



Formulario de Registro de Paciente

Fecha: _____

Nombre legal del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido legal del paciente: _____

Nombre preferido: _____ Apellido previo (si corresponde): _____

Dirección primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono primario: _____ Tipo: Casa Celular Trabajo ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Forma(s) de contacto preferida(s): Llamada Texto Correo electrónico Portal para pacientes en línea

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Número de seguro social: _____

Idioma preferido: _____ ¿Necesitas un traductor?: No Sí

Raza: Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano

Nativos de Hawái u otras islas del Pacífico Blanco Otro Niego responder

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino Niego responder

Estado laboral: Empleado Atrabajador autónomo Retirado Discapacitado Desempleado Estudiante

Profesión: _____ Empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

CONTACTOS

#1. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Emergencia?

#2. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Emergencia?

Nombre/dirección de su farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

Nombre de su médico primario (PCP): _____ Teléfono: _____

Nombre del proveedor que le refirió: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Compañía de seguro principal: _____ Teléfono para confirmar la elegibilidad: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

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

Compañía de seguro secundaria: _____ Teléfono para confirmar la elegibilidad: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

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

POLÍTICA FINANCIERA DE GASTRO FLORIDA

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, tenga en cuenta que el pago de su factura forma parte de su acuerdo de tratamiento. A continuación le presentamos nuestra política financiera, que debe leer antes de recibir cualquier tratamiento.

Todos los pacientes deben completar nuestros formularios de registro y de historial médico antes de recibir atención médica. Debe proporcionarnos su tarjeta de seguro e identificación antes de su visita.

EL PAGO COMPLETO DEBE REALIZARSE EN EL MOMENTO DE LA CITA. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y TODAS LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO Y DÉBITO.

Declaración de responsabilidad financiera

Entiendo que soy responsable del pago de esta cuenta y por la presente asumo y garantizo el pago puntual de todos los gastos incurridos.

Aviso sobre servicios “no cubiertos”

Entiendo que algunos servicios prestados por Gastro Florida pueden no estar cubiertos por mi seguro médico o Medicare, por lo que seré totalmente responsable del pago de dichos servicios.

Cobertura fuera de la red (Out of Network)

Para los pacientes con cobertura fuera de la red, existe una cláusula de exención de lo habitual y razonable. Reconozco que la tarifa que cobra Gastro Florida por los servicios que me presta a mí, o a la persona de cuya responsabilidad financiera me hago cargo, puede superar la tarifa considerada habitual y razonable, debido a la especialización de los servicios y del personal. Sin embargo, acepto pagar la totalidad de las tarifas de Gastro Florida, incluso si el costo es superior al que me reembolsa mi seguro.

Citas perdidas

A menos que se cancele con al menos 48 horas de antelación, nuestra política es cobrar por las citas a las que no se presente el paciente. La tarifa actual es de \$50.00 por las consultas en la oficina y de \$100.00 por los procedimientos.

Procedimientos

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DE SU PROCEDIMIENTO

Puede haber hasta 5 entidades responsables de la facturación de su procedimiento:

1. Médico que realiza el procedimiento
2. Centro médico
3. Anestesiólogo
4. Patólogo (médico que lee las biopsias, si se toman)
5. Laboratorio (para procesar las biopsias)

Si es posible, le asignaremos una cita en un centro participante. Sin embargo, no elegimos al anestesiólogo ni al patólogo que le atenderá. Tenga en cuenta que se trata de médicos independientes y, si recibe una factura, deberá dirigirla a su departamento de facturación. No podemos resolver ningún problema de facturación relacionado con ellos.

****Espere a recibir la factura antes de llamar si tiene preguntas sobre su explicación de beneficios.**

Prepárese para pagar su deducible, copago o coseguro en el momento de la prueba.

Si tiene preguntas sobre su cobertura de seguro, comuníquese con su compañía de seguro; no podemos hablar en su nombre ni garantizar el pago.

Le llamaremos el día anterior a su procedimiento para informarle del total a pagar al centro. El centro verificará sus beneficios el día anterior a su procedimiento. No se podrá realizar el procedimiento antes de esa fecha, ya que queremos acreditarle todos los deducibles que haya cubierto.

*****En caso de que se descubra que su póliza ha vencido y no tengamos otra póliza para usted, se cancelará el procedimiento hasta que recibamos la información actualizada. Si no nos notifica los cambios en su seguro, es posible que se le cobre el costo total.**

Le pediremos que pague el 100% de cualquier deducible o coseguro pendiente antes de su procedimiento. Esto debe hacerse a más tardar 3 días antes de su procedimiento. Cualquier reembolso que le corresponda se le enviará después de que haya incurrido en el reembolso.

Facturación/Instrucciones de pago

Por la presente autorizo a Gastro Florida a facturar a mi compañía de seguros y/o a Medicare (indicado o inicialado a continuación) los servicios que se me hayan prestado, y solicito que el pago de dichos servicios se realice a Gastro Florida en mi nombre.

____ Seguro comercial/Tercero pagador
Inicial

____ Medicaid
Inicial

____ Medicare
Inicial

Enumere los nombres y las relaciones de las personas con quienes desea que compartamos su información de responsabilidad financiera:

Nombre:

Relación:

Acuerdo Financiero

El abajo firmante, ya sea en calidad de representante o de paciente, acepta que, a cambio de los servicios que se prestarán al paciente, se compromete a pagar la factura emitida por Gastro Florida de conformidad con las tarifas y condiciones estándar de Gastro Florida. En caso de que la factura se remita a una agencia de cobro externa o a un abogado para su cobro, el abajo firmante acepta pagar los honorarios de cobro razonables y los gastos legales que correspondan.

