



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

N.º de MPI

## PACIENTE DE SEXO MASCULINO: INTERNACIONAL

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR CUALQUIER PACIENTE DE SEXO MASCULINO QUE SE SOMETA A TRATAMIENTO MÉDICO O EVALUACIÓN.

### Información de la paciente

#### Datos demográficos

Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre), en letra de imprenta

Nombre con el que prefiere que lo llamen (apodo)

Fecha de nacimiento

Edad

Estado civil

Dirección particular (calle, ciudad, estado/provincia, código postal)

País

Marque la casilla junto al método de contacto preferido:

\_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado?  Sí  No  
Teléfono particular

\_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado?  Sí  No  
Teléfono laboral

\_\_\_\_\_ ¿Podemos dejar un mensaje detallado?  Sí  No  
Teléfono celular

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico

Nombre del contacto en caso de emergencia

Número de teléfono

877.324.4483 | fcionline.com

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

**Empleo**

Ocupación

**Información del proveedor de atención médica/remisión**

Especifique de qué manera se enteró de nosotros.  Consultar formulario para cónyuge/pareja  Derivado por médico  Amigo/Familiar  Internet  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que lo derivó

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado/provincia, código postal)

País

Teléfono

Fax

¿Fue derivado a un médico específico de Fertility Centers of Illinois?  Sí  No

Médico de Fertility Centers of Illinois al cual lo derivaron

Nombre del proveedor de atención médica primaria/obstetra/ginecólogo (en caso de diferir del antes mencionado)

Nombre del grupo médico

Dirección (calle, ciudad, estado/provincia, código postal)

País

Teléfono

Fax

¿Está buscando que la evalúen o la traten?  Soltera  Con un cónyuge o pareja

Nombre del cónyuge o pareja (apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)

Sexo del cónyuge o pareja:  Femenino  Masculino

Motivo de su visita en el día de hoy:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

### Antecedentes médicos

¿Tiene alguna enfermedad o lesión seria o crónica?  Sí  No

En caso afirmativo, describa:

---

---

¿Toma algún medicamento o suplemento?  Sí  No

Enumere todos los medicamentos y suplementos recetados y de venta libre que usó durante el año pasado.

Nombre del medicamento:      Dosis y frecuencia:      Fecha aproximada en que lo tomó:      Motivo por el cual lo tomó:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna dificultad con la erección o la eyaculación?  Sí  No

En caso afirmativo, describa:

---

---

---

¿Alguna vez se realizó un análisis de semen (SA, *Semen Analysis*)?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿los resultados fueron  Normales o  Anormales?

¿Alguna vez engendró un embarazo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Causas anteriores de infertilidad que se le diagnosticaron previamente: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_



Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Tiene o tuvo alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anomalías físicas               | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial        |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos anticlamidiales     | <input type="checkbox"/> Lesión en la zona testicular |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de los testículos       | <input type="checkbox"/> Micoplasma                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Paperas                      |
| <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal               | <input type="checkbox"/> Prostatitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de hernia               | <input type="checkbox"/> Reversión de la vasectomía   |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de varicocele           | <input type="checkbox"/> Secreción del pene o dolor   |
| <input type="checkbox"/> Clamidia                        | <input type="checkbox"/> Sífilis                      |
| <input type="checkbox"/> Colitis                         | <input type="checkbox"/> Testículo no descendido      |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Ureaplasma                   |
| <input type="checkbox"/> Ejercitación extenuante         | <input type="checkbox"/> Uretritis/epididimitis       |
| <input type="checkbox"/> Estrés en exceso                | <input type="checkbox"/> Varicocele                   |
| <input type="checkbox"/> Exposición al DES en el vientre | <input type="checkbox"/> Vasectomía                   |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea                        | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales/Condiloma |
| <input type="checkbox"/> Herpes genital                  |   |

### Antecedentes sociales

Fuma en la actualidad  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de cigarrillos por día. \_\_\_\_\_

Fumó en el pasado  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique por cuánto tiempo fumó. \_\_\_\_\_  
¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_

Alcohol  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y la cantidad de bebida por semana: \_\_\_\_\_

Marihuana  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique la cantidad de veces que consume por semana: \_\_\_\_\_

Otras sustancias  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y la cantidad consumida por semana: \_\_\_\_\_

Uso de sustancias por vía intravenosa  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo y el momento en que consume. \_\_\_\_\_

Cantidad de bebidas con cafeína que toma por día: \_\_\_\_\_

Exposición a la radiación  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: \_\_\_\_\_

Exposición a tóxicos  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: \_\_\_\_\_

Uso de terminal de video  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: \_\_\_\_\_

Uso de manta eléctrica  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: \_\_\_\_\_

Uso de sauna o hidromasaje  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: \_\_\_\_\_

¿Usa ropa interior ajustada?  Sí  No

**877.324.4483 | fcionline.com**



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

## Origen étnico

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), a través de la Sociedad de Tecnología para la Reproducción Asistida (SART), requieren información estadística sobre la raza o el origen étnico de nuestros pacientes.

