

**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 | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | |
| <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: | | | | | |
| 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 notifíquelo inmediatamente por teléfono y devuelva el original por correo a la dirección arriba mencionada.</p> | | | | | | | | | | | |