



**Monterey Bay G.I. Consultants Medical Group Inc.  
Monterey Bay Endoscopy Center LLC**

Apellido: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Podemos enviar mensajes de texto?  Si  No

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Casa Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Desea ser invitado a nuestro portal?  Si  No

\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Preferencia de contacto:

Casa  Celular  Trabajo

Código postal: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a

Separados  Viuda/o  Socio

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Origen Etnico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de cabecera? \_\_\_\_\_

¿Qué médico le refirió? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de su farmacia? \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

¿Adónde va para conseguir trabajo de laboratorio? \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

Primaria: \_\_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_\_ Tercero: \_\_\_\_\_

Proporcione todas sus tarjetas de seguro, su tarjeta de prescripción de la Parte D de Medicare si tiene una y su licencia de conducir a la recepcionista cuando haga el check-in.

**Al firmar a continuación certifico que la información que he proporcionado arriba es correcta.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Además, reconozco que una copia del aviso actual se publica en el área de recepción y que se me ofrecerá una copia de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad enmendado en cada cita.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## REGLAS DE LA OFICINA

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Acepto el tratamiento para el paciente escrito a continuación. Autorizo la revelación de toda la información médica a mi médico de atención primaria y al médico que me remitió. Autorizo la revelación de toda la información médica a las compañías de seguros de salud, según sea necesario, para procesar una reclamación.

### PAGOS

Es la regla de esta oficina recolectar pago por la totalidad, deducibles, y copagos cuando se rinden servicios. Se le facturarán los cargos del doctor y la instalación a usted, a menos que se reciba los datos sobre su seguro antes de que se rinda el servicio. Solicito que los pagos de beneficios médicos de mi seguro se hagan directamente al doctor o a la instalación. Comprendo que soy responsable por todos los cargos y se espera que yo pague si mi seguro no paga dentro de 90 días de que se rinda los servicios. Si se usa una tarjeta de crédito por cualquier servicio, autorizo cualquier pago que se haga en exceso a que se reembolse a la misma tarjeta de crédito.

### PAGO PARA PROCEDIMIENTOS

Si está planificado a someterse a un procedimiento/s, nuestro departamento de cobros le puede ofrecer un estimado de costos, sin embargo, no es posible darle un presupuesto exacto, debido a la naturaleza de los procedimientos y hasta que se realice el procedimiento en sí. Nuestra oficina de contado se pondrá en contacto con su compañía de seguros para obtener autorización, si se requiere, y un presupuesto de su responsabilidad financiera. La autorización de su seguro no es una garantía de pago.

### SEGURO DE SALUD

Usted es responsable de averiguar si su seguro requiere una autorización antes de que se rindan servicios. Usted será responsable por los cargos de los servicios rendidos si falta la autorización. A modo de cortesía, enviaremos facturas a su seguro primario y secundario. No podemos garantizar que su seguro cubrirá nuestros servicios. Usted es responsable de mantener a nuestra oficina actualizada con su información de seguro y verificar cobertura de los servicios que rindamos en nuestra oficina. Somos médicos bajo contrato en la mayoría de seguros. Recomendamos que verifique esta información antes de su consulta en nuestra oficina. Enviaremos una factura detallada después de que su seguro procese su reclamo por los servicios rendidos. Si su seguro no procesa su reclamo dentro de 45 días, reservamos el derecho a facturarle a usted el monto total.

### CUAL SON MIS OPCIONES SI NO TENGO SEGURO

Pago en total se debe el día en que se rinde el servicio. Si usted no tiene seguro y no puede pagar su saldo total, un representante de nuestro departamento de cobranza está disponible para discutir opciones y/o asistirlo con un plan de pago. Puede ponerse en contacto con un representante llamando al 831-375-3577, opción #5.

### REGLAS PARA CHEQUES DEVUELTOS/IMPAGO POR SERVICIOS RENDIDOS

Los cheques devueltos por falta de fondos están sujetos a un cargo de \$25. Se hará todo esfuerzo para acordar un plan de pago razonable, no obstante, nos reservamos el derecho a mandar su cuenta a una agencia de cobranza si su saldo es impago más de 90 días. Si es necesario mandar su cuenta a la agencia de cobranza, el paciente será despedido de nuestra oficina.

