

Estimado/a paciente:

Gracias por elegir a GastroMD como proveedor de gastroenterología. Como proveedor confiable para todas las necesidades de salud de gastroenterología, nos esforzamos por superar sus expectativas.

Complete los siguientes formularios lo mejor que pueda. Si tiene preguntas o necesita ayuda, no dude en comunicarse con nosotros. Traiga estos formularios completos a la próxima cita, junto con:

- un ID con fotografía,
- las tarjetas del seguro y
- el copago o cualquier otra responsabilidad del paciente que deba entregar.

Importante: Si no tiene el ID, la tarjeta del seguro o la responsabilidad del paciente al llegar a la cita, esta se reprogramará.

Para mantener una visita eficiente y puntual, llegue 15 minutos antes de la hora programada para la cita para que tengamos el tiempo necesario para procesar la documentación.

Hasta donde sea posible y factible, todas las responsabilidades financieras del paciente se deben pagar al recibir el servicio.

Gracias, esperamos poder servirlo a la hora programada.



FORMULARIO DE ENTREVISTA AL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer nombre: _____ Apellido: _____ MI: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Farmacia y centro: _____
 Dirección: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono preferido: _____ Teléfono alternativo: _____
 Correo electrónico: _____
 Proveedor que remite: _____ Atención Primaria: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Raza

- Blanco/caucásico
 Negro o afroamericano
 Asiático
 Hispano o latino
 Indio americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 Mixto
 Otros
 Desconocido
 El paciente no quiere dar información

Origen étnico

- Hispano o latino
 No es hispano ni latino
 El paciente no quiere dar información

Sexo

- Masculino
 Femenino
 Otros

Idioma preferido

- Inglés
 Francés
 Portugués
 Español
 Criollo
 Otros: _____

COMUNICACIONES

Autorizo a GastroMD a ponerse en contacto conmigo a través de correo electrónico y el teléfono de arriba: Sí No

Personas a las que podemos revelar información (seleccione el tipo de información que podemos darles, colocando sus iniciales cuando corresponda.

Autorizo a GastroMD a compartir la información de la **facturación médica** del paciente con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre				Fecha	
Motivo de la visita					
Medicamentos actuales			Historia Médica (marque todas las que correspondan)		
			<input type="checkbox"/>	Presión Alta	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	GERD/acidez	
			<input type="checkbox"/>	Derrame	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Diverticulosis	
			<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hemorroides	
			<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Pólipos en el colon	
			<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hígado graso	
			<input type="checkbox"/>	Enfisema/EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Hepatitis	
Medicamentos para alergias			<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Anemia	
			<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Otros:	
			<input type="checkbox"/>	Convulsiones	
Historia social			<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los riñones	
¿Alguna vez fumó?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>	Angina	
¿Fuma actualmente?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>	Diálisis	
Si respondió Sí, ¿cuánto?			<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón → información:	
¿Consumo alcohol?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>	Problemas de próstata → cáncer/inflamada	
Si respondió Sí, ¿cuánto?			<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides → hipotiroidismo/hipertiroidismo	
¿Alguna historia de drogas ilícitas?		<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
			<input type="checkbox"/>	Artritis: Osteoartritis o reumatoide	
Historia familiar (marque todas las que correspondan)			<input type="checkbox"/>	Cáncer → tipo:	
<input type="checkbox"/>	← Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	← Cáncer de colon	Historia de operaciones anteriores (marque todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/>	← Diabetes	<input type="checkbox"/>	← Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/>	Cateterismo en el corazón
<input type="checkbox"/>	← Hipertensión	<input type="checkbox"/>	← Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	Operación a corazón abierto
<input type="checkbox"/>	← Derrame	<input type="checkbox"/>	← Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	Operación de apéndice
<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Operación de vesícula biliar
Colonoscopia/Historia de EGD			<input type="checkbox"/>	Otras Operaciones → Información:	
Año de la última colonoscopia					
Año de la última endoscopia superior EGD					

POLÍTICA Y CONSENTIMIENTO ECONÓMICO

Abajo están las Políticas económicas de GastroMD Florida, LLC y de las entidades afiliadas y subsidiarias. Todas las referencias a las políticas que aparecen a lo largo de este documento se aplicarán por igual a todas las entidades afiliadas y subsidiarias de Gastro MD Florida, LLC, los médicos y los servicios, a los que nos referiremos aquí colectivamente como "GastroMD", "nosotros" o "nuestro".

