

REGISTRO DE PACIENTES-Por favor imprima claramente

INFORMACIÓN AL PACIENTE

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____

SOC. SEC. # _____ SEXO M / F FECHA DE BIRTH ____ / ____ / ____

DOMICILIO _____ APT # _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ ESTADO CIVIL CASADO SOLO

TELÉFONO CELULAR _____ DIVORCIADO VIUDO

TELÉFONO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

EMPLEADOR _____ OCUPADA JUBILADO ESTUDIANTE OTROS _____

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE PACIENTE/AUTO CÓNYUGE PADRES

OTROS _____

SE REMITENTE LA LIBRE MÉDICO REMITENTE _____ TELÉFONO # _____

DIRECCIÓN DE REFERENCIA MÉDICO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO- Por favor, entregue su tarjeta de seguro a la recepcionista.

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA _____ RELACIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA TARJETA PRINCIPAL ____ / ____ / ____

Soc.Sec.# DEL TITULAR DE LA TARJETA PRINCIPAL _____

POLICY # _____ GROUP # _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIA _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA _____ RELACIÓN _____

POLICY # _____ GROUP # _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO # _____

La autorización del paciente-NOTA: EN TODOS LOS CASOS, PROYECTOS DE LEY SON RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Yo, _____ autorizo Gastroenterology & Hepatology Assoc., P.C., para solicitar los beneficios de mi parte por los servicios cubiertos prestados por Gastroenterology & Hepatology Assoc., P.C., y solicitar que los pagos a partir de _____ se cobrará directamente por Gastroenterology & Hepatology Assoc., P.C. (o

(nombre de la compañía de seguros)

en caso de beneficios de Medicare Part B, para mí o para la parte que acepta cesión). Yo certifico que la información que han informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para este o cualquier reclamación relacionada con, al agente de facturación por encima de nombre y / o

_____. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del (nombre de la compañía de seguros)

original. Esta autorización podrá ser revocada por mí oa la compañía antes mencionado en cualquier momento por escrito.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR O BENEFICIARIO

FECHA

HISTORIA - LLENADO POR EL PACIENTE

1. **NOMBRE** _____ Fecha de Birth _____ / _____ / _____ Fecha _____

2. La razón de su visita

Por favor, indique si tiene algún problemas, signos o síntomas en cualquiera de las siguientes areas ahora:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Salud general | <input checked="" type="checkbox"/> Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Reproductiva/Urinaria |
| <input type="checkbox"/> Oídos, Nariz, Garganta | <input type="checkbox"/> Tiroides/Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Estómago/Digestión | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Pulmones/Respiración | <input type="checkbox"/> Sangra/linfáticos |
| <input type="checkbox"/> Corazón/Circulación | <input type="checkbox"/> Músculos/Articulaciones/Huesos |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta y la hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

Comentarios Médico – Revisión de los síntomas

3. Medicina(s) y la dosis(s):

4. Cirugías anteriores/Fechas

5. Las alergias a los medicamentos:

6.Cuál es su historia social?

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viuda/Viudo Quién vive con usted? _____

Ocupación actual/Employer _____ Qué tipo de trabajo? _____

Fuma usted? _____ Cuántos paquetes de un día? _____ Por cuántos años? _____

Usted bebe al alcohol? _____ Cuántas bebidas por día? _____ a la semana? _____ por mes? _____

Es usted sexualmente activa? _____ Usa drogas ilícitas? _____ En caso afirmativo, qué tipo? _____

7.Cuál es el estado de salud de su familia?

Madre? _____ Padre? _____

Hermano(s)/Hermana(s)? _____

Familia enfermedades:

Historia de las enfermedades del corazón (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca) sí no

Historia de los accidentes cerebrovasculares? sí no

Historia de la presión arterial alta? sí no Historia de la diabetes? sí no Historia de cáncer? sí, tipo _____ no

HISTORY – Completado por el médico

Patient evaluated at the request of: _____ Vitals: Ht: _____ Wt: _____ BP: _____ P: _____

Chief Complaint: _____

History of Present Illness/Status of Chronic or Inactive Conditions: _____

I, the attending provider, have reviewed the history as documented above and personally noted the chief complaint and HPI.

Signature of attending provider

Date

GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY ASSOCIATES

4660 Kenmore Avenue, Suite 810

Alexandria, VA 22304

Phone (703) 823-0333

CONSENTIMIENTO PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, PAGO, Y LAS OPERACIONES DEL CUIDADO

Yo, _____, autorizo **Gastroenterology & Hepatology Associates** para el uso y/o divulgar mi información de salud que específicamente me identifique o que razonablemente se puede utilizar para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Entiendo que este consentimiento es voluntaria si me niego a firmar este consentimiento, **Gastroenterology & Hepatology Associates** pueden negarse a tratar.

Se me ha informado que **Gastroenterology & Hepatology Associates** he preparado un aviso ("Aviso"), que describe con más detalle los usos y revelaciones que se pueden hacer de mi salud la información de indentificación individual para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. Entiendo que puedo tienen el derecho de revisar estos aviso antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación a la **Gastroenterology & Hepatology Associates**, por escrito, pero si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectará ninguna acción que **Gastroenterology & Hepatology Associates** tomó antes de recibir mi revocación.

Entiendo que **Gastroenterology & Hepatology Associates** se ha reservado el derecho a modificar las prácticas de privacidad y que puedo solicitar la aviso cambiado

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que **Gastroenterology & Hepatology Associates** retringe la cantidad de mi salud la información de indentificación ... se utiliza y/o divulgados al llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de salud. Entiendo que **Gastroenterology & Hepatology Associates** no tiene por que estar de acuerdo a las restricciones, pero qué una vez que dichas restricciones estan de acuerdo, **Gastroenterology & Hepatology Associates** deben cumplir con estas restricciones

Firma del paciente o el representante del paciente
(Formulario debe ser completado antes de firma.)

Fecha

Imprima el nombre del paciente o el representante del paciente

Relación con el paciente