



**GENETIC COUNSELING BILLING FORM**

**PATIENT INFORMATION** (Please print legibly/Escribir legible)

Name/Nombre: last/apellido		first/nombre	<input type="checkbox"/> Male Masculino	<input type="checkbox"/> Female Femenino	Patient #:
Address/Domicilio: Número y calle		Home Phone/Teléfono de la casa		Date of Birth/Fecha de Nacimiento	
		Social Security Number/Número de Seguro Social		Work Phone/No. de Teléfono del trabajo	
City/ Ciudad	State/Estado	Zip/Zona Postal	Genetic Counselor		Date of Appointment

**CLIENT INFORMATION**

Client/Subclient: 320496/320497

**BILLING/INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO PARA COBRO**

(Complete Section 1 if you are paying by cash OR Section 2 to have your insurance company billed.)

(Llenar sección 1 si pago es en dinero efectivo. Llenar sección 2 si quiere que su cuenta sea enviada a su seguro médico.)

<p><b>SECTION 1:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Physician or Institution/Doctór ó Institución</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare: (Copy of card required/Copia de la tarjeta)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Inpatient/Paciente hospitalizado</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Outpatient/Paciente no hospitalizado</p> <p>Card # / # de la tarjeta: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid: (Copy of card required/Copia de la tarjeta)</p> <p>Card # / # de la tarjeta: _____</p> <p>State/Estado: _____</p> <p><input type="checkbox"/> California PNS Program</p> <p><input type="checkbox"/> Patient/Self-Pay/Cobro al paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Payment Enclosed/Pago incluido</p> <p><b>* Do not attach credit card information to this form</b></p>	<p><b>SECTION 2: Copy of insurance card (front &amp; back) required, attach copy of authorization if available.</b></p> <p><b>Copia de la tarjeta del seguro (parte delantera y posterior), adjuntar copia de la autorizacion si está disponible.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Insurance/PPO/Seguro/PPO</p> <p><input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Group/IPA*</p> <p style="padding-left: 20px;">Attach co-pay/Adjuntar co-pago</p> <p><input type="checkbox"/> HMO*</p> <p style="padding-left: 20px;">Attach co-pay/Adjuntar co-pago</p> <p>*Authorization #</p> <p>*# de autorización</p> <p><i>Non-authorized services will be billed to the patient.</i></p> <p><i>Servicios no autorizados serán cobrados a Usted.</i></p>
---	---

Insurance Co Name/Nombre de la compañía de seguro:	
Billing Address/dirección de la compañía:	
City, State, Zip/Ciudad, Estado, Zona postal:	
Telephone # / # de teléfono:	
Name of Insured/Nombre del asegurado:	
Policy # / # de la póliza:	Group# / # del grupo:
Name of Employer/Nombre del empleador:	
Relation to Insured/Parentesco con asegurado:	
Self/Asegurado Spouse/Cónyuge Child/Hijo/a Other/Otro	

The charge for these services is separate from any other tests or procedures. I authorize Genzyme Genetics to furnish my designated insurance carrier any information concerning my services that is necessary for reimbursement. I also authorize benefits to be payable to Genzyme Genetics. I understand that I am responsible for any amount not paid by insurance.

Many insurance carriers will pay only for services they deem to be reasonable and necessary or a covered service. If my insurance carrier determines that a particular service is not reasonable and necessary, my insurance carrier may deny payment. If my plan does not cover the genetic counseling or medical consult provided by Genzyme Genetics, I agree to be responsible for full payment.

Signed \_\_\_\_\_ Dated \_\_\_\_\_

El cobro de estos servicios son aparte de cualquier otro examen o procedimiento. Yo autorizo que Genzyme Genetics supla a mi seguro médico de cualquier información que sea necesaria para reembolso. Yo también autorizo que los beneficios sean pagados a Genzyme Genetics. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea pagada por mi seguro médico.

Muchos seguros médicos solamente pagan por servicios que consideran razonables o necesarios. Si mi seguro determina que algún servicio en particular no es considerado razonable o necesario, mi seguro medico puede negar pago. Si mi plan no cubre la charla con la consejera genetica o consulta médica provista por Genzyme Genetics, yo accedo hacerme responsable por la cuenta en completo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Pruebas para detectar portadores de enfermedades genéticas comunes

Aunque la mayoría de las personas tienen bebés saludables, con cada embarazo existe la posibilidad de 3-4% de tener un bebé con problemas. Las siguientes son algunas enfermedades comunes graves que pueden ocurrir incluso sin una historia familiar. Usted puede hacerse la prueba de detección de portadores (un simple análisis de sangre) antes de que nazca el bebé para determinar si usted es portador de los genes que causan las siguientes enfermedades.

### ¿Qué es un portador?

Un portador es una persona que tiene un gen que incrementa el riesgo de tener hijos con cierta enfermedad genética. Las personas no saben si son portadores hasta que se hacen un análisis de sangre o tienen un hijo afectado. Algunas enfermedades ocurren sólo si ambos padres son portadores, y otras enfermedades ocurren sólo cuando la madre es portadora.

### ¿En qué consiste la prueba para detectar los portadores?

La prueba requiere de una muestra de sangre de uno o ambos miembros de la pareja para determinar si son portadores. Si resultan ser portadores, se pueden realizar pruebas de diagnóstico prenatal, como la amniocentesis o la muestra de las vellosidades coriónicas (CVS), para determinar si el feto está afectado. Todas las pruebas son opcionales y usted puede elegir la enfermedad para la que quiera hacerse la prueba.