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

El seguro médico es un contrato entre usted y la aseguradora. Cualquier gasto que no sea pagado por la aseguradora, por cualquier motivo, es su responsabilidad. También es su responsabilidad entender los beneficios del seguro, incluyendo las limitaciones del plan, las diferencias entre evaluación o beneficios de atención preventiva frente a los beneficios del procedimiento de diagnóstico y la necesidad de remisiones o autorizaciones previas. Haremos todos los esfuerzos necesarios para comprobar los beneficios e identificar la responsabilidad económica y los requisitos para las autorizaciones, en su nombre, antes de la cita; sin embargo, esto no es una garantía de pago pues el seguro médico determinará el pago después de recibir un reclamo nuestro. Es responsabilidad suya informarnos sobre cualquier cambio en la póliza del seguro para que podamos verificar la cobertura antes de la cita. Por este medio, usted autoriza a GastroMD a entregar o revelar a las aseguradoras cualquier información necesaria que esté relacionada con la enfermedad y los tratamientos. Facturaremos al seguro todos los servicios que prestemos; sin embargo, exigimos que usted pague cualquier parte de la responsabilidad económica por atención, incluyendo, entre otros, copagos, deducibles o coseguros antes de recibir el servicio. Es probable que ciertos servicios que presta nuestro consultorio, en su beneficio, no estén cubiertos por su plan de seguro. GastroMD recomienda que se comunique con la aseguradora para verificar los beneficios y entender cuáles son los servicios que no están cubiertos, pues estos serán su responsabilidad económica. Tenga en cuenta que, si tiene una póliza del mercado de seguros según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y recibe un subsidio, pero no paga la prima durante el período de gracia, su atención será completamente su responsabilidad económica. Por la presente usted cede a GastroMD, los médicos u otros proveedores de atención médica, todos los pagos por los servicios médicos o de atención médica que se prestaron a usted o a sus dependientes, y autoriza a la aseguradora a emitir pagos directamente a GastroMD por los servicios médicos y de atención médica que se presten a usted o a sus dependientes sin importar los beneficios del seguro, si tiene alguno. CIERTAS ASEGURADORAS O EMPLEADORES PUEDEN TENER UNA ESTRECHA RED QUE EXCLUYE A SU MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. SI NUESTROS SERVICIOS SE CONSIDERAN FUERA DE LA RED Y EL PLAN DE BENEFICIOS NO TIENE BENEFICIOS FUERA DE LA RED, ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR LOS SERVICIOS EN SU TOTALIDAD. CONSULTE CON EL PLAN ANTES DE LA VISITA.

CARGOS ADMINISTRATIVOS

Como cortesía para los otros pacientes que están esperando, exigimos que nos avise cualquier cancelación de una cita. Las citas perdidas o canceladas están sujetas a los siguientes cargos, que no están cubiertos por el seguro:

Centro quirúrgico o procedimiento hospitalario <u>con aviso de menos de 72 horas de anticipación</u>	\$75
Procedimiento en el consultorio <u>con aviso de menos de 24 horas de anticipación</u>	\$50
Visita en el consultorio <u>con aviso de menos de 24 horas de anticipación</u>	\$25

Además, las citas perdidas o canceladas sin el aviso correspondiente pueden tener como consecuencia un cargo hecho por el centro quirúrgico correspondiente, el hospital o el centro. Hay un cargo por cheques rechazados por cualquier motivo (confirme con el personal de la oficina las tarifas específicas que se cobran). No resolver el pago del cheque rechazado puede tener como consecuencia una acción legal. Además, puede haber un cargo por completar formularios (confirme con el personal de la oficina las tarifas específicas que se cobran) y copiar el expediente médico de acuerdo con las leyes estatales.

POLÍTICA DE TARJETA GASTROMD EN EL ARCHIVO

GastroMD se compromete a reducir la basura e ineficiencia y a tener un proceso de facturación tan sencillo como sea posible. Es necesario que dé información de su tarjeta de crédito para el archivo de nuestra oficina. Ejecutamos los pagos a través de una aplicación de servicios comerciales segura, cumpliendo la HIPAA y PCI. La seguridad de su información privada es nuestra prioridad. Por seguridad, solamente el primer dígito y los últimos cuatro dígitos de la tarjeta se muestran en el sistema.

Las tarjetas de crédito registradas en el archivo se usarán para pagar los saldos de las cuentas después de la adjudicación del seguro.

