

GA
GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES
OF FLORIDA

WWW.FLAGASTRO.COM

FECHA: _____ IDIOMA PRIMARIO HABLADO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M ___ F ___

REVISE UNO: CASADO ___ SOLTERO ___ VIUDO ___ DIVORCIADO ___

RAZA: _____ ETNICIDAD: _____

DIRECTIVAS AVANZADAS: No intubar No resucitar Testamentos en vida Sin directivas avanzadas

FIESTA RESPONSABLE: _____ RELACIÓN: _____ Nº DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN LOCAL: _____

DIRECCIÓN PERMANENTE (SI ES DIFERENTE): _____

TELÉFONO DEL HOGAR: (____) _____ CELULAR: (____) _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

EMPLEADO POR: _____ TRABAJO #: (____) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: (____) _____

FARMACIA PRIMARIA: _____ TELÉFONO: (____) _____ UBICACIÓN: _____

LABORATORIO PREFERIDO: QUEST LABCORP Otro: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ TELÉFONO #: _____

REFERIDO POR: _____ MOTIVO DE LA VISITA: _____

THOMAS I. ROSENFELD, M.D.
SETH S. STEINBERG, M.D.
TODD SIMON, D.D.
LYLE K. HURWITZ, M.D.

MILES E. MEDRANO, M.D.
FREDERICK S. SHERMAN, M.D.
TARYN D. SILVERSTEIN, D.D.
AUGUSTO LOPEZ TORRES, M.D.

MELISSA MECHLER, ARNP-BC
NICOLE MONROIG, ARNP-BC

5401 S. CONGRESS AVE, SUITE 211
ATLANTIS, FL 33402
PHONE: 561-964-8221 FAX: 561-964-7393
WWW.FLAGASTRO.COM

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio médico.

FIRMADO: _____ FECHA: _____

IMPRESIÓN: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor.
- Guardián o conservador de un paciente incompetente

Sólo para uso de oficina:

Formulario firmado recibido por: _____

Reconocimiento rechazado: _____

Esfuerzos para obtener:

Razones para el rechazo:

Solicitud De Comunicación Confidencial Del Canal

Como lo exige la Ley de responsabilidad y portabilidad de la información de salud de 1996 (HIPPA), tiene derecho a solicitar que las comunicaciones relacionadas con su información de salud personal se realicen a través de canales confidenciales. Esta práctica médica no preguntará por qué está haciendo su solicitud y tratará de satisfacer todas las solicitudes razonables.

Yo, _____ (nombre en letra de molde) por la presente solicito el uso de los siguientes canales confidenciales para la comunicación de información relacionada con mi salud personal, tratamiento o pago de tratamiento. Esta solicitud reemplaza cualquier solicitud previa de comunicaciones de canal confidencial que pueda haber realizado.

Por favor seleccione todas las respuestas válidas:

Teléfono: Quiero que me contactes por teléfono al _____

___ Haga ___ No deje mensajes en mi contestador automático.

___ Hacer ___ No dejar mensajes con ninguna otra persona.

Correo: Quiero que me contacten en la siguiente dirección: _____

Correo electrónico: quiero que se comunique conmigo en la siguiente dirección de correo electrónico:

Fax: quiero que se comunique conmigo al siguiente número de fax: _____

Otras solicitudes de comunicaciones confidenciales: puede designar a un representante autorizado para hablar sobre su condición médica con Gastroenterology Associates of Florida en nuestro nombre (especifique):

Nombre Relación Teléfono de contacto _____

Nombre Relación Teléfono de contacto _____

Firmado: _____ Impresión: _____ Fecha: _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor.
- Guardián o conservador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.
- Otro (especifique)

DIRECTRICES DE OFICINA

Nos complace que haya elegido Gastroenterology of Associates of Florida para sus necesidades de atención médica. Nos comprometemos a tratar a todos nuestros pacientes con respeto y ofrecerles no solo la mejor atención, sino también el mejor servicio para pacientes (clientes). Por favor, háganos saber si tiene alguna inquietud o necesidad.

Alguna responsabilidad viene con ser un paciente:

- Es su responsabilidad tener su referencia con usted en el momento de su visita; Los recordatorios para traer su referido son una cortesía.
- Si no está seguro de los requisitos de referencia, debe comunicarse con su compañía de seguros directamente antes de su cita
- Si su compañía de seguros ha cambiado, debe notificarlo a nuestra oficina antes de su cita; de lo contrario, puede ser responsable del pago completo de la visita.
- Si cambia su dirección o teléfono debe notificar a nuestra oficina; Si no podemos comunicarnos con usted para confirmar sus citas, se cancelarán.

-Por favor, tenga en cuenta: debido a las regulaciones de Medicaid, no podemos cobrar a los pacientes de Medicaid una tarifa por no presentarse, pero nos reservamos el derecho de dar de alta a todos los pacientes que no se presentan a las citas.

******* Nos reservamos el derecho de cobrarle por cancelar o no asistir a su cita en la misma fecha de su visita programada. El cargo por cancelaciones y no presentación el mismo día es de \$ 25.00 por cada cita. Somos conscientes de que pueden surgir emergencias, pero las cancelaciones repetidas y las no presentaciones pueden resultar en el despido de nuestra práctica. *******

NOMBRE DEL PACIENTE _____ CUENTA # _____

FECHA _____ DE FIRMA DEL PACIENTE _____