### CANCELACIÓN TARDÍA Y REGLAS DE CITAS PERDIDAS

Las citas perdidas o canceladas a último momento causan problemas más allá del impacto financiero. Ese turno perdido es una cita que fue desperdiciada para otro paciente.

**Cita perdida:** Se cobra \$50 por turnos perdidos o cancelaciones a último momento si se da menos de 24 horas laborables de aviso.

**Procedimientos:** Se cobra \$200 por turnos perdidos o cancelaciones a último momento si se da menos de 48 horas laborables de aviso.

**Horas laborables:** Lunes-Viernes, entre las 8:30 am y 5:00 pm, a excepción de días feriados.

**He leído y comprendo las condiciones de estas reglas. Estoy de acuerdo a cumplir con las condiciones aquí escritas sobre los servicios rendidos por Monterey Bay GI Consultants Medical Group Inc. y /o Monterey Bay Endoscopy Center LLC.**

Escribe tu nombre aquí: \_\_\_\_\_

Firma tu nombre aquí: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

### NUESTROS DEBERES

Estamos exigidos por ley a mantener la privacidad de su información médica y que le notifiquemos de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en vigor. Una copia del aviso estará disponible en cualquiera de nuestras oficinas, desde nuestro Oficial de Privacidad llamando al (831) 375-3577, o escribiendo a Monterey Bay GI Consultants Inc o Monterey Bay Endoscopy Center LLC, 23 Upper Ragsdale Drive, Monterey, CA 93940. También puede abordar preguntas relacionadas con nuestras prácticas de privacidad, sus derechos de privacidad o solicitudes de información adicional con respecto a su privacidad a esta persona.

### USO PERMITIDO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La Ley Federal nos permite usar y divulgar su información médica en el curso normal de proporcionarle servicios de salud. Hemos descrito algunos de estos usos y divulgaciones en los siguientes párrafos:

#### Tratamiento médico

Le proporcionaremos a sus otros proveedores de atención médica la información necesaria para tratarlo. Es posible que nos pongamos en contacto con usted antes de una cita o que hablemos con usted acerca de cómo prepararse para una cita de procedimiento. Intentaremos ponernos en contacto con usted en los números de teléfono que nos han dado. Si no está disponible y su máquina de mensajes responde, le dejaremos un breve mensaje para recordarle la ubicación y la hora de su cita. Es posible que le pidamos que nos llame con respecto a información médica específica relacionada con su cuidado. No dejaremos los resultados de sus pruebas ni su diagnóstico en su máquina de mensajes.

#### Pago

Es posible que necesitemos ponernos en contacto con su seguro médico con el fin de facturar su cuenta o para preautorizar los exámenes, procedimientos o pruebas que su médico había pedido. Es posible que tengamos que divulgar los detalles de su información médica si su seguro médico u otros seguros requieren esta información para realizar un pago. Si no desea que esta información se le dé a su seguro, entonces debe pagar toda su factura en el momento de su cita y hacernos saber no facturar a nadie más.

#### Operaciones de oficina

A menudo debemos usar información específica del paciente para las operaciones comerciales normales. Es posible que tengamos que ver la información de su carta para llenar formularios en su nombre. Podemos usar su expediente médico para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que lo cuida.

### DIVULGAR INFORMACIÓN SIN SU AUTORIZACIÓN

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted, sin su autorización específica.

**Divulgaciones requeridas por la ley:** Es posible que la ley federal, estatal o local nos exija revelar su información médica.

**Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su información médica a una agencia pública, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por susten, por sus datos, un servicio de alimentos, suministros) si experimenta un efecto adverso de cualquiera de los medicamentos, suministros o equipos que utilizamos.

**Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica:** Es posible que se nos solicite que divulguemos su información médica si consideramos que ha sido abusado o descuidado.

**Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Es posible que se nos solicite que divulguemos su información médica si recibimos una citación de un juez o tribunal administrativo.

**Aplicación de la ley:** Es posible que se nos solicite que divulguemos su información médica junto con una investigación criminal de una agencia federal o estatal de aplicación de la ley.

**Amenazas graves para la salud o la seguridad:** Es posible que se nos exija divulgar su información médica si, en nuestra opinión, hacerlo ayudará a evitar una amenaza grave para el público.

