



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMERO, INICIAL MEDIO)			SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> HEMBRA	DOCTOR PRIMARIO:
DIRECCIÓN DEL PACIENTE:			CONTACTO DE EMERGENCIA Y TELÉFONO #	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	ESTADO DEL ESTUDIANTE: Si tiene 18 años o más (marque con un círculo): <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No es un estudiante	
Teléfono ()	El teléfono celular ()	Fecha de nacimiento ___/___/___ M D A	Estado civil: (marque con un círculo): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
RAZA:		ETNICIDAD:		
NOMBRE DE FARMACIA:		TELÉFONO:		
		LENGUAJE PRIMARIO: EL CORREO ELECTRONICO		

INFORMACIÓN DEL SEGURO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO:	SEGURO SECUNDARIO:				
DIRECCIÓN DE SEGURO:	DIRECCIÓN DE SEGURO:				
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO:			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO:		
NÚMERO DE PLAN DE GRUPO:			NÚMERO DE PLAN DE GRUPO:		
NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE:		DIRECCIÓN DEL EMPLEADO:		TELÉFONO: ()	

INFORMACIÓN DEL PARTIDO RESPONSABLE

NOMBRE DEL PARTIDO RESPONSABLE (ÚLTIMO, PRIMERO, MEDIO)			SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> HEMBRA	REPRESENTANTE LEGAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIRECCIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE:			NOMBRE DEL EMPLEADO:	
			DIRECCIÓN DEL EMPLEADO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> OTRO	
TELÉFONO: ()				



Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados al médico y no es un sustituto del pago. Algunas compañías pagar asignaciones fijas para ciertos procedimientos, y otros pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier cantidad deducible, coaseguro o cualquier otro saldo no pagado por el seguro.

Si su seguro requiere una referencia por escrito de su médico y no la obtiene antes de su visita o procedimiento, usted será responsable de pago por Servicios prestados.

LOS COPAGOS SE ESPERAN EN EL MOMENTO EN QUE SE HACEN LOS SERVICIOS.

Si esta cuenta se asigna a un abogado de cobro y / o demanda, la práctica tendrá derecho a honorarios razonables de abogados y costos de cobro.

Autorizo el lanzamiento de cualquier información necesaria para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener el reembolso de cualquier reclamo. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, seguro privado y otros planes de salud para la práctica nombrada en este formulario. Esta tarea permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. Una fotocopia de esta tarea debe considerarse válida como original. Entiendo que yo Soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por dicho seguro.

ACEPTO LAS ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES FINANCIERAS QUE SE MUESTRAN EN ESTA PÁGINA. **DEBES DE LEER ESTOS TÉRMINOS CUIDADOSAMENTE.** GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

X _____

FECHA: _____

FIRMA (Paciente, o padre si es menor de 18 años de edad)



PAGOS DE LA AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, autorizo el pago de todos los servicios que se me brinden, que se abonarán directamente a Bridgeview Endoscopy, siempre que mi compañía de seguros les envíe el pago directamente. Entiendo que, independientemente de mi seguro, soy financieramente responsable del pago de los servicios que me prestan. También autorizo la divulgación de cualquier información que mi compañía de seguros necesite para procesar dichos reclamos.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Esta autorización de liberación de registro nos permite obtener y / o liberar sus registros de y hacia su médico de cabecera y otros médicos que usted está bajo su cuidado.

Fecha: _____

Médico/Hospital: _____.

Dirección: _____.

Número de teléfono:() _____

NO MOSTRAR POLÍTICA

Reconozco que se me proporcionó una copia de la carta de política de No Show de Bridgeview Endoscopy.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

*Si la persona que firma no es el paciente, imprima su nombre y relación con el paciente:

Nombre: _____

Relación: _____



RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Confirmando que se me proporcionó una copia del Aviso de prácticas de privacidad y el Folleto de Derechos y responsabilidades del paciente para Bridgeview Endoscopy.

