

**REGISTRO DE OBSTETRICIA PARA CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS FEHBP  
(Debe ser completado por el Obstetra)**

INFORMACIÓN DE ASEGURADA											
Nombre:			Fecha de Nacimiento:			Teléfono(s):					
			DD / MM / AAAA			(      )					
Número de Contrato:			/      /			(      )					
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? <input type="checkbox"/> Sí, favor de llenar <input type="checkbox"/> No					
<b>G</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>SB</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>					
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:											
<input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Condición respiratoria _____ <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ <input type="checkbox"/> Cardiovascular _____ <input type="checkbox"/> Zika _____						<input type="checkbox"/> Cáncer _____ <input type="checkbox"/> HIV _____ <input type="checkbox"/> Hx. Uso de sustancias _____ <input type="checkbox"/> COVID-19 _____ <input type="checkbox"/> Otro, Especifique: _____					
Comentarios:											
Firma y NPI del Obstetra:								Fecha:			
<b>X</b>											
<p><b>Nota:</b> Favor de enviar este formulario acompañado de toda la información pertinente al fax 787-706-2880 o vía correo electrónico a la siguiente dirección: <a href="mailto:commercialclinicalmanagement@ssspr.com">commercialclinicalmanagement@ssspr.com</a></p> <p><b>IMPORTANTE:</b> 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>											