALUD HORMONAL

Cuando fue la menopausia para usted (año y edad)? _____

Cambios hormonales (seleccionar los que se aplican a usted):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sofocos | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Falta de deseo sexual |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos y diuresis | <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal |
| <input type="checkbox"/> Aumento de peso | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | |
| <input type="checkbox"/> Mala salud Ósea | | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de altura | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Estado de vitamina D |
| <input type="checkbox"/> Osteopenia | <input type="checkbox"/> Fracturas | |

HISTORIA DE FAMILIA

Ah tenido a alguien en su familia que alguna vez tuvo alguno de los siguientes, por favor escriba la relación de la persona y la edad que fue diagnosticado.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Presión alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____ | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de endometrio _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno tiroideo _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino _____ | <input type="checkbox"/> Adicción _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ epilepsia _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro(por favor describa): _____ | |

HISTORIA SOCIAL

Por favor marque la orientación sexual apropiada:

Heterosexual Bisexual Lesbiana

Por favor, seleccione el estado actual de la relación:

Soltera Casada Relación monógama a largo plazo
Separada Divorciada Viuda

Por favor enumere la ocupación actual: _____

Nivel educativo más alto (circule uno):

Escuela secundaria: _____ años. Colegio: _____ años. Maestría
Escuela secundaria graduada Grado asociado PhD
GED Licenciatura Escuela técnica de comercio

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

HISTORIA GENERAL DE LA SALUD Tiene alguno de los siguientes?

Neurológicos:

- Migraña
- Convulsión/ epilepsia
- Entumecimiento
- Otro: _____
- Ninguno

Ojos:

- Glaucoma
- Degeneración macular
- Cataratas
- Otro: _____
- Ninguno

ENT/Boca:

- Otro: _____
- Ninguna

Cardiovascular:

- Presión arterial alta
- Derrame cerebral
- Enfermedad cardiaca
- Varices
- Coágulos sanguíneos de las piernas o pulmones (Trombosis venosa profunda)
- Problemas circulatorios (describa): _____
- Otro: _____
- Ninguno

Respiratorio:

- Asma
- Enfermedad pulmonar crónica
- Tuberculosis
- Alergias estacionales
- Otro: _____
- Ninguno

Genitourinarias:

- Enfermedad renal
- Retención de orina
- Incontinencia de orina
- Cálculos renales
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de riñón
- Otro: _____
- Ninguno

Psiquiátrico:

- Adicción (por favor, proporcione información): _____

- Enfermedad mental (por favor, proporcione información.): _____

Gastrointestinal:

- Colitis ulcerosa
- Enfermedad de crohns
- Gastritis
- Esofagitis
- Inconstancia intestinal
- Ulceras
- GERD
- Pólipos en colonos
- Cáncer de estomago
- Cáncer de intestino
- Infección de H. Pylori
- Infección por hepatitis
- Otro: _____
- Ninguno

Musculo esquelético:

- Fracturas
- Hernia (ubicación): _____
- Osteoporosis
- Osteopenia
- Artritis
- Otro: _____
- Ninguno

Endocrino:

- Diabetes
- Enfermedad tiroidea
- Cáncer de tiroides
- Neoplasia endocrina múltiple
- Otro: _____
- Ninguno

Hematológico/ Linfático/ Autoinmune:

- Lupus
- Leucemia
- Hodgkin's Linfoma
- Sjogren's
- Otro: _____
- Ninguno

Tegumentario (Piel):

- Carcinoma baso celular
- Melanoma
- Psoriasis
- Otro: _____
- Ninguno

- Ansiedad
- Depresión
- Ninguno

Fecha:

Woman to Woman Gynecology

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

HISTORIA QUIRURGICA Por favor enumere todas las cirugías y la fecha del procedimiento bajo el sistema corporal apropiado

Neurológica (cerebro, medula espinal o sistema nervioso)

- Ninguno
- Otro: _____

Surgirá de Ojo

- Ninguno
- Eliminación de cataratas
- Otro: _____

ENT/Boca:

- Ninguno
- Amigdalotomía
- Andenoidectomía
- Tiroidectomía
- Paratiroidectomía
- Otro: _____

Cardiovascular:

- Ninguno
- Angioplastia
- Cirugía de bypass cardiaco
- Colocación de Stent
- Ablación por radiofrecuencia (para un ritmo cardiaco anormal)
- Trasplante de corazón
- Otro: _____

Respiratorio:

