

## PAPELES DE PACIENTE NUEVO

Apellido		Nombre		I	
Fecha de nacimiento (m/d/a)		Fecha de hoy			
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Correo Electrónico					
Teléfono de la casa		Teléfono celular			
Teléfono del trabajo		Otro teléfono			
Sexo	M / F / Trans / Otro	Seguro Social #		Estado Civil	Casado / Soltero / Divorciado / Viudo
¿Quién lo refirió a nuestra oficina?					
Médico de atención primaria					

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre		# de Teléfono		Relación	
Dirección					

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario Empresa		Seguro Secundario	
La persona que es responsable de la cuenta de seguro <i>(Persona que posea la póliza de seguro o legal Tutor de un menor de edad)</i>			
Apellido		Nombre	I
Teléfono de la casa		Teléfono celular	
Teléfono del trabajo		Otro teléfono	
Relación con el paciente		Seguro Social #	
Fecha de nacimiento (m/d/a)		Sexo	M / F / Trans / Otro
Empleador		Ocupación	

	<b>Fecha</b>	
--	--------------	--

<b>Nombre</b>			
<b>Razón de la visita</b>			
<b>Medicamentos Actuales y Dosis</b>		<b>Historial Médico</b> (Marque una "X" si aplica)	
		Presión arterial Alta	
		Derrame cerebral	
		Diabetes	
		Colesterol Alto	
		Enfermedades del corazón → Detalles:	
<b>Alergias a los Medicamentos</b>		Angina	
		Congestiva Insuficiencia Cardíaca	
		Enfisema / Pulmón de los fumadores	
		Asma	
<b>Historia Social</b>		Problemas de la próstata → Cáncer / Agrandamiento	
¿Alguna vez ha fumado?	Sí	No	Tiroides → Hipotiroidismo / Hipertiroidismo
¿Fuma usted actualmente?	Sí	No	Convulsiones
Sí, ¿cuánto? →			Cáncer
¿Bebe alcohol?	Sí	No	Depresión
Sí, ¿cuánto? →			Artritis
¿Cualquier historia de drogas ilícitas?	Sí	No	Enfermedad del Riñon
<b>Antecedentes Familiares</b> (Marque una "X" si aplica)		Otro → Detalles:	
Enfermedad del corazón		Cáncer de Colon	<b>Historial Quirúrgico</b> (Marque una "X" si aplica)
Derrame cerebral		Pólipos en el colon	Cateterismo Cardíaco
Diabetes		Enfermedad de Crohn	Cirugía a Corazón Abierto
Presión arterial alta		Colitis Ulcerosa	Cirugía de la Apéndice
Otro →			Cirugía de la vesícula
<b>Colonoscopia</b>		Otras Cirugías → Detalles:	
Año de Colonoscopia Anterior			
Año de la última Endoscopia Superior EGD			

## Autorización para Tratamiento / Divulgación de Información

**Consentimiento para Tratamiento:** El paciente y / o representante autorizado por este medio consentimiento a cualquier y todo el tratamiento médico que estime conveniente por el médico (s) de Gastro MD.

**Autorización para la Divulgación de Información Confidencial:** Por la presente autorizo Gastro MD a divulgar información médica contenida en el / los registros de mis del paciente a cualquier compañía de seguros, empleador u otro tercero intermediario utilizado por los pacientes con el fin de obtener información y / o la revisión del registro de la atención médica recibida por el paciente para el pago de todos los gastos médicos. Las copias de los registros también se pueden enviar a los médicos referentes a la continuidad de la atención. Registros médicos liberados pueden incluir la información de diagnóstico o terapéutico de visitas y / o procedimientos realizados en el consultorio. A menos que se inició por debajo de los registros no podrán incluir ninguna información confidencial sobre

\_\_\_\_\_ *Alcohol / Abuso de Sustancias* | \_\_\_\_\_ *Salud Mental* | \_\_\_\_\_ *VIH*

**De acuerdo con la Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (HIPAA):** Historia clínica del paciente no se podrá facilitar a la condición médica del paciente no se puede discutir con cualquier otra persona que el paciente, representante legal del paciente, o de otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado y tratamiento del paciente sin que el paciente de autorización escrita. El paciente puede en este momento autorizar a una persona a participar activamente en la información del paciente como mencionar anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**La asignación de los beneficios del seguro:** me asigno el pago directamente al Gastro MD, beneficia el seguro de otro modo pagadero a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de los gastos no cubiertos por esta asignación, que ayudará en la colección de mi seguro en caso de haber algún retraso en el pago. Estoy de acuerdo a que prosiga activamente de percibir el pago de seguros por reclamaciones sin pagar después de (30) días. En después de cuarenta y cinco (45) días de la solicitud sigue pendiente de pago, entiendo que el saldo será debidamente de mí.

