

Providence Medical Group  
OB/Gyn Health Center  
940 Royal Ave., Suite 350  
Medford, OR 97504  
Tel: 541-732-7460  
Fax: 541-732-7461

Maria Cordeiro, M.D.  
Shannon Fife, D.O.  
Nancy L. Hagloch, M.D.  
Karen R. Kronman, M.D.  
Alan G. Palamara, M.D.  
Lanita C. Witt M.D.  
Amy Zastrow, M.D.  
Paula Daystar, W.H.C.N.P.  
Linda Osborne, C.N.M.  
Nancy Spector, W.H.C.N.P.  
Nancy Seulean, C.N.M.

Felicidades en su embarazo y gracias por escoger a Providence Médical Group/Centro Médico de OBGyn para sus cuidados prenatales. Esperamos trabajar con usted en asegurarle resultados seguros y sanos para usted y para su bebé.

Hemos incluido formas que le piden información sobre usted y su familia. Esto nos ayudará a proporcionarle un mejor cuidado prenatal. Estas formas de vera traerlas a su primera consulta. Nuestro deseo es que usted pueda pasar el tiempo necesario con su Doctor.

Ofrecemos completo cuidado prenatal que requiere un enfoque de equipo. Su médico le atendera la mayor parte de sus consultas pero aveces, uno de los otros médicos o una Partera Certificada le atendera. Muy posible que también tenga consultas en el consultorio de Asante en Maternal Fetal Medicine para ultrasonidos adicionales.

Como nuestro paciente valorado, nosotros queremos asegurarnos que usted comprenda cómo funcionan las reglas del Hospital y del grupo acerca del "Dr de guardia". Para poder ofrecerle completa atención médica en su embarazo y parto nosotros sinceramente nos sentimos privilegiados de tener la oportunidad de estar con usted durante el parto de su bebé. La oportunidad de compartir esta experiencia especial es uno de los mejores aspectos de nuestro trabajo. Pero nosotros no podemos estar siempre disponibles, nos turnamos en nuestras responsabilidades de llamadas de guardia para así poder proporcionarle y dedicarle el mayor servicio obstétrico durante el día y la noche. Esto nos permite poder proporcionar cobertura constante durante el parto de nuestros pacientes y así evitamos cancelar las citas planificadas en la oficina, esto también les da descanso apropiado a los doctores entre llamadas durante el turno de guardia.

Los obstetras en el Centro Médico de PMG OB/Gyn giran las llamadas por igual. Aveces, nosotros participamos en el cuidado de pacientes de otros obstetras en el Rogue Valley. Estos obstetras incluyen: Dr Linda Harris, Dr Carissa Ross, Dr Julie King, Dr. Dan Tomlinson y Dr Cindy Botasso. Sentimos que de esta manera colaborando en tomarnos turnos de las llamadas de guardia esto le beneficia a usted porque le podemos asegurar el cuidado médico de alta calidad sin importar cuando usted la necesite.

Es importante que usted tenga un Doctor particular para cualquier otra enfermedad que no sea relacionada con su embarazo. Le hemos incluido un folleto de los Doctores de PMG.

Animamos a miembros de su familia y amigos que participen en su embarazo. En su primeras dos consultas le aconsejamos que otro adulto le acompañe para que le ayude a supervisar a sus niños si tiene alguno y para su citas de ultrasonido.

Le agradecemos grandemente por haber escogido nuestro consultorio y así poder compartir este acontecimiento tan emocionante de su vida.

## Información general

**Se le proporcionara un paquete detallado de información sobre su embarazo en su primera consulta.**

**Vitaminas prenatales:** Si usted no esta tomando vitaminas prenatales, por favor comience ahora. Usted necesita tomar ácido fólico, 0.8mg diariamente. Recomendamos vitaminas que no necesitan receta. Nosotros también recomendamos suplementos de DHA (ácido grasoso de omega), 200 mg diariamente. No tome las que tienen aceite de pescado.

**Calcio:** Debe tomar 1500 mg de calcio al día o por cualquier otro suplemento de calcio. No tome suplementos de calcio y vitaminas prenatales al misma hora.

**Medicinas y suplementos:** Las medicinas y otros suplementos deben ser evitados durante el embarazo, especialmente durante las primeras 12 semanas. Le proporcionaremos en su primera consulta una lista de medicinas y suplementos seguros de tomar.