**Personal military:** Es posible que se nos solicite que divulguemos su información médica a las autoridades de mando correspondientes.

**Compensación del trabajador:** Es posible que se nos exija divulgar su información médica para cumplir con las leyes relativas a la compensación del trabajador.

## **DERECHOS DEL PACIENTE**

Usted tiene ciertos derechos sobre su información médica. La ley federal nos permite usar y divulgar su Información de Salud Personal para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos nos exige que firme una autorización. Por lo tanto, la primera vez que vea a uno de nuestros médicos de proveedores de atención médica, le pediremos que firme un consentimiento para permitirnos usar y divulgar su información personal junto con su tratamiento, pago por tratamiento y nuestras operaciones de atención médica.

### **Solicitud de restricciones**

Puede solicitarnos que limitemos el uso de la divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero si estamos de acuerdo con ella, cumpliremos con su solicitud, excepto según lo exija la ley, en situaciones de emergencia o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Su solicitud debe: 1) Estar por escrito, 2) Describir la información que desea restringir, 3) Estado si la restricción es limitar nuestro uso o divulgación, y 4) Estado a quien se aplica la restricción. Puede revocar su restricción en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Podemos solicitar la reprogramación mientras consideramos su solicitud.

### **Comunicaciones confidenciales**

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera particular, o un lugar determinado para mantener su confidencialidad. Su solicitud debe ser por escrito. Debe decirnos cómo piensa satisfacer su responsabilidad financiera y especificar una forma alternativa de que podamos ponernos en contacto con usted de forma confidencial. Usted no tiene que dar una razón para su solicitud. Puede revocar su solicitud en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Podemos reprogramar su examen mientras consideramos su solicitud.

### **Inspeccionar y copiar**

Puede solicitar acceso para inspeccionar y copiar su información médica mantenida en nuestros registros, incluidos los registros de facturación. Su solicitud debe ser por escrito. Actuaremos en función de su solicitud de inspecciones dentro de los 5 días hábiles después de recibir la solicitud. Actuaremos en función de su solicitud de copias en un plazo de 15 días después de recibir la solicitud. Le enviaremos una denegación por escrito. Si esto sucede, puede solicitar una revisión de la denegación. Le enviaremos una factura por las copias. Si desea conocer los cargos con antelación, puede solicitarlo. Si tiene una disputa sobre la factura por copiarla, tendrá que impugnarlo con el servicio de copia. Las copias pueden ser recogidas en una de nuestras oficinas como su solicitud, o pueden ser enviadas por correo a usted.

### **Enmienda**

Puede solicitarnos que modifiquemos su información médica si cree que no está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y debe incluir una razón para apoyar la enmienda. Su solicitud puede ser denegada si creemos que la información es completa y precisa, si la información no es parte de la información médica que se le permitiría inspeccionar o copiar, o no creamos la información. También tiene la opción de presentar su propia enmienda.

### **Contabilidad y Divulgación**

Puede solicitar una lista de divulgaciones no rutinarias que hayamos hecho de su información médica. Esto no incluye las divulgaciones que hacemos para su tratamiento, para solicitar el pago de nuestros servicios, o para nuestras operaciones comerciales normales o para aquellos que usted autoriza por escrito. Su primera solicitud dentro del período de 12 meses es gratuita, pero podemos cobrar por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses.

### **Presentar una queja**

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja directamente ante nuestro Oficial de Privacidad. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No le penalizaremos por quejarse.

## **AUTORIZACIONES DE PACIENTES PARA CIERTAS DIVULGACIONES**

Solicitaremos su autorización por escrito para usos y divulgaciones de su información médica que no identificamos en este aviso o para aquellos que no están permitidos de otra manera por la ley. Puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad. Puede solicitar una copia de su autorización en cualquier momento.