1) Una vez que el seguro haya procesado el reclamo, enviarán una explicación de beneficios (EOB) tanto a usted como a nuestra oficina mostrando la responsabilidad económica total del paciente. Por lo general, usted recibe el EOB antes que nosotros y si no está de acuerdo con la cantidad de responsabilidad del paciente que se debe, es su responsabilidad comunicarse de inmediato con la aseguradora y con nuestra oficina.

2) Al recibir el EOB, registraremos la información en nuestro sistema. Enviaremos un estado de cuenta que mostrará la cantidad, responsabilidad del paciente, que debe. Tendrá veintiún (21) días, a partir de la fecha del estado de cuenta del paciente, para cancelar la cantidad a pagar. Si la cantidad que es responsabilidad del paciente no se paga dentro de los veintiún (21) días después de la fecha del estado de cuenta, GastroMD procesará el pago con la tarjeta de crédito que está registrada en el archivo. Si la cantidad total que debe es de \$450 o menos, procesaremos el pago por la cantidad total, como se muestra en el estado de cuenta, hasta \$450 con la tarjeta de crédito registrada en el archivo. Si la cantidad total que se debe es mayor que \$450, procesaremos un pago por \$450 con la tarjeta de crédito registrada en el

archivo y recibirá otro estado de cuenta por el saldo que quedó pendiente.

La tarjeta de crédito se usará únicamente después de que el seguro procese el reclamo. Su capacidad para disputar los cargos de la compañía de seguros no se verá debilitada.

Las tarjetas de crédito registradas en el archivo también se usarán para pagar cualquier cargo administrativo que esté pendiente de pago; estos cargos no están cubiertos por el seguro.

SALDOS ABIERTOS

Usted puede tener un saldo pendiente en más de un centro de GastroMD. Nos reservamos el derecho de cobrar los saldos de cualquier entidad afiliada o subsidiaria de GastroMD. Usted comprende que, si no cumple nuestras políticas económicas, el saldo puede enviarse a una agencia de cobranzas de terceros, y usted acepta ser responsable de todos los costos y cargos de cobranza en que incurra GastroMD incluyendo, entre otros, los cargos de cobranza o contingencia razonables que cobre un tercero sobre el saldo pendiente o remitido.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO DE GASTROMD

Autorizo a GastroMD, a su personal y al servicio de notificación al paciente para se comuniquen conmigo a través de mi celular, para llamadas telefónicas automatizadas y para mensajes de texto SMS. Entiendo que las notificaciones de emergencia están excluidas de este permiso y se enviarán como mensajes normales. Entiendo que se pueden aplicar tarifas a los mensajes/datos que se envíen a mi celular a través de GastroMD. Entiendo que no estoy obligado a autorizar a GastroMD a enviar mensajes como parte de este programa. Firmando, certifico que soy el propietario de este celular y del contrato de uso.

Firmando abajo, confirmo que leí y entiendo las Políticas económicas de GastroMD que están arriba y estoy de acuerdo y acepto todas las Políticas económicas, incluyendo, entre otras, la Política del registro de la tarjeta de crédito en el archivo. Autorizo a GastroMD a usar la tarjeta de crédito que está registrada en el archivo para pagar cualquier cargo administrativo o saldo pendiente, pero únicamente después de que el seguro haya sido procesado y no más de doce (12) meses después de que la tarjeta de crédito se haya registrado en el archivo. Autorizo a GastroMD a aplicar los pagos por cualquier cargo administrativo o saldo pendiente en cualquiera de sus centros. Comprendo que finalmente soy económicamente responsable por los servicios que recibí de GastroMD. Si me niego a cumplir la responsabilidad económica, comprendo que me pueden facturar los cargos en que incurran durante el proceso de cobranza, incluyendo los cargos de las agencias de cobranza de terceros.

FIRMA X _____ **FECHA** _____
Firma de la persona o el representante legalmente autorizado

Nombre en letra de molde del representante legalmente autorizado (si corresponde): _____

Si es el representante, indique la relación que tiene con la persona: Padres de un menor Tutor Otros _____

FIRMA X _____ **FECHA** _____
Firma de la persona menor de edad



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA? ¿Podemos revelar la información médica protegida a su: cónyuge, hijos adultos, hermanos, abogado, compañía de seguro de vida u otra entidad? Si respondió sí, escriba el nombre, información de contacto y relación que tiene con usted.

