

---

# Acuerdo Obstetrico Financiero



JOSE E. SAN MARTIN, M.D.  
OBSTETRICS / GYNECOLOGY

286 Ed English Dr Unit C Shenandoah Tx, 77385  
P: 281-651-2090 F: 281-607-5700

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Este acuerdo es para informarle sobre los honorarios anticipados, que pueden adquirirse durante el transcurso de su embarazo. A diferencia de otros tipos de servicios, la atención prenatal y el parto se facturan globalmente. Nuestra oficina de facturación externa llamará y revisará sus beneficios obstétricos con su compañía de seguros el día anterior a su primera visita. Un personal de la oficina lo llamará para informarle sus beneficios y costos anticipados. San Martin OB/GYN requiere que el paciente pague la responsabilidad total del parto antes de la semana 32 de gestación.

El pago se puede hacer o en cuotas mensuales con un saldo de cero a las 32 semanas de gestación.

Se le emitirá un reembolso si su compañía de seguros paga más de lo que se estimó originalmente. Las estimaciones proporcionadas por su compañía de seguros no son una garantía de pago. Cualquier diferencia entre las cantidades cotizadas y las cantidades realmente adeudadas será responsabilidad del paciente.

Durante su embarazo, el Dr. San Martin puede ordenar laboratorios, ultrasonidos, perfiles biofísicos o pruebas de no estres. Estos servicios se facturarán a su seguro en el momento del servicio y no están incluidos en la tarifa de parto global. Además, si lo atienden por cualquier problema o afección no relacionada con su embarazo, debemos facturar la visita al consultorio. Su responsabilidad por estos servicios será determinada por su contrato con su compañía de seguros. Estos cargos particulares se pagarán en su totalidad en el momento en que se presten los servicios.

Si San Martin OB / GYN no tiene contrato con su compañía de seguros, usted es personalmente responsable de todos los honorarios incurridos con su atención prenatal y servicios de parto.

Si tiene un cambio en su cobertura del seguro, es su responsabilidad notificarnos de inmediato. Cualquier demora podría resultar en gastos adicionales o reclamos rechazados.

Cualquier saldo no pagado o remanente en la cuenta del paciente después de que su seguro haya realizado el pago puede ser considerado para cobro y / o retiro de la práctica si no se paga puntualmente al recibir un estado de cuenta.

Tenga en cuenta que esto es solo para los servicios del médico. Los servicios de instalaciones son facturados por separado por el hospital al que asisten.

Haremos todo lo posible para ayudarlo con sus preguntas sobre seguros. No dude en ponerse en contacto con su línea de servicios para miembros con su compañía de seguros o su departamento de recursos humanos con su empleador para conocer su cobertura y beneficios.

Responsabilidad estimada del parto debida para la 32 semana de embarazo \$ \_\_\_\_\_ Cuotas mensuales:

---

Paciente	Fecha:
Testigo	Fecha:

---

## Consentimiento de prueba de VIH

---

La Legislatura de Texas aprobó una ley que obliga a los proveedores de atención médica que atienden a pacientes embarazadas a ordenar dos pruebas de VIH, una en la primera visita prenatal y otra en el momento del parto, a menos que los pacientes lo rechacen específicamente. Esta ley hace obligatorias las pruebas de VIH en pacientes embarazadas por el bien de los niños. Investigaciones recientes han demostrado que la transmisión materno fetal del VIH, la transmisión de la madre al bebé, puede reducirse significativamente siguiendo un protocolo de tres pasos que administra Zidovudine (AZT). En un estudio a nivel nacional realizado por el grupo de ensayo clínico sobre el SIDA, la transmisión materno-fetal del VIH se redujo en dos tercios en los casos en que las mujeres fueron tratadas por vía oral con AZT durante el embarazo, por vía intravenosa durante el parto y cuando sus recién nacidos fueron tratados por vía oral durante seis Semanas después del nacimiento. Esto beneficia a los niños de pacientes cuyo estado de VIH es conocido porque se debe administrar AZT durante el embarazo para reducir las posibilidades de transmisión al bebé.

### Tres puntos importantes con respecto a la prueba del VIH son:

---

1. La prueba es una parte rutinaria de esta práctica.
  2. Las pruebas son rutinarias porque el período de latencia para la infección por VIH puede ser de hasta 15 años.
  3. Sin embargo, si la infección por el VIH es poco probable, si usted es positivo, puede reducir considerablemente la posibilidad de transmitirla a su bebé con el tratamiento con AZT.
- 

Antes de la prueba, me informaron que los resultados de la prueba son confidenciales pero no anónimos. El Estatuto de Texas que rige la información sobre el VIH permite que se rompa la confidencialidad para divulgar los resultados al departamento de salud y / o a una autoridad de salud local con fines de informe; al médico que ordenó la prueba o a un proveedor de atención médica que tenga una necesidad legítima de conocer los resultados de la prueba para proporcionar su propia protección y la salud y el bienestar del paciente. Además, los resultados de la prueba del VIH se pueden entregar a un cónyuge si los resultados son positivos. También puede divulgar o divulgar voluntariamente los resultados de las pruebas a cualquier otra persona y dicha autorización debe ser por escrito y firmada por usted.

