

# DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

SSN \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Preferido  Preferido

Dirección \_\_\_\_\_  
Dirección de calle Apt/Unidad # Ciudad Estado Código postal

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

Raza  Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afroamericano  
 Caucásico  Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_

Etnicidad  Hispano/Latino  No Hispano/Latino

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de referencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo a Digestive Diseases Associates of Tampa Bay, LLC o a sus médicos a divulgar cualquier información adquirida durante mi examen o tratamiento a: (compañía de seguros o abogado). Una copia de esta autorización se considerará tan válida como el 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 del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de la Atención Médica o a sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Autorizo que se use 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 de cualquier monto no cubierto por mi compañía de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Permiso Para El Tratamiento** Por la presente doy mi consentimiento para cualquier atención médica que mi médico considere aconsejable o necesaria y otorgo autoridad a la Digestive Diseases Associates of Tampa Bay, LLC (DDA) para administrar y realizar todos los exámenes, tratamientos, procedimientos de diagnóstico y cirugías que se necesiten ahora o en el futuro. Entiendo y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Le notificaré cualquier cambio en mi estado o en la información anterior. La fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

# DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC

## Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información médica protegida (PHI)

Digestive Diseases Associates of Tampa Bay, LLC (DDA) no divulgará información a nadie a menos que tengamos autorización por escrito para hacerlo. Soy responsable de notificar a DDA cada vez que esta información cambie. Para divulgar información a otros médicos (fuera de su médico remitente y compañía(s) de seguros), requerimos una autorización médica firmada.

### Autorizo al DDA a divulgar información médica protegida a las siguientes personas:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal                      Fecha                      Nombre/relación Tutor legal

### Reconocimiento de prácticas de privacidad (NPP)

Digestive Diseases Associates of Tampa Bay, LLC (DDA) 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 está en exhibición en la sala de espera, publicada en nuestro sitio web y disponible en el personal de la oficina. Entiendo que tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este reconocimiento.

Por la presente reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad de DDA según lo exige la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal                      Fecha                      Nombre/relación Tutor legal

### Permiso para recibir correos de voz, mensajes de texto y correo electrónico.

La DDA puede comunicarse con usted a través de correo de voz/mensajes de texto/correo electrónico para recordarle una cita o brindarle recordatorios generales de salud o información de atención médica. Entiendo que una vez que he dado mi consentimiento para recibir comunicaciones por mensaje de texto o correo electrónico, soy consciente de que tengo derecho a revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento.

Teléfono de casa \_\_\_\_\_  Correo de voz  Rechazar

Teléfono celular \_\_\_\_\_  Correo de voz  Mensaje de texto  Rechazar

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  Inscribirse en MyChart by Epic  Rechazar

He dado mi consentimiento a la selección realizada anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor legal                      Fecha                      Nombre/relación Tutor legal

# DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC

## Política financiera

Este es un acuerdo entre Digestive Diseases Associates of Tampa Bay, LLC (DDA), como acreedor, y el Paciente/Deudor nombrado en este formulario. Al ejecutar este acuerdo, usted acepta pagar por todos los servicios que se reciben. El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Aceptamos efectivo, cheques personales, giros postales, cheques de caja, Visa, MasterCard, Discover y American Express.

**Seguro:** El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Presentaremos reclamos de seguro solo para planes con los que tenemos un contrato. Participamos en algunos planes de atención administrada. Para presentar sus reclamos, requerimos una copia legible del anverso y reverso de la tarjeta del seguro, identificación con foto y verificación de beneficios por parte de su compañía de seguros antes de las visitas. Es responsabilidad del asegurado/paciente proporcionar información actualizada y precisa para la presentación de reclamaciones. Todos los copagos, coseguros y deducibles vencen en el momento en que se prestan los servicios.

**Si su seguro requiere una remisión y/o autorización previa, usted es responsable de obtener la remisión. Si no obtiene la derivación o la autorización previa, es posible que se re programe su cita. Le ayudaremos a obtener las referencias/autorizaciones requeridas.**

Si está cubierto por un plan del que no somos proveedores participantes, se espera el pago cuando se presten los servicios. Le proporcionaremos un recibo detallado para que presente su seguro. Su compañía de seguros será responsable de reembolsarle cualquier cobertura que pueda tener.

