

Registro De Obstetricia Para Beneficios Maternales Para Federal/Postal

(Debe ser completado por el Obstetra)

INFORMACIÓN DE ASEGURADA											
Nombre:				Fecha de Nacimiento:			Teléfono(s):				
				DD / MM / AAAA			()				
Número de Contrato: <input type="checkbox"/> Federal SP0003242 <input type="checkbox"/> Postal SP0008360				/ /			()				
Edad:				E-mail:							
Fecha Primera Visita:			Semana de Embarazo al Momento de Primera Visita:			Fecha de Última Menstruación:			Fecha Estimada del Parto:		
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
INFORMACIÓN DEL OBSTETRA											
Nombre del Obstetra:						NPI:					
Teléfono de Oficina:						Número de Fax:					
HISTORIAL MÉDICO											
HISTORIAL CLÍNICO											
Historial Gineco-Obstétrico				¿Abortos recientes?	Sí, favor de llenar		No				
G	P	A	SB	Día	Mes	Año					
Tratamiento: <input type="checkbox"/> Zofran <input type="checkbox"/> 17P <input type="checkbox"/> Hx. Parto Prematuro <input type="checkbox"/> Otro:											
Si es un embarazo de alto riesgo, escoja entre las siguientes, indicando el orden de relevancia de las condiciones: (1 Primario, 2 Secundario, 3 Terciario)											
Diagnóstico:											
Diabetes _____					Cáncer _____						
Condición respiratoria _____					HIV _____						
Hipertensión _____					Hx. Uso de sustancias _____						
Cardiovascular _____					COVID-19 _____						
Zika _____					Otro, Especifique: _____						
Comentarios:											
Firma y NPI del Obstetra:						Fecha:					
X											
<p>Nota: Favor de enviar este formulario acompañado de toda la información pertinente al fax 787-706-2880 o vía correo electrónico a la siguiente dirección: commercialclinicalmanagement@ssspr.com</p> <p>IMPORTANTE: Este documento es para uso de individuos o entidades a las que se le envía y puede contener información que es CONFIDENCIAL y libre de divulgaciones bajo la ley. Si no es el receptor correcto, se le notifica que cualquier distribución, divulgación o copia de este documento está estrictamente prohibido. Si recibe este documento por equivocación, favor notificarlo inmediatamente por teléfono y devuelva el original por correo a la dirección arriba mencionada.</p>											