**Dieta:** Recomendamos una dieta saludable y balanceada. La mayoría de las mujeres embarazadas necesitan sólo 300 calorías adicionales al día.

**Evitar:** El alcohol, fumar y el uso de drogas.

**Eliminar la cafeína:** No consuma más de una taza de café o 12 oz de soda al día.

**Ejercicio:** El ejercicio le beneficia a las mujeres embarazadas. Pero recuerde que usted debe poder continuar una conversación mientras ejercita. Evite sobre calentar su cuerpo y mantengase hidratada.

No use los jacuzzis ni saunas mientras usted está embarazada.

Puede usar pintura interior, pintarse el cabello, hacerse un permanente en su cabello y aun manicure, pero solamente con ventilación apropiada.

**Toxoplasmosis:** Toxoplasmosis es una infección que viene del excrementos de los gatos, de la carne cruda y leche sin pasteurizar. Hay un riesgo de exponerse al toxoplasmosis con la arena higiénica para gatos, nosotros recomendamos que usted no limpie el excremento de la arena. Si su gato es estrictamente un gato de casa, usted probablemente no está a riesgo.

**Porfavor llamenos con cualquier pregunta 541-732-7460.**

Para respuestas a muchas de sus preguntas, puede visitar a nuestro sitio de web:  
[www.providence.org/pregnancy](http://www.providence.org/pregnancy)

Otros sitios de web que usted puede encontrar útiles incluyen:

[www.webmd.com](http://www.webmd.com)

[www.storknet.com](http://www.storknet.com)

[www.pregnancyguideonline.com](http://www.pregnancyguideonline.com)

# Su Primera Consulta Prenatal

## Ultrasonido para determinar la edad de gestacion

**Pedimos que usted traiga a esta conculta todas las formas que usted llenó de este paquete.**

El latido del corazón del bebé es visible en un ultrasonido 7 semanas despues de su primer día de su último período menstrual. Este ultrasonido puede ser planificado en cualquier momento después del ultimo día de la sexta semana de su embarazo. En esta consulta, se le hara un ultrasonido para confirmar su embarazo y determinar su fecha de parto. Le haremos tambien analisis de sangre. Usted puede revisar la lista de analisis incluidos. Tambien recibirá un paquete de información importante relacionado con su embarazo.

## Primera consulta prenatal

Poco después su cita de ultrasonido, usted tendrá su "Primera consulta prenatal". Esta consulta es de 45 minutos generalmente la atiende una de nuestras parteras certificadas. Durante esta consulta ella determinará su salud general y revisará los resultados de sus analisis. Usted debe averiguar su historial medico, Explore el historial medico de sus miembros de familia. Determine si usted tiene cualquier factor de riesgo medico para su embarazo.

Su medico revisará sus embarazos anteriores, cirugías, condiciones y exposición medicas a enfermedades contagiosas. Ella registrará los medicamentos o los suplementos que ha tomado o esta tomando actualmente. Haganos saber de cualquier actividades excepcional, o cualquier condicion de trabajo estresantes que usted este experimentando.

Durante su consulta, le haremos un examen físico incluyendo examen de senos y examen pélvico. Le tomaremos su altura,y peso tambien mediremos su presion sanguinea. Durante el examen pélvico, le haremos una citología para detectar cáncer cervical. Los cultivos serán tomados para discernir enfermedades de transmisión sexual. Un examen interno será realizado para determinar el tamaño del útero y de la pelvis. Tambien podremos escuchar el latido del corazón del bebé.

# Analisis prenatales

**Cuanta Completa de Sangre (CBC):** Esta prueba es para detectar cualquier problemas de sangre como por ejemplo anemia.

**La prueba del VIH:** Esta prueba se ordena simplemente rutinaria; Dejenos saber si usted no desea realizarla.

**RPR:** Esta prueba es para detectar sífilis (una enfermedad de transmisión sexual) que puede ser transmitida a su bebe aun estando en el vientre si no es tratada a tiempo. Esta puede causar una condición peligrosa llamada sífilis congénital en el bebé que lleva a deformidad de huesos y dientes, o dañar los nervios, o incluso daño cerebral.

**Rubéola:** Esta prueba detecta la inmunidad (la protección) contra rubéola. La mayoría de los norteamericanos recibieron vacunas contra rubéola de niños y tienen inmunidad. Si usted no esta vacunado deberá evitar personas con la enfermedad (que es raro en E.U.) porque esto puede tener consecuencias graves durante el desarrollo de su bebé.

