

DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
HOJA INFORMATIVA DEL PACIENTE

POR FAVOR IMPRIMA INFORMACIÓN

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial Intermedia: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad, Estado, Y Código Postal _____

Dirección de Facturación (si es diferente de la anterior): _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: Masculino___ Femenino:___ No. Seguro Social: ___/___/___

Le pedimos su número de seguro social porque lo necesitamos para interactuar con el hospital, las compañías de seguros y las agencias gubernamentales. Protegeremos esta información con el mismo cuidado que protegemos sus otros registros médicos confidenciales.

No. de Teléfono de Contacto Principal: _____ Casa, Trabajo, Celular, Otros (circule uno)

Este es el número principal que utilizaremos para contactarlo para todas las comunicaciones. Debe ser un número con un contestador automático o un correo de voz conectado a él.

No. de Teléfono de Contacto Alternativo: _____ Casa, Trabajo, Celular, Otro (circule uno)

Otro No. de Teléfono de Contacto Alternativo: : _____ Casa, Trabajo, Celular, Otro (circule uno)

Dirección de Correo Electrónico: _____

Le pedimos su raza, etnia y idioma preferido de acuerdo con la ley de tecnología de la información de salud para la salud clínica (HITECH) según sea necesario para cumplir con las regulaciones del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos para la certificación de uso significativo. Aunque estamos obligados a solicitar esta información, usted puede optar por declinar.

Su Idioma Preferido (Circule Uno): Inglés, Español, Otro: _____. Me recusar a responder.

Estado civil (circule uno): Casado, Soltero, Separado, Divorciado, Viudo

Etnia (circule uno): No Hispano, Hispano, Latino, Me recusar a responder.

Carrera: _____

Método de Comunicación Preferido (Indique):

Correo: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Doctor de referencia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Número : _____

Relación con el Paciente: _____

Empleador Paciente: _____ Número _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Información del Seguro Primario:

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Nombre del Asegurado: _____ SS# _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de miembro del Seguro: _____ Numero de grupo: _____

¿Este seguro requiere una referencia de un médico de atención primaria? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿se obtuvo la referencia?: Sí _____ No _____ Copago: _____

Información del seguro secundario:

Nombre de la Compañía de Seguros _____

Nombre del Asegurado: _____ SS# _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de miembro del Seguro: _____ Numero de grupo: _____

¿Este seguro requiere una referencia de un médico de atención primaria? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿se obtuvo la referencia?: Sí _____ No _____ Copago: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

LEA DETENIDAMENTE: Todos los cargos o copagos, si corresponde, vencen al momento de los servicios. Todos los servicios profesionales prestados se cargan al paciente. El paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro, a menos que los servicios estén cubiertos por un acuerdo contractual entre la Práctica Médica y su compañía de seguros. El paciente será responsable de cualquier COSTO en el que se incurra en el cobro o litigio de cualquier saldo impago.

AUTORIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LIBERACIÓN: Por la presente autorizo a Digestive Diseases Associates o sus médicos a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento a: (compañía de seguros o abogado). Una copia de esta autorización se considerará válida como original.

Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a mi compañía de seguros o a la Administración de la Seguridad Social y la Administración de Financiación de la Atención Médica o a sus intermediarios o proveedores de servicios, toda la información necesaria para esta o una reclamación relacionada con Medicare. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del pago original y requerido de los beneficios del seguro médico a la parte que acepta la asignación. Entiendo que soy responsable por cualquier monto que no esté cubierto por mi compañía de seguros.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
876 S PARSONS AVE.
BRANDON, FL 33511

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA: _____

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?:

PRESIÓN ARTERIAL ALTA _____	ANEMIA _____
INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA _____	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR _____
CONVULSIONES _____	COLESTEROL ALTO _____
SANGRE EN HECES _____	PANCREATITIS _____
ATAQUE CARDÍACO _____	ASMA _____
ENFERMEDAD TIROIDEA _____	PÓLIPOS EN EL COLON _____
ENFERMEDAD RENAL _____	CÁNCER (TIPO) _____
TUBERCULOSIS _____	HEPATITIS (TIPO) _____
ÉMBOLO PULMONAR _____	TRASTORNO DEL HÍGADO _____
DIABETES _____	CLOTES DE SANGRE (EN BUQUES DE SANGRE) _____
COLITIS _____	ANEMIA FALCIFORME _____
ENFERMEDAD DE CROHN _____	OTROS: _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: _____

