GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES

Teléfono (864) 232-7338

Gracias por elegir a Gastroenterology Associates

Como un nuevo paciente en nuestro consultorio, nos gustaría darle la bienvenida y agradecer por confiarnos su atención. Como preparación para su próxima cita, TRAIGA LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:

- Todos sus medicamentos O una lista de todos sus medicamentos (incluyendo la dosis). Enliste todos los medicamentos de venta libre, vitaminas, medicamentos herbales, etc.
- Complete y traiga los cuatro (4) formularios y cuestionarios adjuntos. NO los envíe por correo.
- Tarjetas del seguro (y la tarjeta de fármacos de Medicare D, si la tiene)
- Identificación con fotografía
- Si su seguro requiere una autorización previa a la visita, traiga el formulario de preautorización que le proporcione su doctor de atención primaria.

Llegue 15 minutos antes de la hora programada para su cita.

Si necesita cancelar o reprogramar, llame a nuestro consultorio al (864) 232-7338 al menos 24 horas antes de su cita programada para evitar una tarifa de $25 por cancelación tardía o por cita perdida.

Esperamos poder proporcionarle atención médica.

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(Complete todos los campos a continuación)

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Sobrenombre)

NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección postal: _____
(Calle o apartado de correos) (Ciudad) (Estado, código postal)

Dirección secundaria: _____
(Si es diferente a la anterior) (Calle o apartado de correos) (Ciudad) (Estado, código postal)

Condado: _____ Estado civil: _____ Idioma preferido: _____

Raza(seleccione una): ☐Blanco ☐Negro o Afroamericano ☐Hispano ☐Indio americano o nativo de Alaska
☐Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ☐Asiático ☐Otra raza ☐Prefiero no especificar

Etnia (seleccione una): ☐Hispano o Latino ☐No Hispano o Latino ☐Prefiero no especificar

Doctor de atención primaria: _____ Médico remitente:_____
Recordatorios de citas a través de ☐Llamada telefónica ☐Correo electrónico ☐Mensaje de texto

Teléfono celular: _____ Teléfono fijo:_____

Dirección de correo electrónico: _____
(proporcione una para que le enviemos la invitación al portal para pacientes)

Empleador:_____

Contacto de emergencia: _____
(Nombre) (Relación) (# de teléfono)

Cobertura de seguro primaria

Nombre de la compañía de seguro: _____ # de identificación del afiliado: _____

Nombre del suscrito: _____ NSS del suscrito: _____ FDN del suscrito:_____

Empleador del suscrito: _____ Relación con el suscrito:_____

Cobertura de seguro secundario

Nombre de la compañía de seguro: _____ # de identificación del afiliado: _____
Nombre del suscrito: _____ NSS del suscrito: _____ FDN delsuscrito:_____
Empleador del suscrito: _____ Relación con el suscrito:_____

Gastro Associates utiliza Labcorp para los servicios de laboratorio y Advanced Pathology Solutions para los servicios de patología (biopsias). Si su seguro médico requiere que utilice un laboratorio específico, por favor, indíquelo aquí: Laboratorio: _____Patología: _____
Doy mi consentimiento para que mi información médica y demográfica sea compartida con otras entidades de atención médica. ☐declinar
Doy mi consentimiento para que se obtenga un historial de los medicamentos adquiridos en mi farmacia. ☐declinar
Doy mi consentimiento para recibir recordatorios con respecto a cuidados preventivos y de seguimiento.☐declinar
Doy mi consentimiento para que se me incluya en informes clínicos. ☐declinar
Certifico que la información anterior es cierta. Consiento a todas las declaraciones, menos las declaraciones declinadas, y consiento a todo tratamiento médico o quirúrgico administrado bajo las indicaciones generales y especiales del proveedor de salud.

Firma del paciente/representante autorizado: _____ Fecha:_____

Autorización de liberación de información de salud

Este formulario le permite a Gastroenterology Associates comunicar información sobre su atención médica a usted y a aquellos que usted indique en este formulario. Estará en vigor hasta que usted lo finalice por escrito.

COMUNICACIÓN CON USTED – MENSAJES DETALLADOS PERMITIDOS

Los mensajes detallados pueden incluir la siguiente información: (seleccione todas las que apliquen)

☐ Toda la información de su consulta ☐ Información de facturación/de seguro ☐ Solo información de citas (solicitud/confirmación/cancelación) ☐ Notificaciones de infracciones de datos

de teléfono: _____ ☐ Mensajes de texto* ☐ Buzón de voz/contestador automático

Otro #: _____ ☐ Mensajes de texto* ☐ Buzón de voz/contestador automático

CORREO ELECTRÓNIC O* _____

*Entiendo que los correos electrónicos y los mensajes de texto no siempre son medios de comunicación seguros y que podrían ser interceptados y leídos por un tercero. Estoy dispuesto a aceptar el riesgo. Este consultorio no es responsable por la privacidad o la seguridad de su información de salud una vez que se le envía, o de los destinatarios mencionados anteriormente.

COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA, AMIGOS O CUIDADORES

Este consultorio puede comunicarse con los miembros de su familia, amigos o cuidadores mendionados anteriormente.

Nombre: _____ Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico*: _____ Correo electrónico*: _____

Relación: _____ Relación: _____

Compruebe la casilla junto a cada tipo de información que el consultorio puede compartir con las personas que se mencionan arriba.

☐ Toda la información ☐ Citas ☐ Facturación/seguro ☐ Otra

DERECHOS DEL PACIENTE Y FIRMA

- Puede finalizar esta autorización por escrito en cualquier momento. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para conocer la excepciones. La terminación no será válida para cualquier liberación de información que ocurra antes de recibir la terminación por escrito de su parte.
- No tiene que firmar esta autorización para recibir tratamiento del consultorio.
- Todos los cambios o las actualizaciones a este formulario debe realizarse por escrito y deben ser firmados por usted (paciente) o su representante personal. Los cambios menores pueden realizarse en este formulario con sus iniciales y la fecha en lugar de solicitar un nuevo formulario.
- Este consultorio no es responsable por la privacidad o la seguridad de su información de salud una vez que se le envía a los destinatarios mencionados en esta autorización.

Firma del paciente/representante autorizado:_____ Fecha:_____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

(Adjunte la documentación que respalde la autoridad del representante personal si no está ya archivada en el consultorio)

Declaración de responsabilidad financiera del paciente

Le solicitamos que lea y comprenda sus responsabilidades financieras antes de atenderle.

Información financiera

1. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos que no pague el seguro. Autorizo la liberación de información a mi compañía de seguro con fines de cobertura/médicos. Por medio del presente autorizo el pago de mi compañía de seguro a Gastroenterology Associates, PA.
2. Entiendo que soy la única persona responsable de obtener cualquier referido necesario y/o autorización antes de mi cita.
3. Comprendo que si no tengo seguro médico válido, soy financieramente responsable de todas las tarifas al momento en el que se proporcionan los servicios.
4. Comprendo que se espera que pague todos los copagos, coaseguros y deducibles al momento del servicio.
5. Entiendo que se me cobrarán $30 por cualquier cheque regresado por mi banco por cualquier motivo.
6. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Gastroenterology Associates en caso de que mi seguro cambie.

Política de no asistencia y cancelación tardía

La política del consultorio es controlar y gestionar las inasistencias a las citas y las cancelaciones tardías. El objetivo de Gastroenterology Associate es proporcionar atención excelente y oportuna a cada paciente. Si es necesario cancelar una cita, se le solicita a los pacientes que llamen o dejen un mensaje dentro del plazo indicado a continuación. Notificar a nuestro consultorio de manera oportuna le permite a nuestros médicos a utilizar mejor las citas para otros pacientes que necesiten atención médica inmediata.

Procedimientos: Debido a la cantidad de recursos asignados para procedimientos endoscópicos, solicitamos el aviso de al menos 5 días hábiles completos para la cancelación o reprogramación de citas. Los pacientes tendrán que pagar una tarifa de $250 por cada ausencia documentada o cancelación tardía de un procedimiento.

Citas en el consultorio: Para cancelar o reprogramar una visita al consultorio, hágalo al menos 24 horas antes de la hora de la cita programada. Los pacientes tendrán que pagar una tarifa de $250 por cada ausencia documentada o cancelación tardía.

En caso de que un paciente incurra en tres (3) "inasistencias" y/o "cancelaciones tardías" documentadas en 1 año, el paciente puede ser sujeto de baja de Gastroenterology Associates. Las bajas son determinadas por un médico después de revisar la ficha del paciente.

El cargo por cancelación tardía/inasistencia de citas se facturará directamente a usted y no a su seguro. Entendemos que en ocasiones se producen situaciones como las emergencias médicas. Estas situaciones serán consideradas dependiendo de cada caso.

Al firmar a continuación, reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con estos términos:

X _____ _____

Firma del paciente/representante autorizado — Fecha de hoy

_____ _____

Nombre en letra de imprenta — Fecha de nacimiento del paciente

de persona_____*(solo para uso del consultorio)*

GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES, P.A.