**Hepatitis B y Hepatitis C:** Estas pruebas detectan hepatitis, una infección vírica que afecta el hígado. Esto es transmitido por agujas contaminadas, por la sangre, por saliva, por el semen, o por líquido vaginal. Las madres infectadas pueden transmitir esta enfermedad a su bebé durante el parto. Usted podría tener esta enfermedad y no saberlo.

**Análisis de orina:** Para esta prueba usted debe dare una muestra de orina y esta será para detectar infecciones o enfermedad renales, vesiculares y niveles altos de azúcar que quizás indique diabetes. Las infecciones de la vesícula son muy comunes en mujeres embarazadas y son tratadas fácilmente. Pero, si lo deja sin tratamiento, las infecciones de la vesícula progresan rápidamente a infecciones de riñón, que esto puede causarle problemas al bebé o incluso parto prematuro.

**UDS:** Detecta droga en la orina.

**Tipo de sangre:** Esta prueba determina su tipo sangre y su Rh. Todos somos de Rh negativo o Rh positivos (85% de nosotros somos Rh positivo). Si su sangre es Rh negativo y la sangre de su pareja es Rh positiva, muy posible que el Rh de su bebé no sea compatible al de usted. Esto puede crear un problema para sus embarazos en un futuro. Si su tipo de sangre es Rh-negativo, a usted le será dada una inyección que se llama Rhogam durante la semana veintiocho de su embarazo. Usted también recibirá esta inyección si usted tiene cualquier tipo de sangrado significativo durante su embarazo. Adicionalmente, esta inyección de Rhogam es dada después del parto si el bebe tiene tipo de sangre Rh positivo.

**Pruebas genéticas:** Dependiendo de su etnico e historial medico, también podemos ofrecerle analisis de **anemia de células falciformes, de enfermedades de Ató-Sachs, y de thalassemia.** Afro-americanos, judíos, franceses, canadienses, y personas con decendencia mediterráneas estan más a riesgo. Todas estas enfermedades pueden ser pasadas al bebé por causa de los genes defectuosos que los padres puedan tener (incluso aunque ellos no tengan la enfermedad).

**Fibrosis cística:** Esta es una enfermedad hereditaria que puede afectar la respiracion y digestión en su bebé si usted o su pareja son portadores de esta enfermedad.

**Ultrasonido y pruebas de su Primer Trimestre:** Es una serie de pruebas para detectar si usted esta en alto riesgo de dar a luz un bebé con una anomalía de cromosoma como síndrome de Down, Trisomy 13, o Trisomy 18. La información siguiente es para ayudarle a decidir si esta prueba es algo que usted quisiera hacer.

**¿Qué es el síndrome de Down, Trisomy 13, y Trisomy 18?** Todos estos son desórdenes genéticos donde los bebés nacen con demasiadas cromosomas, que causa defectos mentales y defecto de nacimiento. Los bebés con síndrome de Down tienen un cromosoma extra 21, que tiene como resultado atraso y problemas mentales en la formación del corazón y el tracto digestivo. Muchos bebés con síndrome de Down pueden vivir una vida casi normal, aunque ellos necesitaran ayuda extra con el aprendizaje y pueden llegar a tener problemas de salud. Los bebés con Trisomy 13 y 18 tienen defectos demaciados severos al nacer y casi nunca sobreviven más de 2 años de vida, incluso, muchos de ellos mueren antes de nacer.

**¿Quién puede dar a luz a un bebé con estas condiciones?** Cualquiera puede dar a luz a un bebé con estas condiciones, pero los riesgos aumentan cuando la madre tiene mas años de edad. Mujeres que vallan a tener 35 años de edad cuando el bebe nasca, se les ofreceran diferentes exámenes porque el riesgo es mas alto.

**¿Que me pueden indicar estas pruebas?** Estas pruebas sólo le puede indicar si usted tiene alto riesgo de dar a luz a un bebé con una de estas condiciones. Pero en si, se requieren pruebas adicionales para confirmar su diagnóstico.

**¿Porqué debo hacerme prueba para saber si estoy en riesgo de dar a luz a un bebé con estas condiciones?** Estas pruebas son opcionales. Algunas personas quisieran saber si ellos quizás van a dar a luz un bebé con estas condiciones asi tambien ellos puedan ser preparados para el trabajo extra que se requiere para cuidar de estos niños. Otras personas escogen el no continuar con el embarazo que esta afectado con por una de estas condiciones. Otras personas deciden simplemente no hacerce estas pruebas porque para ellos los resultados no cambiaría su decision encuanto a su embarazo.