SI HA TENIDO UNA COLONOSCOPIA O EGD (ENDOSCOPIA): SÍ _____ NO _____ SI ES SÍ, QUE PROCEDIMIENTO E INDICA LA FECHA: _____

LISTE CUALQUIER MEDICAMENTO AL QUE SEA ALERGICO: _____

LISTE CUALQUIER CIRUGÍA QUE HA TENIDO Y LA FECHA: _____

¿HA TENIDO ALGUN PROBLEMA CON LA CIRUGÍA O LA ANESTESIA?: SÍ _____ NO _____

FUMAS: SÍ _____ NO _____ ¿CUÁNTO Y CUÁNTO TIEMPO? _____

BEBES: SÍ _____ NO _____ ¿CUÁNTO? _____

¿ALGUIEN EN SU FAMILIA HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? POR FAVOR INDIQUE PADRE, MADRE, HERMANO O HERMANA.

ENFERMEDAD DE CROHN _____	HEPATITIS _____	TRASTORNOS DEL RIÑÓN _____
CÁNCER DE COLON _____	DIABETES _____	PRESIÓN ARTERIAL ALTA _____
ENFERMEDAD CELÍACA _____	ACCIDENTE CEREBROVASCULA _____	COLITIS _____
PÓLIPOS EN EL COLON _____	TRASTORNO DEL HÍGADO _____	ANEMIA _____

DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
876 S PARSONS AVENUE
BRANDON, FL 33511

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FARMACIA: _____

UBICACIÓN DE LA FARMACIA: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

ALERGIAS: SÍ ____ NO ____ SI ES ASÍ, POR FAVOR INDIQUE: _____

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	DOSIFICACIÓN Y FRECUENCIA

DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
876 S PARSONS AVE
BRANDON, FL 33511

DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
876 S PARSONS AVE.
BRANDON, FL 33511

Es nuestra poliza NO REVELAR información confidencial y / o no autorizada por teléfono, contestador automático, teléfono del trabajo o teléfono celular. Cada vez que devuelve una llamada telefónica y el contestador automático contesta, no dejamos un mensaje si el nombre o el número de teléfono no aparecen en el mensaje grabado para identificar la residencia. La información tampoco se dejará con una persona no autorizada que pueda contestar el teléfono. Si desea que se divulgue información a alguien que no sea usted o le queden mensajes, complete lo siguiente:

Doy autorización a Digestive Diseases Associates y su personal para dejar la información médica relacionada con mi atención mediante los siguientes métodos y asumiré la responsabilidad de notificarles cada vez que cambie esta información.

TELÉFONO DE CASA: SÍ _____ NO _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
CONTESTADOR AUTOMÁTICO: SÍ _____ NO _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
TELEFONO CELULAR / CORREO DE VOZ: SÍ _____ NO _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
TELEFONO DE TRABAJO: SÍ _____ NO _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Tenga en cuenta: Aparte de su póliza de seguro de salud y su médico de referencia, necesitaremos un consentimiento firmado para divulgar información médica..

Enumere los nombres de las personas con las que podemos hablar sobre su atención médica:

CÓNYUGE: _____ SÍ _____ NO _____
PADRE: _____ SÍ _____ NO _____
OTRAS RELACIONES: _____ SÍ _____ NO _____

NOBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
876 S PARSONS AVENUE
BRANDON, FL 33511

POLÍZA FINANCIERA

Los médicos y el personal de Digestive Diseases Associates desean darle la bienvenida a nuestra consulta. Nos esforzamos por brindarle una excelente atención médica.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CONFIRMA QUE HA LEÍDO Y ENTIENDO NUESTRA POLÍTICA DE OFICINA.

Es su responsabilidad informar a nuestra oficina de cualquier cambio de dirección y número de teléfono. Su cuenta debe mantenerse actualizada en consecuencia; todos los copagos y deducibles de auto pago o de seguro se cobrarán al momento del servicio. Tomamos cheques, MC, Visa, American Express y Discover. Un cheque de devolución resultará en un cargo por servicio de \$ 25.00 y todos los pagos futuros deben hacerse con una tarjeta de crédito.

