



Digestive and Liver Center of Florida, P.A.

Formularios de registro

(NO deje espacios en blanco. Si una pregunta no corresponde a su caso, escriba N/A y si desconoce la respuesta, escriba "no lo sé")

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____

Apartamento/suite/unidad/edificio _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino N.º de Seguro Social _____

Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIAS:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de contacto: _____ Misma dirección ☐

Médico de atención primaria: _____ Tel. _____

Médico que refiere al paciente: _____ Tel. _____

Nombre y teléfono de la farmacia: _____ Tel. _____

SEGURO

Nombre del seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

N.º de SS del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

N.º de SS del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Office Check List

☐ Scanned Picture ID _____

☐ Scanned ID & Insurance _____

☐ Received Referral/Script/Authorization # _____

☐ Forms reviewed by: _____

Formulario de antecedentes del paciente

Nombre del paciente: _____ Motivo de la visita _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Dolor abdominal	☐	Enfermedad cardíaca	☐
Reflujo ácido/acidez	☐	Hepatitis	☐
Anemia	☐	____A ____B ____C	
Ansiedad	☐	Presión arterial alta	☐
Hinchazón abdominal	☐	H-Pylori	☐
Sangre en las heces	☐	Enfermedad hepática:	☐
Cáncer:	☐	Tipo _____	
Tipo _____		Lupus	☐
Dolor de pecho	☐	Enfermedad mental	☐
Constipación	☐	Náuseas/vómitos	☐
Enfermedad de Crohn	☐	Uso de marcapasos	☐
Uso de desfibrilador	☐	Tipo _____	
Tipo _____		Pancreatitis	☐
Depresión	☐	Pólipos	☐
Diabetes	☐	Sangrado rectal	☐
Diarrea	☐	Falta de aliento	☐
Dificultad para tragar	☐	Tensión	☐
Diverticulitis	☐	Tuberculosis	☐
Epilepsia/convulsiones	☐	Cuándo _____	
Reflujo gastroesofágico	☐	Úlcera	☐
Ardor de estómago	☐	Otros _____	

Enumere las enfermedades serias que afectan a su familia y especifique a quién:

1. _____	Familiar: _____
2. _____	_____
3. _____	_____

Cirugías/hospitalizaciones

1. _____	Fecha: ____/____/____
2. _____	____/____/____
3. _____	____/____/____

¿Toma ALGÚN medicamento? ☐

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

¿Tiene alergias a algún MEDICAMENTO o ALIMENTO? ☐

¿Fuma? ☐ Frecuencia _____ ¿Bebe alcohol? ☐ Frecuencia _____

¿Recibió alguna transfusión sanguínea? ☐ ¿Cuándo? _____ Motivo: _____

Autorización para divulgar o usar información con fines de tratamiento, pago u operación de atención de la salud

Autorizo a Digestive & Liver Center of FL, P.A. a divulgar y usar la información de salud que me identifique ("información de salud protegida") y la información que consta en mis registros médicos a fin de brindarme tratamiento, efectuar un pago o realizar operaciones de atención de la salud. Debe leer la Notificación de Prácticas de Privacidad para conocer los detalles de la posible divulgación y uso de su información, y tiene derecho a revisarla antes de firmar este Formulario de Consentimiento.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si modificamos los términos de esta Notificación de Prácticas de Privacidad, puede recibir una copia de la Notificación revisada.

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos el uso y la divulgación de su información de salud protegida que efectuamos a los fines de brindar tratamiento, efectuar pagos o realizar operaciones de atención de la salud. Nuestro consultorio no está obligado a aceptar dichas restricciones; sin embargo, si las aceptamos, serán de carácter obligatorio para el Consultorio.

