



Fecha: _____

Formulario de registro de pacientes

Nombre legal del paciente: _____

Nombre preferido: _____

DOB: _____ Male Female SSN: _____

Dirección primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Teléfono de casa#: _____ Célula#: _____

Dirección Secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Alternate Phone#: _____ Type Home Cell Work

Race: American Indian or Alaska Native Asian Black or African American
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander White Other Decline

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Decline

Marital Status: Single Married Divorced Widowed Separated

Lenguaje primario: _____

Preferred method(s) of contact: Mail Email Home Phone Cell Phone Text Online Patient Portal

Email personal: _____

Nombre/ubicación de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____

Médico de atención primaria (PCP): _____ Teléfono del PCP: _____

A quién podemos agradecer por referirlo/recomendarlo a nuestra práctica: _____

Employment Status: Employed Self-Employed Retired Disabled Unemployed Student

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

#1. Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

#2. Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal: _____ Número de teléfono de elegibilidad: _____

ID del titular de la póliza: _____ ID del grupo: _____

Policyholder's Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: Male Female

SSN del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Número de teléfono de elegibilidad: _____

Identificación del titular de la póliza: _____ Identificación del grupo: _____

Policyholder's Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: Male Female

SSN del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que pago de su factura se considera parte de su acuerdo de tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que le pedimos leer previo a cualquier tratamiento.

Todos los pacientes deben completar nuestros formularios de registro y de la historia antes de ver al doctor. Usted debe suministrarnos con su tarjeta de seguro y licencia de conducir antes de su visita.

EL PAGO COMPLETO ES DEBIDO AL TIEMPO DE SERVICIO. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y TODAS LAS TARJETAS DE CRÉDITO PRINCIPALES.

Declaración de responsabilidad financiera

Entiendo que soy responsable por el pago de esta cuenta y por este medio asume y garantiza pago puntual de todos los gastos.

Aviso de los servicios "No cubiertos"

Soy consciente de que algunos servicios prestados por la práctica pueden ser considerados "no cubiertos" por mi compañía de seguros o Medicare, por lo tanto hago totalmente responsable del pago de estos servicios.

Exención de las cláusulas "Usual, acostumbradas y razonables" (Para los pacientes con cobertura "Fuera de la red")

Reconozco que el honorario cobrado por la práctica por los servicios prestados a mí, o a la persona para quien asumo responsabilidad financiera, puede superar la cuota considerada "habitual, acostumbrado y razonable", debido al personal y servicios especializados. Sin embargo, estoy de acuerdo en pagar los honorarios de la práctica en su totalidad, incluso si la cantidad es mayor que lo que me estoy un reembolso de mi compañía de seguros.

Perdidas

A menos que se cancele con al menos 48 horas de anticipación, nuestra política es cobrar por las citas perdidas. La tasa actual es de \$50.00.

Procedimientos

Es posible que reciba varias facturas por cada entidad asociada con su procedimiento, como el médico, el centro, el anestesista, el patólogo y/o el laboratorio. Cada una de estas facturas corresponde a su parte en el procedimiento y no están relacionadas con la facturación del médico. Solo podemos proporcionarle la información asociada con nuestras tarifas. Le pediremos que pague el 100% de cualquier deducible / coseguro pendiente antes de su procedimiento. Esto se debe realizar a más tardar 3 días antes de su procedimiento. Todos los reembolsos debidos a usted se enviarán de 7 a 10 días después de haber incurrido en el reembolso.

Proyecto de ley para / instrucciones de pago

_____ Comercial seguros/tercer partido paga _____ Medicare _____ * Medicaid
Inicial Inicial Inicial

Por la presente autorizo la práctica a mi compañía de seguros o Medicare (indica o rubricado por encima) de la cuenta por servicios prestados a mí y solicitud de pago de tales servicios esté a la práctica en mi nombre.

Lista de nombres de aquellos a quienes desea que compartan su información de responsabilidad financiera:

Nombre: relación:

Acuerdo financiero

El abajo firmante está de acuerdo, si él o ella firma como agente o paciente, teniendo en cuenta el servicio a ser prestados al paciente, obliga a sí mismo para pagar la cuenta de la práctica de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de la práctica. Debe referir la cuenta a una agencia externa o un abogado para las colecciones, el abajo firmante se compromete a colección razonable remuneración y honorarios por gastos de colección.

Preguntas sobre facturación

Por favor, dirija todas las preguntas facturación a nuestra Oficina Central de negocios (727) 347-0005.

Planes de pago

Usted puede llamar a nuestra Oficina Central de la empresa para determinar si usted califica para este arreglo.