Se le enviará un estado de cuenta cada mes si su saldo supera los \$ 2.00.

Los reembolsos se emitirán al final de cada mes si no hay reclamaciones de seguros pendientes. Hay un cargo de \$ 40.00 por completar la documentación solicitada (FLMLA, DISCAPACIDAD Y ECT). Por favor, espere 30 días hábiles para completar la documentación solicitada.

Si su cuenta se entrega a una agencia de cobranza, usted será responsable de cualquier costo incurrido en la cobranza de dicho saldo y deberá colaborar con la agencia de cobranza para pagar el saldo, no a nuestra oficina.

Presentamos sus reclamos, sin embargo, debemos enfatizar que, como proveedor médico, nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.

Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su cobertura de seguro. Si su compañía de seguros requiere una referencia de su médico de atención primaria, es su responsabilidad que la remita por fax a nuestra oficina antes de su cita. Nuestra oficina le permitirá traer su referencia a la hora de su cita. Sin embargo, si nuestra oficina no tiene la referencia a la hora de su cita, es posible que se le solicite que vuelva a programar su cita hasta que se obtenga la referencia.

Es su responsabilidad por los cargos no cubiertos que su compañía de seguros no pague. Si bien la presentación de su reclamo de seguro es una cortesía para usted, todos los cargos son siempre su responsabilidad.

Nos damos cuenta de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago de su cuenta. Si surgen tales problemas, le recomendamos que se comuniquen con nuestro departamento de facturación al 813-685-1210 para obtener asistencia en la administración de su cuenta. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultarnos.

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FETCHA: _____

**DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC
876 S PARSONS AVENUE
BRANDON, FL 33511**

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Reconocimiento del paciente al recibo de las prácticas de privacidad de Digestive Diseases Associates.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

S.S.N.: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

Comprenda que la información médica del paciente es privada y confidencial. Entiendo que el personal de Digestive Diseases Associates trabaja muy duro para proteger la privacidad del paciente y preservar la confidencialidad de la información de salud de la persona del paciente.

Entiendo que Digestive Diseases Associates puede usar y divulgar la información de salud personal del paciente para ayudar a proporcionar atención médica al paciente, para manejar la facturación y el pago, y para cuidar otras operaciones de atención médica. En general, no habrá otros usos y divulgaciones de esta información a menos que lo permita. Entiendo que a veces la ley puede requerir la divulgación de esta información sin mi permiso, mediante una citación mediante una orden judicial. Estas situaciones son muy inusuales. Un ejemplo sería si un paciente amenazara con lastimar a alguien.

Digestive Diseases Associates tiene un documento detallado llamado "Aviso de prácticas de privacidad". Contiene más información sobre las políticas y prácticas que protegen la privacidad del paciente y se muestra en la sala de espera y también está disponible en el personal de la oficina. Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuse de recibo.

Digestive Diseases Associates puede actualizar este reconocimiento y el "Aviso de prácticas de privacidad". Si lo solicito, Digestive Diseases Associates me proporcionará el "Aviso de prácticas de privacidad" más actualizado.

Dentro de este "Aviso de prácticas de privacidad" se encuentra una descripción completa de mis derechos de privacidad / confidencialidad. Estos procedimientos pueden incluir otros requisitos de firma, reconocimiento por escrito y autorizaciones; marco de tiempo razonable para solicitar información; cargos por copias y necesidades de información no rutinarias; Ayudaré a Digestive Diseases Associates a seguir los procedimientos si elijo ejercer cualquiera de mis derechos descritos en el "Aviso de prácticas de privacidad".

Mi firma a continuación indica que me han dado la oportunidad de revisar una copia actual del "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Digestive Diseases Associates.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____ **HORA:** _____

Relación con el paciente si está firmada por alguien que no sea el paciente (padre, tutor legal, representante personal, etc.)

¿Le gustaría discutir su PHI con cualquier otra persona (por ejemplo, cónyuge, hijo)? SI ___ NO ___