- Ninguno
- Torácica
- Lobectomía
- Trasplante de pulmón
- Otro: _____

Musculo esquelético:

- Ninguno
- Reemplazo de rodilla
- Reemplazo de cadera
- Otro: _____

Seno:

- Ninguno
- Mastectomía para el cáncer
- Lumpectomía
- Implantes de senos
- Otro: _____

Gastrointestinal:

- Ninguno
- Colectomía (extirpación de la vesicular biliar)
- Apendicetomía (eliminación del apéndice)
- Cirugía pancreática (Pancreatina)
- Colectomía (extirpación de parte del colon)
- Hemorroidectomía
- Reparación de hernia
- Otro: _____

Genitourinarias:

- Ninguno
- Histerectomía (extirpación del útero y el cuello uterino)
- Eliminación de ooforectomía de salpingo de ovarios/ tubos
- Cistectomía (Extirpación del quiste ovárico)
- Miomectomía (eliminación de fibromas)
- Laparoscopia (mirando dentro del abdomen)
- Ligadura (tubos de lazo para la anticoncepción)
- Prolapso pélvico (reparación de hernia vaginal)
- Malla para prolapso
- Reparación de cistoceles (Reparación del prolapso vesical)
- Reparación del retócele (reparación del recto prolapso en la vagina)
- Reparación de Enteroccele
- Nefrectomía
- Litotricia
- Cistoscopia
- Otro: _____

Hematológico/Linfático:

- Ninguno
- Resección de los ganglios linfáticos
- Otro: _____

Endocrino:

- Ninguno
- Cirugía tiroidea
- Otro: _____

He respondido a todas las preguntas con veracidad y no he retenido ninguna información que pueda afectar mi atención médica.

Nombre del paciente (Por favor imprima): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Woman to Woman Gynecology, A-All Women Care

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

2022 Policías de Oficina

Policías y pagos de Seguros:

Nuestro objetivo es proporcionarle la mejor atención posible. Queremos ser eficientes, eficaces y diligentes en nuestras interacciones con usted. No podemos practicar buena medicina o negocios sin pagos oportunos. Como resultado, todos los pagos se deben pagar en el momento del servicio.

Nuestra oficina **NO** está contratada con la mayoría de los seguros y no acepta los horarios de tarifas de seguro. **Nuestros horarios de tarifas se basan en 120-150% de las tarifas de Medicare.**

_____ **Iniciales del paciente**

Laboratorios y pruebas:

No estamos contratados con Seguros para Visitas al Consultorio o Procedimientos realizados en la oficina. Podemos usar seguros para laboratorios o pruebas realizadas en la oficina. Si enviamos su(s) espécimen(s) a un laboratorio para su procesamiento a través de su seguro, no somos responsables de ninguna factura que reciba del laboratorio.

Si usted no tiene seguro, o prefiere no usar su seguro, usted es responsable de pagar la cuota de laboratorio en nuestra oficina. Usted también es responsable de llamar al laboratorio dentro de las 24 horas para las colecciones de Papanicolaou por el precio con descuento.

No somos responsables de ninguna factura que haya recibido del laboratorio.

_____ **Iniciales del paciente**

Comunicaciones con el paciente:

Al proporcionar mi número de teléfono, entiendo que puedo recibir llamadas o recordatorios de mensajes de texto de nuestra oficina. Las llamadas telefónicas se pueden hacer con respecto a las visitas al consultorio, los resultados de las pruebas o los medicamentos. No discutiremos ninguna información por teléfono hasta que hayamos confirmado que estamos hablando directamente con usted. Si no puede contestar el teléfono, dejaremos un mensaje general que no divulgue ninguna Información de Salud Personal.

Los mensajes de texto son para recordatorios de citas. Recibirlos es completamente opcional. Puede optar por no recibirlos en cualquier momento.

_____ **Iniciales del paciente**

Saldo en cuentas:

Su saldo vence en su visita de seguimiento, a menos que haya circunstancias especiales, tales como, arreglos de pago programados en colaboración con el gerente de la oficina.

_____ **Iniciales del paciente**

Woman to Woman Gynecology, A-All Women Care

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Cargos de Tarjeta de crédito:

Se aplicará un cargo de 3.99% cuando los servicios se paguen con crédito y debito. No hay cargos extras por pagar en efectivo.