**¿Cómo se realizan estas pruebas?** Estas pruebas son realizadas entre la 11 y 14 semana de gestación. Hay dos partes de la prueba, la primera parte es un ultrasonido para ver el líquido detrás del cuello del bebé (translucidez nuchal o NT) y la segunda es un analisis de sangre de la madre. Juntos, los resultados de estas pruebas dan un número que determina su riesgo.

**¿Qué sucede si mi prueba es positiva?** Si la prueba es positiva, esto significa que hay un alto riesgo de síndrome de Down, Trisomy 13, o Trisomy 18. Usted tendrá la opcion de hacerce otra prueba para confirmar el diagnóstico. Esta prueba implica tomar una muestra del líquido de alrededor del bebé, o una muestra de la placenta, esto nos permite contar directamente las cromosomas.

**¿Si mi prueba es negativa, definitivamente mi bebé será normal?** La prueba es especifica para las tres condiciones mencionadas. Al igual que con cualquier otra prueba, hay un riesgo que el resultado sea un "falso negativo", o que los resultados están equivocados. Este riesgo es muy pequeño, pero no es cero. También pueden haber algunos otros problemas que puedan ocurrir durante el embarazo. Se le hara otro ultrasonido alrededor de las 20 semanas de gestacion para verificar el desarrollo del bebé.

**¿Que pasa si ya no puedo tener el ultrasonido del primer Trimestre?** Hay otros análisis de sangre que se puede hacer en el segundo trimestre, se llaman Quad screen que le puede dar una evaluación similar para evaluar su nivel de riesgo. Esto puede ser hecho hasta las 22 semanas de gestación. Dejenos saber si usted desea hacerce esta prueba en vez de la otra mencionada. No es recomendable que usted haga las dos pruebas en el Segundo trimestre (le llaman "Pruebas Secuenciales").

**¿Pagará mi compañía de seguros por esta prueba?** La mayoría de las compañías de seguros cubren eston exámenes. Nuestra oficina obtendrá autorización para su consulta de ultrasonido. Si usted esta preocupada, usted debe contactar a su compañía de seguros directamente y preguntar si ellos cubren esta prueba. Si ellos no la pagan, usted tiene derecho a un descuento del costo de la prueba si es algo que usted todavía desea hacer.

# OB patient history

Patient name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Primary care provider: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Phone: Home: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Marital status: \_\_\_\_\_ Ethnicity/race: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_

Father of baby: \_\_\_\_\_ Father of baby contact number: \_\_\_\_\_

First day of last period: \_\_\_\_\_ How long was your last period? \_\_\_\_\_ days

Normal # of days between periods: \_\_\_\_\_ Positive pregnancy test date: \_\_\_\_\_

On birth control at conception? \_\_\_\_\_ Stopped BC recently? \_\_\_\_\_ Planned pregnancy? \_\_\_\_\_

## Pregnancy history:

Total pregnancies: \_\_\_\_\_ Full term (37-40 weeks): \_\_\_\_\_ Premature (less than 37 weeks): \_\_\_\_\_

Miscarriages: \_\_\_\_\_ Abortions: \_\_\_\_\_ Living children: \_\_\_\_\_ Ectopic (tubal) pregnancies: \_\_\_\_\_

Date	Weeks pregnant	Delivery type	Hours of labor	Anesthesia	Gender/name	Birth weight	Delivery location	Complications

## Past medical history:

Please explain if you have been diagnosed with or treated for any condition related to:

Ear, nose, throat	___ No	___ Yes
Cardiac/high blood pressure	___ No	___ Yes
Respiratory/asthma	___ No	___ Yes
Intestinal/hepatitis/liver	___ No	___ Yes
Urinary tract (bladder) infection	___ No	___ Yes
Breast	___ No	___ Yes
Muscle/bones	___ No	___ Yes
Epilepsy/migraines	___ No	___ Yes
Mental health/depression	___ No	___ Yes
Diabetes	___ No	___ Yes
Thyroid	___ No	___ Yes
Blood transfusion/accidents	___ No	___ Yes
Anemia, clotting disorders	___ No	___ Yes
Varicosities/DVT:	___ No	___ Yes
Physical/sexual abuse:	___ No	___ Yes
Other:	___ No	___ Yes