Patient Name: _____
(por favor imprima)

Paciente (o tutor legal) firma: _____

Fecha

Testigo

Fecha



Consentimiento HIPAA

Entiendo que como parte de mi salud, la práctica se origina y mantiene el papel y/o registros electrónicos que describen mi historia de salud, síntomas, examen y prueba de los resultados, diagnósticos, tratamiento y planes para el futuro tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para la planeación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado, como referencias
- Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y tratamiento de la información a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador pueda verificar que realmente se prestan los servicios facturados
- Una herramienta para operaciones rutinarias de cuidado de la salud, tales como evaluación de la calidad y revisar la competencia del personal

Por favor escriba

Restricciones

Solicito las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información de salud:

Por favor díganos que podemos discutir su información médica protegida:

(Ejemplo: cónyuge (nombre), niños (name(s)), otros familiares (nombre, amigos o cuidadores (name(s)))

Mensajes o recordatorios de citas

Podemos dejar un mensaje en su casa con el nombre de /practice del doctor: Sí No

Podemos dejar un mensaje en su trabajo usando el nombre de /practice del doctor: Sí No

entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, puede ser necesario revelar información de salud a otra entidad, es decir, referencias a otros proveedores de salud. Doy mi consentimiento a tal revelación para estos usos como permitidos por la ley. Entiendo perfectamente y Aceptar rechazar la información de este consentimiento.

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco que he sido provisto con aviso de privacidad las prácticas proporciona una descripción del uso de información de salud protegida y revelaciones. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar esta declaración. Entiendo que la práctica reserva el derecho a modificar su aviso de prácticas de Privacidad será efectivo para información de salud que ya cuenta con la práctica sobre mí, así como cualquiera que reciban en el futuro. El Practice3 publicaremos una copia actualizada del aviso. Entiendo que puedo obtener una copia del aviso actual en efecto bajo petición. He leído todo lo anterior y entender/de acuerdo con las disposiciones en esto con respecto a la responsabilidad de pago, permiso para el tratamiento y notificación de prácticas de privacidad.

Paciente / tutor legal Firma fecha

Nombre de la persona que firma el formulario de consentimiento

Si no sea el paciente (nombre del paciente) ____ es firma, eres el tutor legal, custodio o tiene poder para este paciente, para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud? Sí No



Consentimiento del paciente

Solicitud de consentimiento para el tratamiento y cuidado

El abajo firmante presta su consentimiento para la atención médica y tratamiento, como se considere necesario o conveniente a juicio de mi médico u otro proveedor, que puede incluir pero no se limitan a los procedimientos de laboratorio, examen de rayos x, tratamiento médico o quirúrgico o procedimientos u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico del paciente. Gastro Florida tiene derecho a negarse a tratarlo si se niega a firmar este consentimiento o si decide revocar este consentimiento en cualquier momento.

Asignación de beneficios del seguro de

Autorizo el pago directamente a la Florida de Gastro de beneficios seguro lo contrario a pagar a mí para servicios, a una tasa no debe exceder los gastos regulares de Gastro de la Florida para tales servicios.

Autorización para divulgar información

Autorizo la liberación de registros médicos e información relacionada de Gastro de la Florida a representantes autorizados de mi pagador tercero o médico relacionados con mi cuidado. I autorizar la revisión de registros para cualquier auditoría de agencia necesario y el lanzamiento del plan médico de la atención y descarga el Resumen de mi expediente médico sobre mi transferencia a o desde otro centro de atención de la salud.

Permiso para tratamiento

Por la presente se otorga permiso para que médicos y empleados o agentes de la práctica para el paciente nombrado a continuación de dicho tratamiento médico y quirúrgico como se considere necesario.

Comunicación

Al proporcionar mi correo electrónico y número (s) de teléfono, autorizo a Gastro Florida a que me proporcione información sobre mi cita (por ejemplo, recordatorio de visita), estado de facturación y / o material educativo que pueda estar relacionado con mi (s) afección (es), además, para informarme periódicamente de los servicios / eventos comunitarios de Gastro Florida y solicitar comentarios sobre mi experiencia con Gastro Florida. Puedo cancelar mi solicitud en cualquier momento enviando un correo electrónico a service@gastrofl.com para realizar esta solicitud. Entiendo que enviar información confidencial por correo electrónico puede no ser una forma de comunicación segura y compatible con HIPAA y que Gastro Florida no supervisa los correos electrónicos para la atención específica del paciente.

Autorizo a Gastro Florida a inscribirme en su portal de pacientes seguros que también puede incluir la información anterior. Entiendo que no debo confiar en el portal para comunicar información importante o de emergencia con respecto a mi atención específica.

Autorizo a Gastro Florida a incluir mi encuesta de pacientes o comentarios de revisión en línea en su sitio web o material promocional (nota: no se usará su apellido).

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior, recibió una copia del mismo y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus términos.

Paciente / tutor legal Firma

Fecha

Nombre de la persona que firma el formulario de consentimiento

Si no sea el paciente (nombre del paciente) _____ es firma, eres el tutor legal, custodio o tiene poder para este paciente, para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud? Sí No