

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Num. Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Farmacia de preferencia / Teléfono / dirección: \_\_\_\_\_

Dr. Primario: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Num. Tel: \_\_\_\_\_

**Seguro Primario**

Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Póliza# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario**

Nombre del Seguro \_\_\_\_\_ Póliza# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Tenga en cuenta que es su responsabilidad obtener un formulario de referencia de su médico de cabecera antes de ver a nuestros médicos. Se requieren copagos antes de que se presten los servicios (SIN EXCEPCIONES)**

---

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE REFERENCIA**

¿Fue **referido** a esta oficina por un médico? En caso afirmativo, sírvanse proporcionar la siguiente información:

Nombre del médico de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

**Tenga en cuenta: Todos los titulares de pólizas HMO deben completar la información de un médico de referencia.**

---

¿Desea que enviemos información sobre sus visitas a otro médico (que no sea el médico mencionado anteriormente)?

Nombre del médico de referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

No deseo que se me envíe ninguna de mis informaciones médicas a ningún médico.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DE PRESTACIONES DE SEGURO**

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos al Dr. Vinay Katukuri por los servicios prestados por él. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro médico.

Inicial: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo al Dr. Vinay Katukuri a divulgar cualquier información médica o incidental que pueda ser necesaria para la atención médica o en el procesamiento de solicitudes de beneficios financieros.

Inicial: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Como cortesía, y para dar cabida a todos nuestros pacientes, le pedimos que dé 24 horas de antelación para la cancelación o reprogramación de una cita. Se cobrará una tarifa de \$ 25.00 (visita a la oficina) o \$ 50.00 (procedimiento) por no cumplir con esta solicitud. Esto se aplica a todas las visitas y procedimientos de la oficina.

Inicial: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS**

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten tomar decisiones informadas sobre la atención al final de la vida. La directiva le da la opción de dejar que su familia, amigos y profesionales de la salud estén al tanto de sus decisiones personales con respecto a su atención al final de la vida.

¿Tiene instrucciones anticipadas? **Sí / No**

Inicial: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA**

Doy mi consentimiento a Advanced Gastroenterology of Central Florida para usar y divulgar mi información de salud para que pueda usarse razonablemente para identificarme para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica de acuerdo con Advanced Gastroenterology of Central Florida. Entiendo bien que este consentimiento es voluntario, si me niego a firmar este consentimiento, Advanced Gastroenterology of Central Florida puede negarse a tratarme.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que Advanced Gastroenterology of Central Florida restrinja la forma en que mi información de salud y seguro médico se divulga para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Entiendo que Advanced Gastroenterology of Central Florida no tiene que estar de acuerdo con tales restricciones, pero que una vez que se acuerdan dichas restricciones, Advanced Gastroenterology of Central Florida debe adherirse a dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a Advanced Gastroenterology of Central Florida por escrito, pero si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectará a ninguna acción que Advanced Gastroenterology of Central Florida haya tomado antes de recibir mi revocación.

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

**REPRESENTANTE DESIGNADO**

Por favor, designe a UN representante para obtener información médica para usted en caso de que no pueda comunicarse con la oficina. La ley **SOLO** permite que se le dé información médica a la persona que usted designe. Por favor notifique a todos los demás familiares y amigos que no se le dará información médica a ninguna otra persona de no estar autorizados.

Designo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Designo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

**HIPAA – FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE**

Acuse de recibo del Aviso de políticas de privacidad y consentimiento para la divulgación para el tratamiento, el pago y las operaciones.

**RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO**

Al firmar a continuación, por la presente reconozco que (si se solicita) se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina y, por lo tanto, se me ha informado de cómo esta oficina puede usar y divulgar mi información de salud protegida. También se me ha informado de cómo puedo obtener acceso a esta información y controlar esta información. Además, al firmar a continuación, por la presente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica de la oficina como se describe en el Aviso.

Firma del paciente o representante personal:

\_\_\_\_\_

Imprimir nombre del paciente

\_\_\_\_\_

Imprimir nombre del representante personal (si corresponde) & descripción de la autoridad legal

\_\_\_\_\_

fecha

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de su cita? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

**Lista de medicamentos actuales:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Lista de condiciones médicas que le hayan diagnosticado:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Lista de cirugías previas:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**¿Tiene historial familiar con problemas gastrointestinales o algún tipo de Cáncer?  
Si \_\_\_\_\_| No \_\_\_\_\_, de ser afirmativo anotar quien y que tipo de enfermedad o Cáncer**

_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Lista de alergia a medicamento:**

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Es usted?

- \_\_\_\_\_ Fumador actual
- \_\_\_\_\_ Ex Fumador
- \_\_\_\_\_ No Fumador

¿Alguna vez se ha sometido a una colonoscopia?  
Si / No

¿Tomó una bebida que contenía alcohol en el último año?  
Si / No

¿Alguna vez se ha sometido a una endoscopia?  
Si / No

¿Se ha echo laboratorios recientemente?  
Si / No

¿Se ha hecho alguna radiografía recientemente?  
Si / No