Etnia: (Marque todas las opciones que correspondan)

- Blanca
- Hispana o latina
- Negra o afroamericana
- Asiática
- Amerindio o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Desconocida

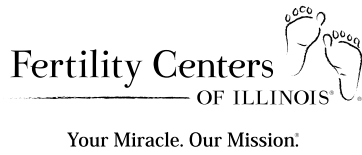
A fin de determinar qué pruebas genéticas son recomendables para usted, describa su origen étnico o países de origen de su familia:

Además, a los propósitos de las pruebas genéticas, marque esta casilla si es:  Judío ashkenazi, cajún o francés canadiense

¿Se realizó alguna vez alguna prueba genética según el origen étnico que marcó arriba?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, especifique las razones para realizarse las pruebas que se mencionan a continuación:

- Sin antecedentes familiares (cribado)
- Antecedentes familiares conocidos
- Portador conocido
- Donante de óvulos
- Infertilidad



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

### Información adicional

Incluya información adicional que considere necesaria para su médico y el equipo de atención médica.

---

---

---

---

### Sección de firmas

Al firmar a continuación, reconozco que toda la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, completa y precisa, y que autorizo todas las acciones indicadas arriba.

Firma

Fecha

**877.324.4483 | [fcionline.com](http://fcionline.com)**



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON USTED Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

### Introducción

Proporcionamos a usted este Aviso de prácticas de privacidad en representación de Fertility Centers of Illinois y en relación con los servicios médicos proporcionados en los establecimientos de Fertility Centers of Illinois (denominados de forma colectiva como “Nosotros” o “Nuestro”). Comprendemos que su información médica es privada y confidencial. Además, la ley nos exige que protejamos la privacidad de la “Información de salud protegida (PHI, Protected Health Information).” La información de salud protegida incluye cualquier información identificable individualmente que obtengamos de usted u otras personas y que esté relacionada con su salud física o mental pasada, presente o futura, la atención de salud que recibió o el pago de su atención de salud.

### Sus derechos

Aunque su historial médico es propiedad física de Fertility Centers of Illinois, tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar una restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información conforme a las leyes aplicables
- Obtener una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad cuando la solicite
- Revisar y copiar su historial médico conforme a las leyes aplicables
- Solicitar una copia electrónica de su historial médico electrónico
- Solicitar modificar su historial médico conforme a las leyes aplicables
- Obtener el detalle de las divulgaciones de su información de salud conforme a las leyes aplicables
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida que ya se haya divulgado la información
- Solicitar una restricción de divulgación de su información de salud a su aseguradora de salud por servicios pagados totalmente en efectivo
- Transmitir copias de su información de salud a terceros cuando lo solicite por escrito

### Nuestros deberes

Se nos exige:

- Proteger la privacidad de su información de salud
- Entregarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información que recopilamos y almacenamos sobre usted
- Cumplir las condiciones de este aviso
- Notificarlo si no podemos aceptar una restricción solicitada
- Satisfacer las solicitudes razonables que pueda tener sobre la comunicación de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- Cuando lo exija la ley, notificarlo en caso de que haya una filtración de su información de salud no respaldada

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y poner en vigor las nuevas disposiciones para toda la Información de salud protegida que almacenamos. Si cambiaran nuestras prácticas de información, publicaremos el Aviso de prácticas de privacidad modificado en nuestro sitio web en [fcionline.com](http://fcionline.com), al igual que en nuestros consultorios, y le proporcionaremos una copia en papel si la solicita.

No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto de la manera que se describe en este aviso. No venderemos su información de salud (a menos que lo permita la ley) ni usaremos ni divulgaremos dicha información para comercialización pagada (por la cual recibamos pago de terceros) sin su autorización. Puede revocar en cualquier momento la autorización que solicitemos y esta revocación entrará en vigor, a menos que ya hayamos actuado en función de ella.