Reconozco y acepto que el Consultorio puede divulgar mi información de salud protegida y la información que consta en mi registro médico a mis familiares, representantes legales, tutores, la persona que yo designe para tomar decisiones médicas por mí o que tenga un poder para desempeñarse como tal: _____

Nombre(s)

Acepto que el Consultorio también podrá divulgar los siguientes tipos de información incluida en mi registro médico (**marque** las categorías correspondientes que figuran a continuación):

_____ Información sobre VIH/SIDA
_____ Información de salud mental
_____ Información de abuso de sustancias
_____ Información de enfermedades de transmisión sexual

Presto mi consentimiento para que el Consultorio me notifique la información correspondiente del siguiente modo (**marque** las categorías correspondientes que figuran a continuación):

_____ Por teléfono, si me comunico con el Consultorio y proporciono la información correspondiente (incluido mi nombre, número del seguro social y fecha de nacimiento)
_____ Por correo regular en sobres identificados como personales y confidenciales, con mi nombre en el remitente.
_____ Por fax, al número de fax que designe, que es: _____

En todo momento, retiene el derecho de revocar este consentimiento. Dicha revocación debe enviarse al Consultorio por escrito. La revocación tendrá validez, excepto en el caso de que el Consultorio ya haya tomado medidas en función del consentimiento prestado.

El Consultorio puede negarse a brindarle tratamiento si usted (o un representante autorizado) no firma este Formulario de Consentimiento. Si usted (o un representante autorizado) firma este Consentimiento y luego lo revoca, el Consultorio tiene derecho a negarse a seguir brindándole tratamiento a partir de la revocación (excepto en la medida en que el Consultorio esté obligado a hacerlo por ley).

He leído y comprendo la información incluida en este consentimiento. RECIBÍ UNA COPIA de este consentimiento y soy el paciente o una persona autorizada para actuar en nombre del Paciente a fin de firmar este documento que da consentimiento a los términos anteriores.

Firma _____ Fecha: _____

Nombre:

Relación:

Digestive and Liver Center asume la responsabilidad de brindar servicios de atención de la salud de calidad a sus pacientes. Para mantener una buena relación entre el médico y el paciente, y continuar proporcionando atención de calidad, nuestra intención es que usted se haga responsable de su obligación financiera para con nuestro consultorio. A continuación, se incluyen las políticas generales establecidas para nuestros pacientes, y consideramos que brindan la flexibilidad necesaria. Le recomendamos que analice su situación financiera y coordine los convenios de pago que desee con nuestro personal. Analizar esta cuestión al principio de su tratamiento evitará inquietudes y malos entendidos.

1. **SEGURO:** Como cortesía para nuestros pacientes, presentamos reclamos en todas las visitas y procedimientos, ya sea que se presten en nuestro consultorio o en el hospital. Cuando presentamos un reclamo en su nombre, lo hacemos con la convicción de que los beneficios serán asignados a Digestive & Liver Center (es decir, la compañía de seguro pagará a Digestive & Liver Center directamente). **Usted es responsable del pago de todos los deducibles, coseguros y servicios no cubiertos. Recuerde que la cobertura de seguro es un contrato entre el paciente y su compañía de seguro. La responsabilidad final de comprender sus beneficios del seguro y el pago a su médico recae en usted.**
2. **REMISIONES:** **Usted debe saber si su seguro requiere una remisión/autorización y debe obtenerla antes de coordinar una cita con nuestros médicos.** A nuestro personal le complacerá asistirlo para determinar la condición de cualquiera de nuestros médicos con respecto a su plan de seguro. Sin embargo, esto no garantiza la cobertura. Debe llamar a su compañía de seguro para preguntar específicamente por el médico que desea visitar y por los beneficios de su cobertura. Por lo general, las remisiones tienen un vencimiento y una cantidad limitada de visitas; por ello, debe controlar las fechas y las visitas con atención. **Nuestro consultorio no atenderá a un paciente sin remisión válida.**
3. **PROCEDIMIENTOS:** **Si no se presenta a un procedimiento se le cobrará un cargo administrativo de USD 100.**
4. **CITAS:** **Si un paciente nuevo no se presenta a una cita se le cobrará un cargo administrativo de USD 50.00.**
5. **CHEQUES RECHAZADOS:** **Se le debitarán USD 30 de su cuenta por cada cheque rechazado.** Además, se le solicitará que lleve efectivo al consultorio para cubrir el monto del cheque y el cargo por el rechazo.
6. **CUENTAS PENDIENTES DE PAGO:** Los pacientes **que no hayan hecho el esfuerzo de coordinar sus convenios de pago o que no hayan tratado de cancelar su obligación financiera, podrán ser sometidos a una agencia de cobro.** Los pacientes que permitan que su cuenta sea sometida a una agencia, deberán efectuar el pago de su obligación financiera y deberán pagar con anticipación por los servicios futuros que nuestros médicos puedan prestarles.

