

## 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 Hawái 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 del suscrito: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
*Gastroenterology Associates utiliza tecnología de transcripción generativa de IA (inteligencia artificial) para generar notas médicas y actualizar el historial médico de un paciente en tiempo real. El procesamiento del lenguaje natural permite al software de transcripción analizar y dictar conversaciones humanas mientras ocurren, como si fuera el escribiente del médico. La IA generativa es una ayuda para el proveedor, pero en última instancia el proveedor tomará una decisión clínica utilizando su propio juicio profesional.*

*Gastroenterology Associates utiliza la tecnología para enviar recordatorios de cuidados preventivos y de seguimiento. La información del paciente puede ser utilizada para informes financieros y clínicos dentro de este consultorio.*

Certifico que la información anterior es verdadera y doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico o quirúrgico administrado bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor.

Firma del paciente/representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Autorización de liberación de información de salud



Este formulario permite a Gastroenterology Associates comunicar información acerca de su caso médico a usted y a las personas que usted indique en este formulario. La firma es opcional, no es requerida para recibir tratamiento y no caduca hasta que usted lo termine por escrito.

## **COMUNICACIÓN CON USTED – MENSAJES DETALLADOS PERMITIDOS**

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

Toda la información    Información de facturación/de seguro    Solo información de citas    Notificaciones de infracciones de datos

de su consulta                      (solicitud/confirmación/cancelación)

# de teléfono: \_\_\_\_\_  Mensajes de texto\*       Buzón de voz/contestador automático

Otro #: \_\_\_\_\_  Mensajes de texto\*       Buzón de voz/contestador automático

CORREO ELECTRÓNICO\* \_\_\_\_\_

\*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 mencionados 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.
- Este consultorio puso a mi disposición el Aviso de Prácticas de Privacidad para mi revisión y entiendo mis derechos de privacidad.
- 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 Associates 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)



<b>Nombre:</b> _____	<b>FDN:</b> _____	<b>Motivo de la visita:</b> _____
----------------------	-------------------	-----------------------------------

**¿Ha tenido una colonoscopia de detección?**  Sí  No Si es sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**Compruebe cualquier síntoma persistente o recurrente que tenga:**

**No tengo síntomas**

**Gastrointestinal:**

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad al tragar
- Acidez estomacal/Reflujo
- Náuseas
- 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
- Musculosquelético:**
- 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)

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de colon</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de hemorroides</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula biliar</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía gástrica</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía hepática</li> <li><input type="checkbox"/> Histerectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Laparotomía</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía por obesidad</li> <li><input type="checkbox"/> Tiroidectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Amigdalectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de trasplante</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cirugía del intestino delgado</li> <li><input type="checkbox"/> Apendicectomía</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de mam</li> <li><input type="checkbox"/> Cesárea</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de bypass coronario/cirugía cardíaca</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de hernia</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de próstata</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de la columna vertebral</li> <li><input type="checkbox"/> Ligadura de trompas</li> <li><input type="checkbox"/> Cirugía de reemplazo de válvulas</li> <li><input type="checkbox"/> Otra _____</li> </ul> |
|--|---|

**Historial médico:** (Seleccione todas las que apliquen)

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria</li> <li><input type="checkbox"/> Stent del corazón</li> <li><input type="checkbox"/> Marcapasos</li> <li><input type="checkbox"/> Desfibrilador</li> <li><input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (AFIB, por sus siglas en inglés)</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Convulsiones</li> <li><input type="checkbox"/> Apnea del sueño</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</li> <li><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anemia</li> <li><input type="checkbox"/> Pólipos en el colon</li> <li><input type="checkbox"/> Diverticulosis</li> <li><input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis B</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis C</li> <li><input type="checkbox"/> Reflujo</li> <li><input type="checkbox"/> Úlceras estomacales</li> <li><input type="checkbox"/> Cirrosis</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática</li> <li><input type="checkbox"/> Otra: _____</li> </ul> |
|--|--|

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

Relación	Relación
<input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____	<input type="checkbox"/> Cáncer de páncreas _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de estómago _____	<input type="checkbox"/> Cáncer de próstata _____
<input type="checkbox"/> Cáncer de esófago _____	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama _____
<input type="checkbox"/> Pólipos en el colon _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn _____	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa _____	<input type="checkbox"/> Otra _____

**Alergias:** (seleccione todas las que apliquen)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No se conocen alergias</li> <li><input type="checkbox"/> Sulfato de codeína</li> <li><input type="checkbox"/> Midazolam</li> <li><input type="checkbox"/> Morfina</li> <li><input type="checkbox"/> Contraste yodado</li> <li><input type="checkbox"/> Citrato de fentanilo</li> <li><input type="checkbox"/> Propofol</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Penicilina</li> <li><input type="checkbox"/> Sulfa</li> <li><input type="checkbox"/> Petidina</li> <li><input type="checkbox"/> Látex</li> <li><input type="checkbox"/> Cinta adhesiva</li> <li><input type="checkbox"/> Otra _____</li> <li><input type="checkbox"/> Otra _____</li> </ul> |
|---|---|

**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)	