Enfermedad	Fibrosis quística (FQ)	Síndrome del cromosoma X frágil	Atrofia muscular espinal (AME)
<b>Síntomas de la enfermedad</b>	<i>La enfermedad genética más común en Norte América.</i> Una enfermedad crónica que afecta principalmente los sistemas respiratorio, digestivo, y reproductivo. Los síntomas incluyen neumonía, diarrea, crecimiento deficiente, e infertilidad. Algunas personas son afectadas más levemente, pero las personas afectadas severamente pueden morir en la infancia. Con los tratamientos que existen actualmente, las personas con la fibrosis quística pueden vivir hasta los 20 o 30 años de edad. La fibrosis quística no afecta la inteligencia.	<i>La causa más común de retraso mental hereditario.</i> El síndrome del cromosoma X frágil es una enfermedad que causa retraso mental, autismo, e hiperactividad. Varones o hembras pueden ser afectados, aunque varones usualmente son afectados más severamente que hembras. Las mujeres portadoras corren riesgo de tener un hijo con retraso mental.	<i>La causa más común de muerte infantil hereditaria.</i> La AME destruye las células del sistema nervioso responsables del movimiento voluntario. Los bebés con AME tienen dificultad para respirar, tragar, controlar su cabeza o cuello, y gatear o caminar. La forma más común de AME afecta a los bebés en los primeros meses de vida y puede causar la muerte entre los 2 a los 4 años de edad. Con menor frecuencia, la enfermedad comienza más tarde y las personas pueden sobrevivir en la edad adulta. La AME no afecta a la inteligencia. No existe cura o tratamiento.
<b>Herencia</b>	Si ambos padres son portadores, hay un riesgo de 1 en 4 (25%) de tener un hijo con la fibrosis quística.	Si la madre es portadora, hay hasta un 50% de riesgo de tener un hijo afectado con el síndrome del cromosoma X frágil.	Si ambos padres son portadores, hay un riesgo de 1 en 4 (25%) de tener un hijo con AME.
<b>¿Cuál es la probabilidad de que soy portador de esta enfermedad?</b>	1 de cada 25 Caucásicos 1 de cada 26 Judíos Asquenazíes 1 de cada 46 Latinos/Hispanos 1 de cada 65 Afroamericanos ~1 de cada 90 Asiáticos	1 de cada 260 mujeres en Norte América  Ocurre en todos los grupos étnicos	1 de cada 35 Caucásicos 1 en 41 Judíos Asquenazíes 1 de cada 117 Latinos/Hispanos 1 de cada 66 Afroamericanos 1 de cada 53 Asiáticos
<b>¿Se ha realizado pruebas para estas condiciones previamente?</b>	Si      NO      No estoy segura	Si      NO      No estoy segura	Si      NO      No estoy segura
<b>¿Quisiera hacerse estas pruebas o tener más información? (favor de circular)</b>	SÍ      NO	SÍ      NO	SÍ      NO

**Notification of Results by Fort Worth Perinatal Associates/Genzyme Genetics**

**What is the best way to contact you? Telephone Number:** \_\_\_\_\_

*If this is a secure place where we can leave very personal messages, please sign the release below:*

I, \_\_\_\_\_, give Fort Worth Perinatal Associates and/or Genzyme Genetics permission to leave messages about sensitive personal medical information at the above noted number.

**Por favor anotar el mejor numero de teléfono para nosotros contactarla. Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

*Si este es un lugar seguro donde podemos dejar mensajes muy personales, por favor firme la siguiente autorización:*

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Fort Worth Perinatal Associates y/o Genzyme Genetics dejarme mensajes acerca de mi información médica personal en el número telefónico anotado previamente.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## INFORMACION DEL PACIENTE Y EL EMBARAZO

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: (si vive en California) \_\_\_\_\_

Doctor que le refirió: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN SOBRE SU PAREJA (Si está embarazada, "pareja" se refiere al papá del bebé)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO:**

¿Está usted embarazada? NO  SI  si está, fecha del parto: \_\_\_\_\_

Por favor indique todos los medicamentos que toma regularmente: \_\_\_\_\_

Si esta embarazada, indique todas las medicinas que ha tomado durante este embarazo (excepto vitaminas y Tylenol): \_\_\_\_\_

### **Durante su embarazo, ha tenido o tomado:**

Drogas ilícitas	SI	NO
Cigarros	SI	NO
Alcohol	SI	NO
Fiebre	SI	NO
Rayos X	SI	NO

### **¿Tiene usted las siguientes condiciones?**

¿Diabetes?	SI	NO
¿Epilepsia?	SI	NO

### **NÚMEROS DE TELÉFONO PARA COMUNICARNOS:**

Casa del paciente: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Otra persona con quien podemos dejar información sobre los resultados de sus pruebas? \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si hay algún número de teléfono en el cual podamos dejar **mensajes confidenciales**, por favor firme el siguiente permiso para dispensar información:

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a Genzyme Genetics para dejar mensajes confidenciales sobre los resultados de mis pruebas o información al siguiente número:

TELÉFONO CONFIDENCIAL: \_\_\_\_\_

HE CONTESTADO LAS PREGUNTAS DE LA MEJOR FORMA POSIBLE:

FIRMA DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_