Persona/nombre de la organización _____
 Relación _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Persona/nombre de la organización _____
 Relación _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE REVELAR? Complete los siguientes marcando los artículos que quiere que se revelen. Se exige la firma del paciente menor de edad para revelar algunos de estos artículos. Si se va a revelar toda la información médica, marque únicamente la primera casilla.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información médica | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio | <input type="checkbox"/> Notas de avance | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Historia/examen físico | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/ actuales | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Informes de las pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Imágenes de los exámenes |
| | <input type="checkbox"/> Informes operativos | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| | <input type="checkbox"/> Informes de las consultas | | |

Sus iniciales son necesarias para revelar la siguiente información:

____ Expediente de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)

____ Información genética (incluyendo los resultados de las pruebas genéticas)

____ Expediente de drogas, alcohol o abuso de sustancias

____ resultados de la prueba/tratamiento de VIH/sida

PERÍODO DE TIEMPO EFECTIVO: esta autorización es válida hasta que ocurra lo primero: la muerte de la persona; la mayoría de edad alcanzada por la persona; anulación de la autorización; o, la siguiente fecha específica (opcional):

Mes ____ **Día** ____ **Año** ____

DERECHO DE REVOCATORIA: Entiendo que puedo anular el permiso en cualquier momento dando aviso por escrito e indicando mi deseo de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que las acciones tomadas por las entidades que tenían el permiso para acceder a mi información médica, sobre la base de esta autorización, no se verán afectadas. Si retiro esta autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **GASTROMD FLORIDA, LLC 511 W Bay St, STE 400, Tampa, FL ATTN: Privacy Officer**. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se reveló, basándose en esta autorización, ni a mi compañía de seguros, cuando la ley dé a la aseguradora el derecho de impugnar un reclamo según mi póliza.

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIONES POR TELÉFONO MÓVIL: Firmando este documento, da el consentimiento para que usemos su teléfono móvil para comunicarnos con usted por mensaje de texto o voz, a través de mensajes automáticos o grabados, para dar información relacionada con la atención médica, la cuenta o las facturas por servicios de atención médica e información relacionada con más servicios de salud que pueden ser de interés para usted. No está obligado a darnos el teléfono móvil para estos propósitos.

Si aún no dio el teléfono móvil a GastroMD, puede darlo aquí: (____) ____ - ____ **FIRMA DE AUTORIZACIÓN:** Leí este formulario y estoy de acuerdo con el uso y la revelación de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la revelación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las revelaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por 45 C.F.R. § 164.502 (a) (1). Entiendo que la información revelada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación hecha por el destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMA X _____

Firma de la persona o el representante legalmente autorizado

FECHA

Nombre en letra de molde del representante legalmente autorizado (si corresponde): _____

Si es el representante, indique la relación que tiene con la persona: Padres de un menor Tutor Otros _____

FIRMA X _____

Firma de la persona menor de edad

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO Y AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXAMEN PÉLVICO/RECTAL: El que suscribe entiende que el examen físico puede incluir un examen médicamente apropiado del área pélvica o recto y da la autorización para dicho examen.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO GENERAL: El que suscribe se presentó voluntariamente para recibir atención médica y da el consentimiento para dicha atención médica y tratamiento, incluyendo los procedimientos y pruebas de diagnóstico que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios o apropiados para el propósito del diagnóstico. Los procedimientos o exámenes pueden incluir, entre otros, endoscopia, pruebas de respiración, cápsula endoscópica, Fibroscan, ligadura de hemorroides con banda elástica, ultrasonido y examen rectal. El que suscribe entiende que la naturaleza, el propósito previsto, los riesgos/complicaciones potenciales y las alternativas para cada procedimiento o tratamiento se los explicarán de antemano. El que suscribe entiende y reconoce que no se da ni se dará ninguna garantía sobre el resultado o la curación del tratamiento.

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: El que suscribe entiende que tiene derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de GastroMD antes de firmar este documento y reconoce que el Aviso de prácticas de privacidad de GastroMD se puso a su disposición. El Aviso de prácticas de privacidad de GastroMD también se da en la sala de espera.

FIRMA X _____

Firma de la persona o el representante legalmente autorizado

FECHA _____

Nombre en letra de molde del representante legalmente autorizado (si corresponde): _____

Si es el representante, indique la relación que tiene con la persona: Padres de un menor Tutor Otros _____

FIRMA X _____

Firma de la persona menor de edad

FECHA _____