SERVICIOS NO CUBIERTOS: Usted ha coordinado una visita con uno de nuestros médicos, y el médico considera relevante evaluar, monitorear y proteger su salud. Sin embargo, Medicare y otras compañías de seguro solo pagan los servicios que consideran "razonables y necesarios". **Si Medicare u otra compañía de seguro determina que su visita a nuestro médico o auxiliar médico no es "razonable y necesaria", rechazarán el pago del servicio.** A veces, las compañías de seguro no cubren una visita al consultorio antes de un procedimiento, cuando el paciente no tiene síntomas y solicita un examen de diagnóstico. El rechazo del pago por parte de su compañía de seguro no implica que usted no necesite ver al médico o al auxiliar médico antes del procedimiento.

Nuestros médicos recomiendan una visita al consultorio antes de cualquier procedimiento para evaluar el estado general de salud del paciente e informarle sobre cualquier procedimiento recomendado. Debemos informarle que su compañía de seguro puede no cubrir una visita al consultorio y que usted deberá pagarla.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE: *Asignación de beneficios y aceptación de la responsabilidad financiera*
 Autorizo a las compañías de seguro antes mencionadas a efectuar el pago directamente a Digestive & Liver Center of FL, P.A. por los servicios médicos que reciba. Comprendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, coseguros, deducibles y cualquier otro cargo que mi compañía de seguro determine que es mi responsabilidad. En caso de que mi cuenta registre mora de treinta (30) días o más, reconozco que seré responsable del pago del saldo total, los intereses, los costos judiciales y/o los honorarios de los abogados que intervengan para cobrar la deuda.

Firma _____

Fecha: _____

Notificación anticipada para beneficiarios

NOTA: Debe elegir cómo recibir sus servicios de atención de la salud. **El propósito de este formulario es ayudarlo a tomar una decisión informada acerca de si desea o no recibir nuestros servicios de atención de la salud, a sabiendas de que debe pagar por ellos.**

Divulgación/Acuerdo

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita: _____

- Examen de prevención de rutina: En este tipo de examen, no considero tener NINGÚN problema médico ni anomalía significativos; ***Si corresponde, marque una de las siguientes opciones:***
- Sí, mi plan de seguro cubre Servicios Médicos Preventivos
- No, mi plan de seguro no cubre Servicios Médicos Preventivos
- No sé si mi plan de seguro cubre Servicios Médicos Preventivos
- Tengo un problema/queja que deseo que mi médico evalúe/trate (describir abajo):

Mi principal queja es: _____

Acepto pagar todos los servicios que reciba de los médicos/proveedores de Digestive & Liver Center of FL que mi compañía de seguro se niegue a pagar, cualquiera sea el motivo. Este consultorio presentará un reclamo en mi nombre; sin embargo, si mi compañía de seguro se rehúsa a pagar por visitas de medicina preventiva o mi imposibilidad de (ejemplo de servicios no cubiertos, el plan no paga visitas de medicina preventiva o mi imposibilidad de obtener una remisión de mi médico de atención primaria) pagaré el monto correspondiente cuando reciba la notificación verbal o escrita de rechazo del pago. La falta de pago por el término de 45 días es, a los fines de este acuerdo, un rechazo del pago.

Asimismo, acepto y comprendo que este consultorio solo puede codificar y presentar un reclamo por mis visitas con un diagnóstico que conste en mis registros médicos. Por ello, este consultorio no puede aceptar ninguna solicitud de alterar, de forma inapropiada, el registro médico ni presentar un reclamo a los efectos de recibir un pago de cualquier compañía de seguro que se considere consecuencia de un acto fraudulento.

En caso de que no pague los servicios que se me proporcionen cuando se tornen pagaderos, acepto pagar todos los costos relativos al cobro, incluidos los honorarios de los abogados, independientemente de que se inicie o no un litigio como parte del proceso de cobro.

Firma _____ Fecha: _____

Nombre: _____

100 N. Dean Rd, Ste 101, Orlando FL 32825 Tel. 407-384-7388 Fax. 407-384-7391
www.dlcfl.com