Patient Name: \_\_\_\_\_

**Infections/vaccines:**

Chickenpox/varicella	Vaccination_____	Childhood illness_____	Never had_____
HPV vaccine series (3)	Date_____	Date_____	Date_____
Genital herpes	___No	___Yes	_____
Partner with herpes	___No	___Yes	_____
Sexually transmitted disease	___No	___Yes	_____
HPV infection	___No	___Yes	_____
Group B strep	___No	___Yes	_____
Hepatitis B risk	___No	___Yes	_____
Exposure to TB	___No	___Yes	_____

**GYN History:**

Problems	___No	___Yes	_____
Abnormal Pap	___No	___Yes	_____
Infertility	___No	___Yes	_____

**Surgical /hospitalization history: (Please explain)**

\_\_\_No      \_\_\_Yes \_\_\_\_\_

**Family history: (Include your grandparents, parents, siblings and children)**

Diabetes	___No	___Yes	who: _____
High blood pressure	___No	___Yes	who: _____
Kidney/renal disease	___No	___Yes	who: _____
Cancer	___No	___Yes	who: _____
Twins	___No	___Yes	who: _____
Heart disease	___No	___Yes	who: _____
Lung disease	___No	___Yes	who: _____
Seizure disorder	___No	___Yes	who: _____
Clotting disorders	___No	___Yes	who: _____
Ashkenazi Jewish decent	_____		
Other family history	_____		
Family history unknown	_____		

**Genetic history:**

	<u>Patient</u>			<u>Father of Baby</u>		
Sickle cell disease	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Thalassemia	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Tay-Sachs	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Down's Syndrome	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Mental retardation	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Fragile X	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Neural tube defect	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Cystic Fibrosis	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Huntington's Chorea	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Muscular Dystrophy	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Hemophilia, clotting disorders	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Other inherited condition	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown
Child w/other birth defect	___No	___Yes	___unknown	___No	___Yes	___unknown



Patient Name: \_\_\_\_\_

Have you had more than three miscarriages?    \_\_\_No    \_\_\_ Yes    # of miscarriages\_\_\_\_\_

**Current medications, vitamins, supplements:**

\_\_\_\_\_

**Allergies to medications, latex or food:**

\_\_\_\_\_

**Habits/exposure during this pregnancy:**

Tobacco \_\_\_\_\_ never\_\_\_\_\_

Alcohol \_\_\_\_\_ never\_\_\_\_\_

Illegal drugs \_\_\_\_\_ never\_\_\_\_\_

Medications (Rx or over the counter)\_\_\_\_\_

X-ray exposure \_\_\_\_\_

**Review of Symptoms:**    (Please check symptoms you are currently experiencing)

**General**     unusual fatigue     unexplained weight loss    other\_\_\_\_\_

**Eyes, ears, nose, throat**     vision changes     ringing in ears     nosebleeds     sore throat

**Cardiovascular**     chest pain     palpitations     swelling of hands, face or ankles

**Lungs**     cough     wheezing     shortness of breath

**Stomach/intestines**     severe abdominal pain     nausea     vomiting     diarrhea

Constipation

**GU**     abnormal vaginal discharge     leaking urine     painful urination

Vaginal bleeding since LMP     pelvic pain     cramping

**Muscles/bones**     joint swelling     stiffness or pain     new back pain

**Skin**     rash     sores     itching     Abnormal/changing mole

**Neurologic**     new unexplained     headache     dizziness     numbness or tingling

**Mental health**     depression     anxiety

**Endocrine**     excessive thirst     heat or cold intolerance

**Blood/lymph**     new easy bruising     easy bleeding     swollen glands

Providence Medical Group  
OB/Gyn Health Center  
940 Royal Ave., Suite 350  
Medford, OR 97504  
Tel: 541-732-7460  
Fax: 541-732-7461

Esta carta resumirá cómo sus servicios prenatales serán facturados.

Los honorarios del doctor de su cuidados prenatales serán facturados como un servicio "global". Estos honorarios incluye:

- Consultas prenatales rutinarias
- Parto vaginal
- Consulta postnatal de seis semanas

El honorario global del año 2010 para estos servicio son de \$4,795 tenga en cuenta que habrá un aumento anual que todavía no ha sido determinado. También, si durante el parto es necesario hacerle Cesárea los honorarios deberan ser ajustados.