877.324.4483 | [fcionline.com](http://fcionline.com)



## Usos y divulgaciones permitidos

*Usaremos y divulgaremos su información de salud para **tratamiento**.* Por ejemplo: La información que obtiene una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención de salud se registrará en su historial y se usará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su historial sus expectativas respecto de los miembros de su equipo de atención de salud. Luego, los miembros de su equipo de atención de salud registrarán sus acciones y observaciones. De esta manera, el médico sabrá cómo responde al tratamiento.

También le proporcionaremos a su médico o a un proveedor de atención de salud posterior copias de diversos informes que lo ayuden a tratarlo después que le demos el alta de este establecimiento.

*Usaremos su información de salud para **pagos**.* Por ejemplo: Podríamos enviarle una factura a usted o a otro pagador, por ejemplo, a una compañía de seguros o un plan de salud, para fines de recibir pago por el tratamiento y los servicios que recibió. La información incluida en la factura puede incluir información que lo identifique a usted, su diagnóstico o tratamiento, o los suministros usados durante su tratamiento. Si indica que le interesa participar en el programa Attain IVF, proporcionaremos información relevante sobre su afección a Attain Fertility Division de IntegraMed America para que determinen si cumple los requisitos para este programa de financiamiento.

*Usaremos y divulgaremos su información de salud para nuestras **operaciones de atención de salud**.* Por ejemplo: Los miembros del personal clínico, el administrador de riesgos o mejora de la calidad, o los miembros del equipo de mejora de calidad pueden usar la información de su historial médico para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros casos similares. Luego, esta información se usará para mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención de salud y los servicios de medicina reproductiva que ofrecemos.

## Otros usos o divulgaciones de información de salud protegida

**Socios comerciales:** Hay algunos servicios que Fertility Centers of Illinois proporciona a través de contratos con socios comerciales. Por ejemplo: La gestión de servicios de IntegraMed America, Inc. y ciertos laboratorios de análisis. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les solicitamos y cobrarle a usted u otro pagador por los servicios ofrecidos. Sin embargo, para que su información de salud esté protegida, le exigimos a nuestros socios comerciales que protejan su información adecuadamente.

**Notificación:** Podríamos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención, sobre su ubicación y situación general.

**Comunicación con cónyuges o familiares:** Los profesionales de la salud, ocupando su mejor criterio, pueden divulgar a su cónyuge, familiar o a cualquier persona que usted identifique, información relevante a la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención. Le daremos una oportunidad para objetar estas divulgaciones y no divulgaremos información si se opone.

**Investigación:** Podríamos divulgar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un Consejo de Revisión Institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido los protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

**Comercialización:** Cuando lo permita la ley, podríamos comunicarnos con usted para informarle o recomendarle posibles alternativas de tratamiento y otros servicios y tecnologías médicas que puedan interesarle. También podríamos pedir su autorización para otras comunicaciones de comercialización.

**Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, Food and Drug Administration):** Podríamos divulgar a la FDA la información de salud con relación a eventos adversos relacionados con alimentos, suplementos, productos y productos defectuosos o información de vigilancia poscomercialización para retiro, reparación o reemplazo de productos.

**Salud pública:** Según lo exija la ley, se puede usar o divulgar su información de salud para actividades de salud pública tales como ayudar a autoridades de salud pública u otras autoridades legales a controlar enfermedades, lesiones, discapacidades o para otras actividades de supervisión de salud.

**Orden público:** Podríamos divulgar información de salud para fines de orden público según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. Las leyes federales disponen que su información de salud sea divulgada a una agencia de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado adecuado, siempre y cuando un miembro del personal o socio comercial crea de buena fe que hemos incurrido en conductas ilegales o hemos de otra manera infringido los estándares profesionales o clínicos y potencialmente puesto en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

NOTE: La información relacionada con el VIH, información genética, historiales de salud mental y otra información de salud protegida en particular puede estar sujeta a ciertas protecciones específicas de confidencialidad en virtud de las leyes estatales y federales. Las divulgaciones de este tipo de historiales estarán sujetas a estas protecciones especiales.

## Para obtener más información o para informar un problema o queja

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, comuníquese inmediatamente con el Funcionario de privacidad de Fertility Centers of Illinois al **847.729.2188**.

No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información sobre este aviso, comuníquese con el Funcionario de privacidad de Fertility Centers of Illinois al **847.729.2188** o visite **fcionline.com**.

Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013.