Nombre: _____

Firma: _____

*Si la persona que firma no es el paciente, imprima su nombre y relación con el paciente:

Nombre: _____

Relación: _____

*** AUTORIZO POR LA PRESENTE LA AUTORIZACIÓN DEL USO O DIVULGACIÓN DE MIS INFORMACIÓN Y REGISTROS DE SALUD A LAS SIGUIENTES PERSONAS (FAVOR DE LISTAR A USTED MISMO YA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, AMIGOS O MÉDICOS QUE NO LE HUBIERAN RECOMENDADO):** _____

FYI: AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO, ASEGURA QUE TODO EL QUE HAYA ENUMERADO TENDRÁ DERECHO A SUS REGISTROS MÉDICOS/INFORMACIÓN.

For Office Use Only:

If the patient/representative requested a copy of notice, please provide date copy was given:

Date: _____

If no acknowledgment could be obtained, state the reasons why and the efforts taken to try to obtain the acknowledgment: _____



TRATAMIENTO DEL PACIENTE / RENUNCIA FINANCIERA

Yo, _____ Tenga en cuenta que si no proporciono la referencia adecuada o la información del seguro para cubrir los servicios que solicito a Bridgeview Endoscopy, seré responsable del pago de esta visita y de todos los cargos asociados para mí o mis dependientes.

Firma: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN MÉDICA

Razón de la visita: _____.

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Diabetes _____	Marcapasos _____	Infarto cardiaco _____
Alta presión _____	Colesterol alto _____	Desfibrilador _____
Soplo cardíaco _____	Enfermedad del riñón _____	Enfermedad del corazón _____
Apnea del sueño _____	Asma _____	Anemia _____
Enfermedad de Tiroides _____	Enfermedad del hígado _____	Hepatitis _____
COPD _____	Trastorno convulsivo _____	Reflujo ácido _____
Dolores de cabeza _____	Artritis _____	Glaucoma _____
Enfermedad de la válvula cardíaca _____	Ansiedad _____	Depresión _____

Otras condiciones
médicas/psiquiátricas: _____

Historial Quirúrgico pasado (enumere TODAS las cirugías y las fechas):

¿Está bajo el cuidado de otros médicos / especialistas? SI ___ NO ___

En caso afirmativo, liste el nombre y la especialidad: _____

¿Requiere que la información se divulgue a los médicos mencionados anteriormente?

SI ___ NO ___

¿Hay antecedentes familiares de pólipos en el colon, cáncer de colon o cualquier otro tipo de cáncer? SI ___ NO ___

En caso afirmativo, ¿qué tipo y
quién? _____.

¿Fumas? SI ___ NO ___ Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

¿Bebes alcohol? NO ___ De vez en cuando ___ Regularmente ___

¿Tiene un historial de abuso de drogas anterior? SI ___ NO ___

¿Hay alguna creencia cultural que pueda afectar la atención que recibirás hoy en nuestra oficina?

SI ___ NO ___

¿Requiere servicios de intérprete? SI ___ NO ___



INFORMACIÓN MÉDICA
(continuada)

DIRECTIVAS AVANZADAS?

¿Tiene una directiva avanzada en su lugar? SI ___ NO ___

Si es así, tienes: Testamento vital ___ Poder legal ___ Proxy de asistencia médica ___

DNR ___

Custodio del documento: _____ Relación: _____

Tenga en cuenta que, si tiene una directiva anticipada, se requiere que nuestra oficina obtenga una copia para sus registros.

Haga una lista de todos los medicamentos recetados tomados, incluidos los productos de venta libre y las instrucciones de dosificación:

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

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento? SI ___ NO ___

Nombre de las drogas: _____.

Tipo de reacción: _____.

Gastrointestinal: ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes?

Vómitos de sangre ___ Diarrea ___ Cambio en los hábitos intestinales ___

Taburetes negros ___ Sangrado rectal ___ Estreñimiento ___

Estreñimiento ___ Dificultad para tragar ___ Pérdida de peso ___

¿Le hicieron una colonoscopia / endoscopia previa? SI ___ NO ___

Cuando _____ . Dónde: _____.