Sí: Solicito que se extraiga sangre para la prueba del VIH. Entiendo las razones de esta prueba.

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

---

NO: Me niego a la prueba del VIH. Entiendo y acepto las consecuencias de esta decisión.

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

---

### Consentimiento de Ecografía

---

Mi médico me ha recomendado una ecografía. Entiendo que este ultrasonido debe realizarse para verificar el crecimiento fetal, el número fetal, la fecha de mi embarazo y otra información que será útil para seguir mi embarazo. Entiendo que no se realiza una ecografía de rutina para detectar defectos congénitos, aunque en ocasiones se pueden identificar ciertos defectos grandes. También entiendo que los ultrasonidos solo tienen una precisión del 75% para determinar el sexo de mi bebé y no se realizan específicamente para este propósito.

Al firmar este formulario, reconozco que me han proporcionado toda la información que deseo sobre este procedimiento y que me han respondido todas mis preguntas.

Firma del paciente	Fecha
--------------------	-------

---

## Contrato de Servicio de Laboratorio Obstétrico

Usted es responsable de saber con qué laboratorio está contratado su seguro. Nuestra oficina actúa estrictamente como una "estación de laboratorio". Sus laboratorios se enviarán al laboratorio designado por su seguro. Si en algún momento durante el embarazo cambia su seguro, notifíquenos de inmediato para que podamos enviar su trabajo de laboratorio al laboratorio apropiado.

No podemos controlar si recibe o no una factura del laboratorio por los servicios prestados. Si tiene alguna pregunta sobre su factura, comuníquese con el laboratorio o con su compañía de seguros. Tenga en cuenta que el laboratorio le facturará directamente por su trabajo de laboratorio si no tiene seguro.

Es posible que se necesiten pruebas adicionales que su compañía de seguros no reconozca como rutinarias y que sean necesarias para brindar atención obstétrica de calidad. Puede obtener un estado de cuenta del laboratorio que especifique que este no es un servicio cubierto y que puede recibir una factura.

Nombre del paciente:	Fecha:
Testigo	Fecha:

## Calendario de Pruebas Obstétricas

### Laboratorio / Pruebas Prenatales

---

Este es un calendario de las pruebas de rutina que se ordenarán durante su embarazo.

#### 10 semanas de gestación

---

Pruebas genéticas no invasivas: se extrae sangre de su brazo para calcular su riesgo de tener un bebé con síndrome de Down o trisomía.

#### 12 semanas de gestación

---

CBC: un análisis de sangre que detecta la anemia, la infección y los problemas de plaquetas.

Tipo de sangre y anticuerpos: un análisis de sangre para determinar su tipo de sangre y si sus anticuerpos pueden convertirse en un problema

Serología: un análisis de sangre para detectar sífilis

Rubéola: un análisis de sangre para detectar inmunidad al del sarampión alemán

VIH: un análisis de sangre para el virus del SIDA.

Cultivos de gonorrea / clamidia: un análisis de orina para detectar enfermedades de transmisión sexual

Análisis de orina / cultivo de orina: un examen de orina para determinar si usted tiene una infección del tracto urinario

FQ: un análisis de sangre que detecta la fibrosis quística

#### 16 semanas de gestación

---

Quad Screen: un análisis de sangre que nos permite saber si es necesario realizar más pruebas para detectar defectos de nacimiento, como el síndrome de Down, la espina bífida o la trisomía 18. Un resultado anormal de esta prueba no significa que exista un problema. Se realizarán más pruebas.

AFP: un análisis de sangre que detecta defectos del tubo neural. Si se realizan pruebas genéticas no invasivas, se eliminan las pruebas de detección Quad y solo se realiza la AFP.

#### 18-20 semanas de gestación

---

Ecografía de nivel II: se trata de una ecografía detallada del bebé realizada por un centro de imágenes o por un especialista en medicina fetal materna.

#### 18-20 semanas de gestación

---

Prueba de tolerancia a la glucosa: una prueba de sangre para la diabetes gestacional

CBC: una prueba de sangre que detecta la anemia, la infección y los problemas plaquetarios Pacientes

Rh negativos: recibirán una inyección de Rhogam en la oficina.

#### 34 semanas de gestación

---

Estreptococo del grupo B: cultivo de hisopo que detecta bacterias

## Consentimiento para la detección de suero materno

Pruebas genéticas no invasivas: entiendo que el propósito de la prueba es detectar anomalías cromosómicas en el feto: trisomía 21, trisomía 18, trisomía 13, monosomía X y triploidía. El género del feto también se puede obtener. Entiendo que el propósito de las pruebas genéticas no invasivas es ayudar a identificar anomalías cromosómicas en el feto.