**877.324.4483 | fcionline.com**





## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE NUEVO

Nuestra meta en Fertility Centers of Illinois es proporcionarle el cuidado en fecundidad más tecnológicamente avanzado, integral y sensible. Para que obtenga el máximo beneficio desde su primera cita, le solicitamos con todo respeto que se prepare con anticipación mediante los siguientes pasos que se mencionan a continuación:

1. Revise el **Aviso de prácticas de privacidad de Fertility Centers of Illinois**.
2. Llene los siguientes formularios pertinentes o las partes de los formularios que correspondan a sus circunstancias personales:
  - **Paquete para la paciente nueva mujer (para que lo llene cualquier paciente mujer que recibirá servicios médicos)**
  - **Paquete para el paciente nuevo hombre (para que lo llene cualquier paciente hombre que recibirá servicios médicos)**
3. Si tiene seguros Aetna o Humana, consulte los siguientes requisitos de su compañía de seguros: **Formulario de seguros de Aetna y Humana**.
4. Para determinar los exámenes y tratamientos que sean mejores para usted, **es importante que traiga consigo cualquier historia clínica pertinente**. Asegúrese de comunicarse con el proveedor de servicios de salud que conserva estos registros y pedirle que le entregue una copia para usted. Para dar tiempo para los procesos de autorización, copia y envío, solicite los registros tan pronto como sea posible.
5. Si tiene preguntas sobre nuestros centros, visite <http://www.fcionline.com/locations/>.  
Para obtener información sobre viaje y alojamiento, como también atracciones y actividades locales, visite <http://www.fcionline.com/out-of-town/>.
6. Traiga consigo una identificación con fotografía (por ejemplo, licencia de conducir o ID estatal); se necesitarán copias para nuestros archivos.
7. Para completar el proceso de registro, llegue con 20 minutos de anticipación a su cita.
8. Amamos a los niños, sin embargo, como nuestros empleados están dedicados a concentrar toda su atención en nuestros pacientes, no nos es posible supervisar a los niños de los pacientes durante las visitas al consultorio. Asegúrese de que los niños pequeños estén seguros en un coche. Cuando sea posible, pídale a alguien que lo acompañe para que cuide a su hijo mientras usted está con el médico y el equipo de atención de salud.

Esperamos poder conocerlo. Comuníquese con su Equipo de servicios para el paciente de Fertility Centers of Illinois si tiene preguntas, inquietudes o comentarios.



## Sección de consentimiento informado

### 1. Consentimiento para correos electrónicos:

Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois les ofrecen a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico en caso de tener preguntas o inquietudes generales. Dado que la comunicación por correo electrónico implica ciertos riesgos, y que su privacidad y seguridad son de suma importancia para nosotros, los pacientes deben considerar con cuidado su decisión antes de dar su consentimiento para recibir correos electrónicos. Entre los riesgos de la comunicación por correo electrónico, se incluyen los siguientes:

- 1) Circulación, reenvío y almacenamiento en diversos archivos impresos y en formato electrónico
- 2) Envío tanto a destinatarios deseados como no deseados
- 3) Envío a una dirección incorrecta
- 4) Falsificación más fácil que un documento manuscrito o firmado
- 5) Existencia de copias de respaldo incluso después de que el remitente o destinatario haya borrado su copia
- 6) Alteración, reenvío o uso sin autorización o detección
- 7) Introducción de virus en los sistemas informáticos

**Los médicos y el personal de Fertility Centers of Illinois usarán métodos razonables para proteger la seguridad y la confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico. Sin embargo, debido a los riesgos indicados anteriormente, no podemos garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y, por lo tanto, no debe incluir nunca su número de seguro social o fecha de nacimiento en ningún correo electrónico que nos envíe.**

Además, el correo electrónico no debe usarse nunca para comunicar problemas clínicos agudos o urgentes, como dolor o sangrado anormal. Nuestros médicos y el personal siempre tratan de responder los correos electrónicos rápidamente; sin embargo, en cualquier caso de problema clínico, debe seguir las pautas adecuadas si llama a nuestro consultorio o al servicio de contestador fuera del horario de atención. En caso de una emergencia médica, llame al 911.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Fertility Centers of Illinois a comunicarse conmigo por correo electrónico por temas relacionados con mi atención médica y cargos financieros asociados (usaremos la dirección de correo electrónico que figura en la primera página de este formulario).  
Coloque las iniciales aquí

### 2. Autorización para el uso y la divulgación de la información de salud al cónyuge o pareja (si corresponde):

Por medio del presente, autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información de salud que se indica a continuación a:

\_\_\_\_\_  
Cónyuge/Pareja (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_ Autorizo la divulgación de la siguiente información:

Coloque las  
iniciales aquí

Toda la información de salud, como, por ejemplo (si está disponible), cualquier resultado o información en relación con el VIH, información genética, psicoterapia y salud mental, y abuso de sustancias o de alcohol.