**Los pacientes de Medicare:** Certifico que la información dada por mí en la aplicación del pago en virtud del título XVII de la Ley Social es correcta. Autorizo Gastro MD para liberar a la Health Care Financing Administración o sus transportistas o intermediarios, cualquier información necesaria para esto o reclamo relacionado con Medicare. Por la presente autorizo el pago directamente al Gastro MD para los beneficios médicos de otro modo pagadero a mí como un beneficiario del Programa Médico y los demás pagos que se le adeuden por otros terceros pagadores. Estoy de acuerdo en suscribir cuantos documentos sean necesarios para solicitar y obtener el pago. Entiendo que los servicios tales como, pero no limitado a, las pruebas de rutina pueden no estar cubiertos por Medicare a menos que el médico proporciona la necesidad médica.

**Pre - Autorización:** Su compañía de seguros puede requerir autorización previa para las visitas al consultorio y / o procedimientos. Entiendo que si la autorización correspondiente no se logra de mi PCP (médico de cabecera) Seré responsable de los gastos incurridos.

**Paciente / Garante Acuerdo:** Entiendo que Gastro MD no es un negocio de otorgar crédito. Por lo tanto, es la política de Gastro MD solicitar el pago completo en el momento del servicio. Si no puede pagar por el equilibrio del paciente en su totalidad en el momento del servicio, me comprometo a hacer arreglos previos con el departamento de facturación. Entiendo que soy financieramente responsable de mi / cuenta del paciente con Gastro MD, a pesar de mis beneficios del seguro. Yo autorizo una copia de este formulario para ser válida como el original.

Partido del Paciente / Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Autorización para Portal del Paciente**

Nuestro portal paciente deja pacientes establecidos comunicarse más fácilmente con nosotros. El portal no está diseñado para "Visitas en la Web " o nuevos problemas. En su lugar, se hará una comunicación regular más flexible. El portal es una opción voluntaria y es gratis para todos los pacientes. El portal paciente le proporciona una manera mucho más fluida para acceder a su información de salud y ponerse en contacto con nuestra oficina. A través del portal, se puede:

- Solicitar repuestos
- Actualice su información de contacto y de seguros
- Revise su lista de medicamentos, antecedentes médicos y sus visitas
- Obtener los resultados de laboratorio con rapidez
- Envíenos un correo electrónico con seguridad atrás y adelante

Queremos que sus registros estén completos y correctos. Háganos saber si hay cualquier problema con su registro. A veces podemos usar la jerga médica en sus registros y que puede dar lugar a confusión, si algo no tiene sentido, háganoslo saber.

Asuntos de privacidad. Nunca venderemos / comercio / abusar de su dirección de correo electrónico. El portal del paciente está protegido al igual que todas las demás interacciones con nuestra oficina. También creemos que es importante que usted se proteja la privacidad de su fin, y le recomendamos que proteja su nombre de usuario y una contraseña para evitar el mal uso.

Nos tomamos en serio la seguridad, también. Las redes de ordenadores tienen riesgos reales. Utilizamos tecnologías apropiadas para proteger su información de salud. Seguimos todas las leyes de seguridad, incluyendo HIPAA y HITECH. Trato al paciente se complica por correo electrónico. Es fácil malinterpretar la información o la emoción. Vamos a tratar de mantener las cosas en breve y claro en el Portal. Realmente apreciamos su ayuda en eso. Si un mensaje tarda mucho tiempo para escribir, es probable que haya algo mejor hacerlo en persona en una visita al consultorio.

Si tenemos problemas, abuso o spam, es posible que tenga que cambiar las políticas, cuentas de suspender o incluso terminar el portal.

Puede acceder al portal día o de la noche, pero no tiene una presencia de 24 horas en nuestro extremo. Como medida de seguridad, el portal no se debe utilizar para cuestiones urgentes. Si usted tiene una emergencia o si tiene una necesidad médica urgente, debe llamar a nuestra oficina. Si es después de horas, le recomendamos que vaya a atención de urgencia, la sala de urgencias o llame al 911.

Al firmar abajo, entiendo que hay pros y los contras de la utilización del portal del paciente para comunicarse con la clínica. He tenido la oportunidad de hablar de mis preocupaciones con la oficina y tener respuestas a mis preguntas.

**Al firmar abajo, reconozco que me gustaría una cuenta en el Portal del Paciente y acepta los términos y condiciones establecidos anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **Plan de Cuidado de Avance**

**(Pacientes Mayores de 65 Años)**

Nombre	
Dirección	
Fecha de Nacimiento	

Si no puedo hablar por mí mismo, me gustaría que mi médico hablara sobre la atención de mi salud y problemas médicos a la siguiente persona / s: (por favor escriba su nombre y número de teléfono / s):

Nombre	Numero de Teléfono

**Firma** \_\_\_\_\_

**Nombre Impreso** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_