_____ **Iniciales del paciente**

Dueño de tarjeta:

Es nuestra política que el titular de la tarjeta esté presente en el momento de la cita. Cualquier cargo que se refute si el titular de la tarjeta no está presente se convertirá en responsabilidad del paciente.

_____ **Iniciales del paciente**

Política de Tarjetas de Crédito y Debito Impugnadas

Después de que se brinden nuestros servicios, si el paciente o el titular de la tarjeta impugnan los cargos y nosotros peleamos el reclamo por los cargos impugnados y ganamos, el paciente será responsable de pagar una tarifa de \$250. Si no se paga esta tarifa de \$250, se enviara a cobranzas.

_____ **Iniciales del paciente**

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Por la presente reconozco que he revisado el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Mujer a Mujer Ginecología. Entiendo que el "Aviso de Prácticas de Privacidad" establece mis derechos relacionados con el uso y la divulgación de mi información de salud personal y explica cómo la Mujer a la Mujer Ginecología utiliza y divulga mi información de salud personal, tanto con y sin mi autorización. Además entiendo que muchos contactan a Mujer a Mujer Ginecología si tengo alguna pregunta con respecto al contenido de este aviso, o para presentar una queja.

_____ **Iniciales de paciente**

Recetas de farmacia

No se rellenarán recetas a menos que la cuenta se pague en su totalidad o esté actualizada con los calendarios de pago. Todas las recetas deben ser aprobadas primero por la Dra. Anna Contomitros.

No podemos surtir recetas para el control de la natalidad durante 3 meses a menos que se haya completado un examen anual.

_____ **Iniciales del paciente**

Woman to Woman Gynecology, A-All Women Care

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Política de Citas Perdidas

Si no cancela su cita en menos de 24 a 48 horas, o no se presenta a su cita sin darnos una llamada se cortesía, se aplicara **un cargo de \$50.00** a su cuenta por no presentarse en su cita. Esta cantidad se paga antes de la presentación de cualquier otro servicio futuro.

Nos ponemos en contacto a través de SMS o llamada telefónica con anticipación con su recordatorio de su hora de visita.

Atestación por paciente: Soy consciente de las políticas y entiendo que se me cobra por cancelaciones tardías de cita o por no presentarme a mis servicios programados.

_____ **Iniciales del paciente**

No hay “Asignación de Seguro” para Servicios de Aborto

Todos y cada uno de los servicios de aborto proporcionados por al Dr. Contomitros en el consultorio, o en el Hospital, se pagan solo con efectivo, debito, o tarjeta de crédito.

Woman to Woman Gynecology NO factura a los seguros por ningún servicio de aborto.

Woman to Womean Gynecology NO acepta asignaciones de seguro para servicios de aborto.

_____ **Iniciales del paciente**

Colaboración entre pacientes y proveedores de oficinas:

Deseamos ayudarle en todo momento. Mejorar, sentirnos bien y estar satisfechos requiere nuestra colaboración mutua. Por lo tanto, ¡necesitamos tu ayuda para cuidarte! No hacer un seguimiento de nuestras instrucciones para hacer pruebas, para obtener sus mamografías, biopsias, consultas, falta de presentarse a sus citas, cancelar repetidamente su cita, todo será considerado como una indicación de que nuestra colaboración en su mejor interés no está funcionando. Despediremos a los pacientes de nuestra práctica que no sean civiles para nuestro personal y que sean incompatibles con sus compromisos de salud o sus pagos a nuestra práctica.

Tenemos tolerancia cero con las obscenidades o cualquier forma de violencia verbal o física. No permitimos armas en nuestra oficina. No permitimos fotos no autorizadas de nuestro personal y médico.

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Woman to Woman Gynecology, A-All Women Care

A-All Women Care

7908 W. Sahara Ave. Las Vegas, NV 89117

(702) 531-5400

Liberación de registros:

Si alguien llamara en su nombre, no podemos divulgar ninguna información sobre usted, su visita a la oficina o los resultados de sus exámenes a menos que se enumeran a continuación. Usted tiene la opción de marcar "Nadie".

Yo, _____, doy a Anna Contomitros, M.D. de A-All Women Care y Woman to Woman Gynecology, la autorización para divulgar y discutir cualquier información sobre mí y las siguientes personas.

Nadie

Nombre Relacion

Nombre Relacion

Nombre Relacion

Nombre Relacion

Nombre Relacion

Entiendo que es mi plena responsabilidad para notificar a la oficina de cualquier cambio.

Firma: _____ **Fecha:** _____