Preguntas sobre Facturación

Por favor, dirija todas las consultas relacionadas con la facturación a nuestra Oficina Central de Administración (727) 347-0005.

Planes de Pago

Puede llamar a nuestra Oficina Central para determinar si reúne los requisitos para este acuerdo.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entiendo la Política Financiera de Gastro Florida.

Nombre del paciente: _____ (en letra de imprenta)

Firma del paciente: _____ (en letra de imprenta)

Nombre del guardián legal: _____ Firma del guardián legal: _____



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 planificar mi cuidado y tratamiento
- Medio de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a mi atención, cómo los proveedores que me derivan
- Fuente de información para aplicar mi diagnóstico y tratamiento a mi cuenta
- Medio para que un tercero pagador pueda verificar que realmente se prestaron los servicios facturados
- Herramienta para operaciones rutinarias de atención médica, como evaluar la calidad y revisar la competencia del personal

Por favor escriba en letra de imprenta

Restricciones

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

Por favor indíquenos con quien podemos compartir su información de salud protegida:

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

Mensajes o recordatorios de citas

¿Podemos dejarle un mensaje en su número de teléfono primario indicando el nombre del médico o de la clínica?: Sí No

¿Podemos dejarle un mensaje en su número de teléfono alternativo indicando el nombre del médico o de la clínica?: Sí No

Entiendo que, como parte del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, puede ser necesario divulgar información de salud a otra entidad, por ejemplo, para referidos a otros proveedores de atención médica. Doy mi consentimiento para dicha divulgación para los fines permitidos por la ley.

Entiendo totalmente y Acepto Rechazo este consentimiento

Aviso de prácticas de privacidad

Reconozco haber sido informado sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad de Gastro Florida, el cual describe el uso y la divulgación de la Información de Salud Protegida. Entiendo que tengo derecho a revisar dicho Aviso antes de firmar esta declaración. Entiendo que Gastro Florida se reserva el derecho de modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad, el cual será aplicable tanto a la información de salud que ya posee sobre mí como a la que reciba en el futuro. Gastro Florida publicará una copia actualizada del Aviso. Entiendo que puedo obtener una copia del Aviso vigente si lo solicito.

Firma del paciente/Guardián legal

Fecha

Nombre del paciente/guardián que firma este formulario de consentimiento

Si otra persona que no sea el paciente está firmando, ¿es el guardián legal, custodio o tiene poder notarial para este paciente, para tratamiento, pago u operaciones de atención médica? Sí No



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Solicitud de atención y consentimiento para el tratamiento y cuidado

El abajo firmante da su consentimiento para recibir la atención y el tratamiento médico que mi médico u otro proveedor considere necesarios o convenientes, que puede incluir, entre otros, análisis de laboratorio, exámenes de rayos X, tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos, u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales de su médico. Gastro Florida se reserva el derecho de negarse a atenderle si usted se niega a firmar este consentimiento o si, en cualquier momento, decide revocarlo.

Permiso para el tratamiento

Por la presente se autoriza a los médicos y a los empleados o representantes de Gastro Florida a prestar al paciente que se indica a continuación el tratamiento médico y quirúrgico que se considere necesario.

Asignación de beneficios del seguro

Autorizo el pago directo a Gastro Florida de cualquier beneficio de seguro que me corresponda por los servicios, a una tarifa que no exceda los cargos habituales de Gastro Florida por dichos servicios.

Autorización para divulgar información

Autorizo la divulgación de mi historial médico y la información relacionada de Gastro Florida a los representantes autorizados de mi tercero pagador o proveedor en relación con mi atención médica. Autorizo la revisión de mi historial médico para cualquier auditoría necesaria que realice una agencia, así como la divulgación del plan de atención médica y el resumen de alta de mi historial médico en caso de que sea transferido a otro centro de atención médica o desde él.

Comunicación

Al proporcionar mi correo electrónico y mi(s) número(s) de teléfono, autorizo a Gastro Florida a enviarme información relacionada con mi cita (por ejemplo, recordatorios de visitas), el estado de facturación, investigaciones clínicas y/o material educativo que pueda estar relacionado con mi(s) condición(es); además, a informarme periódicamente sobre los servicios de Gastro Florida y eventos comunitarios, así como a solicitar mi opinión sobre mi experiencia con Gastro Florida. Puedo darme de baja 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 que cumpla con la HIPAA y que Gastro Florida no supervisa los correos electrónicos para la atención específica de los pacientes.

Autorizo a Gastro Florida a inscribirme en su portal seguro para pacientes, que puede incluir la información mencionada anteriormente, junto con los resultados de mis pruebas clínicas y mis medicamentos. Entiendo que no debo utilizar el portal para comunicar información importante o de emergencia relacionada con mi atención médica.

Autorizo a Gastro Florida a incluir mis comentarios de la encuesta de pacientes o de las reseñas en línea en su sitio web o material promocional (nota: no se utilizará su apellido).

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, ha recibido una copia del mismo y que es el paciente o está legalmente autorizado por el paciente como su representante general para firmar este documento y aceptar sus términos.

Firma del paciente/Guardián legal

Fecha

Nombre del paciente/guardián que firma este documento

Si alguien que no sea el paciente está firmando, ¿es el guardián legal, custodio o tiene poder notarial para este paciente, para tratamiento, pago u operaciones de atención médica? Sí No