Nombre:	**FDN:**	**Motivo de la visita:**

¿Ha tenido una colonoscopia de detección? ☐ Sí ☐ No Si es sí, ¿cuándo?_____

Compruebe cualquier cíntoma persistente o recurrente que tenga:

☐ **No tengo síntomas**

Gastrointestinal:
☐Dolor abdominal
☐Estreñimiento
☐Diarrea
☐Dificultad al tragar
☐Acidez estomacal/Reflujo
☐Nauseas
☐Sangrado rectal
☐Vómito

General:
☐Mareos
☐Fatiga
☐Fiebre
☐Intolerancia al calor
☐Intolerancia al frío
☐Pérdida de peso
☐Aumento de peso

Hematológico:
☐Anemia
☐Tendencia hemorrágica

Neurológico:
☐Confusión
☐Convulsiones
☐Dolores de cabeza severos

Cardiovascular:
☐Dolor en el pecho
☐Latidos irregulares del corazón

Psiquiátrico:
☐Depresión
☐Ansiedad
☐Ataques de pánico

Piel:
☐Comezón
☐Sarpullido
☐Bultos en las mamas
☐Ictericia

Otorrinolaringología:
☐Tos
☐Dificultad para escuchar
☐Ronquera
☐Cambios en la visión

Genitourinario:
☐Dolor al orinar
☐Micción frecuente
☐Problemas al orinar

Musculoesquelético:
☐Dolor en las articulaciones
☐Dolor muscular

Respiratorio:
☐Apnea del sueño
☐Dificultad para respirar

Historial social:

¿Tiene tatuajes? ☐Sí ☐No | **¿Tiene perforaciones?** ☐Sí ☐No | **Empleador actual**: _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐Casado/a **Número de hijos:** _____

Consumo de tabaco: ☐Nunca ☐Anteriormente ☐Actual (todos los días) ☐Actual (algunos días) **Tipo:**_____

Consumo de alcohol: ☐Nunca ☐Anteriormente ☐Actual (todos los días) ☐Actual (algunos días) **Tipo:**_____

Cafeína: ☐Nunca ☐Anteriormente ☐Actual (todos los días) ☐Actual (algunos días) **Tipo:**_____

Consumo de drogas por vía intravenosa: ☐Nunca ☐Anteriormente ☐Actual (todos los días) ☐Actual (algunos días)

¿Ha visitado recientemente Urgencias? ☐Sí ☐No **Fecha:**_____ | **¿Ha sufrido una caída en el último año?** ☐Sí ☐No **Fecha:**_____

¿Tiene alguna de las siguientes vacunas? ☐Hepatitis A ☐Hepatitis B ☐Influenza ☐COVID-19 ☐Otra _____

Historial quirúrgico: (Seleccione todas las que apliquen)

☐Cirugía de colon
☐Cirugía de hemorroides
☐Cirugía de la vesícula biliar
☐Cirugía gástrica
☐Cirugía hepática
☐Histerectomía
☐Laparotomía
☐Cirugía por obesidad
☐Tiroidectomía
☐Amigdalectomía
☐Cirugía de trasplante
☐Cirugía del intestino delgado
☐Apendicectomía
☐Cirugía de mam
☐Cesárea
☐Cirugía de bypass coronario/cirugía cardíaca
☐Cirugía de hernia
☐Cirugía de próstata
☐Cirugía de la columna vertebral
☐Ligadura de trompas
☐Cirugía de reemplazo de válvulas
☐Otra _____

Historial médico: (Seleccione todas las que apliquen)

☐Presión arterial alta
☐Enfermedad coronaria
☐Stent del corazoón
☐Marcapasos
☐Desfibrilador
☐Fibrilación auricular (AFIB, por sus siglas en inglés)
☐Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
☐Diabetes
☐Convulsiones
☐Apnea del sueño
☐Enfermedad renal
☐Transfusión de sangre
☐Anemia
☐Pólipos en el colon
☐Diverticulosis
☐Colitis ulcerosa
☐Enfermedad de Crohn
☐Hepatitis B
☐Hepatitis C
☐Reflujo
☐Úlceras estomacales
☐Cirrosis
☐Enfermedad hepática
☐Otra: _____

Historial familiar: (seleccione todas las que apliquen y especifique la relación)

	Relación		Relación
☐Cáncer de colon	_____	☐Cáncer de páncreas	_____
☐Cáncer de estómago	_____	☐Cáncer de próstata	_____
☐Cáncer de esófago	_____	☐Cáncer de mama	_____
☐Pólipos en el colon	_____	☐Enfermedad hepática	_____
☐Enfermedad de Crohn	_____	☐Otra _____	_____
☐Colitis ulcerosa		☐Otra _____	

Alergias: (seleccione todas las que apliquen)

☐No se conocen alergias
☐Sulfato de codeína
☐Midazolam
☐Morfina
☐Contraste yodado
☐Citrato de fentanilo
☐Propofol
☐Penicilina
☐Sulfa
☐Petidina
☐Látex
☐Cinta adhesiva
☐Otra _____
☐Otra _____

Medicamentos: Enliste actual de medicamentos (incluyendo los herbales y de venta libre) y dosis O adjunte la lista

Nombre del fármaco	Intensidad/Frecuencia	Nombre del fármaco	Intensidad/Frecuencia
1)		5)	
2)		6)	
3		7)	
4)		8)	