Otro: \_\_\_\_\_

Fertility Centers of Illinois solo divulgará la información de salud que usted haya autorizado anteriormente, salvo que la ley exija lo contrario.

\_\_\_\_\_ Autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar mi información de salud (y la información financiera relacionada), según lo designado anteriormente.  
Coloque las iniciales aquí

\_\_\_\_\_ Reconozco que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad.  
Coloque las iniciales aquí

Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si lo hace, esto no afectará ninguna acción que se haya tomado anteriormente conforme a la autorización. Una vez que la información se divulga en virtud de esta autorización, se puede divulgar nuevamente y es posible



**3. Aviso sobre responsabilidad financiera del paciente: Pago y consentimiento para la divulgación de la información y reconocimiento de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA): Pacientes internacionales**

El objetivo de Fertility Centers of Illinois es ofrecerle la atención más sensible, integral y tecnológicamente avanzada. Como cortesía para nuestros pacientes y para ofrecerle el uso más eficaz de sus beneficios de fertilidad, ofrecemos coordinadores financieros para analizar sus necesidades e inquietudes de tratamiento.

**Tenga en cuenta lo siguiente:**

- Los pagos se deben realizar en el momento de recibir los servicios.
- **Puede pagar mediante las dos opciones siguientes:**
  1. **En línea:** [www.fcionline.com/billpay](http://www.fcionline.com/billpay) (también puede acceder a través del portal para el paciente; consulte a continuación la sección de Embryo Options sobre facturación de almacenamiento)
  2. **Si llama directamente a nuestro departamento de facturación al 847.729.2188**
- En casos en que su saldo de paciente exceda los 90 días, los servicios ofrecidos se verán afectados y es posible que no pueda continuar con el tratamiento.
- Excluidos los paquetes, los pagos y créditos se aplican en un orden de saldo adeudado más antiguo a más reciente.
- Todos los paquetes de tratamiento se deben comprar 48 horas o más antes de iniciar el tratamiento.
- Todos los saldos adeudados se deben pagar por completo antes de iniciar un nuevo ciclo.
- Si no puede asistir a una cita médica de paciente nuevo, le pedimos que nos avise con una anticipación de al menos dos (2) días hábiles. En caso de que no pueda avisarnos con anticipación, incurrirá en cargos por no presentarse o de cancelación de último minuto de citas médicas de \$50 durante los días de semana o de \$100 durante los fines de semana. Esta es una cortesía para los pacientes en listas de espera.
- En caso que quiera hablar con el personal médico fuera del horario de atención rutinario (lunes a viernes entre 8 a. m. y 4 p. m.) por una situación que no sea de emergencia, le cobraremos \$50 por hablar con un médico y \$25 por hablar con la enfermera de turno.
- Podríamos exigirle que tenga una tarjeta de crédito válida según nuestra base de datos de PCI (datos de la industria de tarjetas de pago) 48 horas antes de iniciar un plan de tratamiento. Como alternativa, puede hacer un depósito de \$150 por consulta.
- Fertility Centers of Illinois se ha asociado con Embryo Options para proporcionarle facturación de criopreservación y servicios de educación de disposición. Es un requisito que se preinscriba en Embryo Options para criopreservar embriones, óvulos o esperma en <https://fcionline.embryooptions.com/enroll/>.
- Cobertura de medicamentos: En su país, usted puede pedirle los medicamentos a un médico o a una farmacia local. De manera alternativa, nos complacerá solicitar sus medicamentos aquí en los Estados Unidos.

He leído y entiendo la política descrita anteriormente y estoy de acuerdo en aceptar la plena responsabilidad financiera según lo descrito. Autorizo a Fertility Centers of Illinois a recibir el pago de los beneficios del seguro por las reclamaciones presentadas en mi nombre y también autorizo a Fertility Centers of Illinois a divulgar la información médica necesaria para los pagos de las reclamaciones. Los pacientes casados o unidos por ley son conjuntamente responsables de todos los gastos incurridos.

Nombre en letra de imprenta del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la paciente \_\_\_\_\_