**Autopago:** si no tiene seguro, se le pedirá que pague su visita en el momento del servicio. El monto de pago por cuenta propia cubre solo los servicios profesionales proporcionados por su médico en el consultorio. Si está programado para un procedimiento en un centro externo, deberá pagar a nuestra oficina por los servicios profesionales al momento de programar su procedimiento. El centro en el que está programado para su procedimiento le notificará los cargos adicionales. Recibirá una factura por separado del anesthesiólogo y por cualquier prueba enviada a patología durante su procedimiento.

**Cargo por cobro:** Se agregará a su cuenta un cargo por un total del 30 % del saldo adeudado si debemos enviar su cuenta a una agencia de cobro. Usted nos da permiso para verificar su historial crediticio y laboral y para responder preguntas sobre su experiencia crediticia con nosotros. Tenemos la opción de informar su cuenta a cualquier agencia de informes crediticios, como una oficina de crédito.

**Renuncia a la confidencialidad:** usted comprende que si esta cuenta se envía a un abogado o a una agencia de cobro, si debemos litigar en un tribunal o si se informa a una agencia de informes crediticios sobre su estado vencido, el hecho de que recibió tratamiento en nuestra oficina puede convertirse en un asunto de registro público.

**Cheques devueltos:** Actualmente hay un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto por el banco. El pago de un cheque devuelto debe hacerse en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.

**Copia de registros:** deberá solicitarlo por escrito y pagar una tarifa de copia razonable por las copias de sus registros. Usted nos autoriza a incluir toda la información relevante, incluido el historial de pagos. Si solicita que se nos transfieran registros de otro médico u organización, nos autoriza a recibir toda la información relevante, incluido su historial de pago.

**Completar formularios:** Hay un prepago de \$40.00 para completar el papeleo solicitado. Espere 30 días hábiles para que se complete.

**Fecha de vigencia:** una vez que haya firmado este acuerdo, acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

**Mi firma a continuación certifica que he leído (o el formulario me lo han leído) y comprendo el contenido de este formulario.**

---

**Nombre del paciente**

---

**Fecha de nacimiento**

---

**Firma del paciente/tutor legal**

---

**Fecha**

---

**Nombre/relación Tutor legal**

SHAREPOINT → FORMS → FRONT DESK    WORD → SHAREPOINT → LEADERSHIP → WORD VERSION → FRONT DESK

# DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC

## Historial Medico

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

### Historial médico personal

¿Tiene actualmente o un historial de alguno de los siguientes:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta             | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón         | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático                           |
| <input type="checkbox"/> Anemia                            | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Diabetes                                     |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre (en los vasos sanguíneos) |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular         | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon          | <input type="checkbox"/> Colitis                                      |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal          | <input type="checkbox"/> Célula falciforme                            |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto                   | <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn                          |
| <input type="checkbox"/> Sangre en heces                   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                  |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis                      | <input type="checkbox"/> Hepatitis (tipo) _____    |   |
|  | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar          |   |

¿Alguna vez ha tenido una colonoscopia o EGD (endoscopia superior):  Sí  No

En caso afirmativo, seleccione el(los) procedimiento(s) y proporcione la(s) fecha(s):

Colonoscopia \_\_\_\_\_  EGD \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento?  Sí  No En caso afirmativo, enumere los medicamentos a continuación:

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía anterior?  Sí  No En caso afirmativo, indique la cirugía/cirugías a continuación.

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema adverso con la cirugía o la anestesia?  Sí  No  N/A

¿Fuma usted:  Sí \_\_\_\_\_  No \_\_\_\_\_ ¿Cuánto y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Bebe:  Sí \_\_\_\_\_  No \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

### Historial médicos familiar

¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, indique quién.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia _____              | <input type="checkbox"/> Diabetes _____                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca _____  | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____     |
| <input type="checkbox"/> Colitis _____             | <input type="checkbox"/> Trastornos renales _____        |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____     | <input type="checkbox"/> Trastornos hepáticos _____      |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon _____    | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn _____ |  |

**DIGESTIVE DISEASES ASSOCIATES OF TAMPA BAY, LLC**

**Registro de Medicamentos**

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

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Dosis y Frecuencia</b>