SÍ: Solicito que se extraiga sangre para la prueba de detección genética no invasiva. Entiendo las razones de esta prueba.

Firma	Fecha
-------	-------

NO: No quiero la prueba genética no invasiva. Entiendo y acepto las consecuencias de esta decisión.

Firma	Fecha
-------	-------

Fibrosis quística: entiendo que el propósito de la prueba es determinar si soy portador de una de las mutaciones comunes de la FQ. La FQ es una de las enfermedades genéticas hereditarias más comunes que pueden afectar los pulmones, el páncreas, el tracto gastrointestinal y el sistema reproductivo. Entiendo que el propósito de la prueba de FQ es ayudar a identificar si soy portador de una mutación de FQ.

SÍ: Solicito que se extraiga sangre para la prueba de detección de FQ. Entiendo las razones de esta prueba.

Firma	Fecha
-------	-------

NO: No quiero la prueba de FQ. Entiendo y acepto las consecuencias de esta decisión.

Firma	Fecha
-------	-------

AFP: Entiendo que la detección del suero materno puede detectar defectos del tubo neural como la espina bífida, la anencefalia, los defectos de la pared abdominal y el síndrome de Down. Entiendo que una prueba normal no garantiza que mi bebé sea normal. Entiendo que algunos bebés pueden nacer con defectos de nacimiento graves. Entiendo que el propósito de la prueba AFP es ayudar a identificar algunos de los fetos afectados.

SÍ: Solicito que se extraiga sangre para la prueba de detección de AFP. Entiendo las razones de esta prueba.

Firma	Fecha
-------	-------

NO: No quiero la prueba de AFP. Entiendo y acepto las consecuencias de esta decisión.

Firma	Fecha
-------	-------

## EXAMENES RUTINARIOS DE LABORATORIO PARA OBSTETRICIA:

---

Por favor, antes de programar sus exámenes, llame a su seguro para verificar si los exámenes serán cubiertos. Proporcione los códigos subrayados en el lado izquierdo de esta página.

### **Primer trimestre:**

Después de la semana 10 81507 Examen Genético Precio en efectivo hasta (\$299)	Código de diagnóstico: Z13.79, Z36.0 *Si mayor de 35 años también O09.511
---	---

### **Quest Diagnostics o LABCORP:**

Semana 12 81220 Cystic Fibrosis 80081 Panel obstétrico con VIH 87086 Cultivo de orina 87491, 87591 Clamidia, gonorrea	Códigos de diagnóstico: Z36.2, Z36.89, Z36.9, Z36.0
---	--

### **Segundo trimestre:**

Entre 16-19 semanas 82105, 82677, 84702, 86336, 81511 AFP Quad Screen 82105 Screen AFP (si se realizó Examen Genético)	Códigos de diagnóstico: Z36.89, Z36.9, Z36.2
--	---

### **Entre 24-28 semana**

82950 Glucosa gestacional 1hr. 85025 CBC con diferencial y plaquetas	Códigos de diagnóstico: Z36.2, Z36.89, Z36.9
---	---

### **Tercer trimestre:**

Después de la semana 34 87081 Cultivo de estreptococo del grupo B	Código de diagnóstico: Z36.85
--	-------------------------------

Dos de las complicaciones más comunes del embarazo son la diabetes gestacional y la preeclampsia, las cuales tienen marcadores que aparecen en la orina (glucosa y proteína). Es por eso que en cada visita prenatal necesitaremos que nos brinde una muestra de orina. (Código CPT 81000)

\* Si es indicado, dependiendo de la condición del paciente y a criterio del médico, puede ser necesario realizar otras pruebas. (Ej. por infección vaginal, infecciones del tracto urinario, preeclampsia, etc)

## MEDICAMENTOS QUE PUEDES USAR DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

### Náusea/Vomito

Dramamine

Fec Vitamin B6 (50mg up to 4 times a day) ha

### Indigestión/Gas

Maalox

Mylanta/Mylanta Gas

Mylicon

Gas-X Roloids

Tums

Prevacid 15-30mg

Pepcid

Prilosec OTC

### Gripe/Flu/Congestion nasal/Alergias

Acetamenophen 500mg

Any Tylenol Cold product

Sudafed

Benadryl

Robitussin D.M.

Claritin (not during breastfeeding)

Normal Saline Nasal Spray

Mucinex (not during breastfeeding)

Zyrtec (not during breastfeeding)

### Dolor de garganta

Sucrets

Chloraseptic spray/lozenges

Cepacol

### Dolores/Dolor de cabeza/Fiebre

Acetaminophen 500mg

Tylenol (any Tylenol product)

### Hemorroides

Preparation H

Tucks Pads

### Constipación

Milk of Magnesia

Metamucil Colace (docusate)

Miralax

### Diarrea

Immodium AD

Kaopectate