Puede que usted necesite más servicios medicos durante su embarazo. Estos servicios pueden incluir:

- Analisis de sangre
- Pruebas diagnósticas  
(incluyendo ultrasonidos y pruebas fetal de no-énfasis)
- Consultas adicionales en oficina
- Servicios de hospital

Estos servicios particulares no son parte del servicio global y serán facturados como un cobro separado.

Si usted tiene seguro medico, confirmaremos su elegibilidad y beneficios prenatales con su portador de seguro medico. Basado en la información ellos proporcionan un "anticipó de balance al paciente" que será calculado para usted. Vea por favor el Plan de Pago prenatal.

El "anticipó de balance al paciente" deve ser pagado antes de su fecha de parto. El Acuerdo del Plan del Pago resume el honorario global para el cuidado prenatal, y para sus beneficios citados por su seguro medico, y la cantidad que usted deve pagar. Usted deve pagar los honorario adicional que no son cubiertos por su plan de seguro. Se le pedira que hable con alguien en la Oficina financier de OB-Gyn antes de su consulta, o antes de una de sus consultas subsiguientes. Entonces se le explicara y devera firmar un Plan de Pago prenatal. Se le dara la oportunidad de hacer preguntas en ese momento. Incluso, aun si usted no tiene un balance anticipado por el honorario Global, se le pedira firmar una declaración que afirma que el proceso de factura se le ha explicado, y que lo comprende.

Después de que usted haya firmado el acuerdo, si usted tiene que hablar sobre sus arreglos de pago, o si usted tiene cualquier otra pregunta, hable por favor con un Representante en la Oficina de Negocios Médicos de Providence; puede llamar gratis al: 1-800-433-9001, entre 8 de la mañana y 3:30 de la tarde, de lunes a viernes.

**Si su seguro medico cambia durante el transcurso de sus cuidados prenatales, dejenos saber inmediatamente porque esto puede afectar su plan de pago.**

Esperamos proporcionarle con un excelente servicio.  
**La Oficina de Negocio de PMG-OB/Gyn**  
**(541)732-7431**

**Muestra Solamente**

**Providence  
Physicians Business Office**

Attn: OB Department  
1235 NE 47<sup>th</sup>, Suite 129  
Portland, OR 97213-0994  
Phone: 503-215-6494 or 800-433-9001

**Plan de pagos prenatales**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **#de cuenta** \_\_\_\_\_

- ❖ *Cargos anticipados del paciente* (Parto Vag.) \$ \_\_\_\_\_ <cont. Adj. - \_\_\_\_\_ > = \$ \_\_\_\_\_  
(\*Global Service fee for current calendar year)
- ❖ Anticipado \_\_\_\_\_ Reembolso de seguro .....%.....\$ \_\_\_\_\_  
Deducible \$ \_\_\_\_\_ su porcion \$ \_\_\_\_\_ (info only, no es calculado esto es la porcion del paciente)
- ❖ Co-pay Per Pregnancy/Office Visit .....\$ \_\_\_\_\_
- ❖ *Anticipated Patient Balance* .....\$ \_\_\_\_\_  
(Based on today's current "Global" fee, insurance contract, (if applicable), and your carrier's quoted current plan benefits)

**Payment(s) of \$ \_\_\_\_\_ due on the \_\_\_\_\_ of each month for \_\_\_\_\_ month(s), with first payment due \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

I understand that any "non-routine" or unrelated OB Office Visits, and/or Labs, Diagnostic tests, (including, but not limited to, ultrasounds and fetal non-stress test), and hospital services are separate from the OB Global Service Fee. Should a Cesarean delivery be necessary, charges will be adjusted. I also understand the the "anticipated" insurance reimbursement and the "anticipated" patient balance noted above are based on the current calendar year fee and the quotes provided by my insurance carrier (s), (if applicable). Should I deliver the following calendar year, the new, increased fee will apply. I further understand if there is a change to my insurance carrier the "Global" fee may be subject to "prorated" fees (separate antepartum and delivery) as appropriate, and that my payment plan agreement may need to be updated.

**Patient initials** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

The total *anticipated* patient balance noted above should be paid prior to your anticipated delivery date of \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. I agree to the terms of this payment plan for the *anticipated* patient balance. Any balance remaining after any insurance payment would remain due and payable. I understand that in order to keep my account in good standing, the payments listed above must be received by Providence Physician's Business Office on or before the dates indicated.

\*Global Service Fee=*Routine* Prenatal Office Visits, Normal *Vaginal* delivery and *Routine* Post Partum follow-up care.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Patient/guarantor

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Account representative/clinic supervisor

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_