PROVIDER \_\_\_\_\_

APPT TIME \_\_\_\_\_



**Monterey Bay G.I. Consultants Medical Group Inc.  
Monterey Bay Endoscopy Center LLC**

ROOM# \_\_\_\_\_  
HT \_\_\_\_\_  
WT \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_  
BP \_\_\_\_\_  
P \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE SU SALUD**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_  
**Doctor de cabecera:** \_\_\_\_\_ **Otros Especialistas:** \_\_\_\_\_  
**Alergias:** \_\_\_\_\_ **Razón de la visita:** \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

|  |         |  |         |                               |             |
|--|---------|--|---------|-------------------------------|-------------|
| <b>Problemas cardíacos</b>                                     | SI / NO | <b>Artritis</b>                          | SI / NO | <b>Cáncer del colon/recto</b> |             |
| <b>Diabetes</b>  | SI / NO | <b>Fibrilación auricular</b>             | SI / NO | SI / NO                       | Edad? _____ |
| <b>Apnea del sueño (para respiratorio mientras que duerme)</b> | SI / NO | <b>Colesterol alto</b>                   | SI / NO | <b>Cáncer del útero</b>       |             |
| <b>Uso de la machina CPAP</b>                                  | SI / NO | <b>Problemas de la glándula tiroides</b> | SI / NO | SI / NO                       | Edad? _____ |
| <b>Asma</b>  | SI / NO | <b>Cáncer de próstata</b>                | SI / NO | <b>Otro probelma:</b>         | _____       |
|  |         | <b>Ansiedad/Depresión</b>                | SI / NO |                               | _____       |

**CIRUGÍAS:** \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS**

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Dolor de pecho              | SI / NO |
| Sed Excesiva                | SI / NO |
| Visión borrosa              | SI / NO |
| Orinar Excesivamente        | SI / NO |
| Dolores de cabeza           | SI / NO |
| Depresión                   | SI / NO |
| Falta de aire               | SI / NO |
| Tos                         | SI / NO |
| Escalofríos                 | SI / NO |
| Fiebre                      | SI / NO |
| Dolor en las articulaciones | SI / NO |
| Ronchas / Salpullido        | SI / NO |

**OFFICE USE ONLY**

**HISTORIAL DE CANCER EN SU FAMILIA**

|                 | Cáncer de Colon | Cáncer de útero | Cáncer de mama | Cáncer de ovario | Pólipos de colon | Otros cánceres |
|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------------|------------------|----------------|
| <b>Madre</b>    |                 |                 |                |                  |                  |                |
| <b>Padre</b>    |                 |                 |                |                  |                  |                |
| <b>Hermanos</b> |                 |                 |                |                  |                  |                |
| <b>Hijos</b>    |                 |                 |                |                  |                  |                |
| <b>Abuelos</b>  |                 |                 |                |                  |                  |                |
| <b>Tíos</b>     |                 |                 |                |                  |                  |                |
| <b>Primos</b>   |                 |                 |                |                  |                  |                |

¿Algunos de los mencionados anteriormente han tenido **cancer ANTES de los 50 años?**  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL SOCIAL**

¿Está trabajando? SI / NO ¿Ocupación? \_\_\_\_\_ Jubilado: SI / NO Discapitado: SI / NO  
 Estado civil: (marque uno) Casado Soltero Viudo Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 ¿Fuma cigarillos? SI / NO ¿Ha fumado alguna vez? SI / NO ¿Cuándo paró? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos cigarillos por día fuma? \_\_\_\_\_ ¿Por Cuántos tiempo ha Fumado? \_\_\_\_\_  
 ¿Toma alcohol? SI / NO Número de tragos dor día \_\_\_\_\_ por semana \_\_\_\_\_ otra cantidad \_\_\_\_\_  
 ¿Drogas? SI / NO  
 ¿Tiene una declaración de voluntades anticipadas? SI / NO ¿Se proporcionó información sobre directivas anticipadas? SI / NO

Monterey Bay GI Consultants Medical Group, Inc.  
Monterey Bay Endoscopy Center  
23 Upper Ragsdale Drive, Monterey, CA 93940

## LISTA DE MEDICAMENTOS

Name: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de su farmacia? \_\_\_\_\_

¿Dónde se encuentra su farmacia? \_\_\_\_\_

¿Tienes alergias a los medicamentos?

\_\_\_\_ Si Favor de darnos una lista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ No

| Nombre de la medicación | Dosificación<br>(mg) | Instrucciones de los medicamentos<br>(Ex: como tomar y cuantas veces al día) |
|-------------------------|----------------------|--|
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |
|                         |                      |  |

Si usted tiene un seguro de Medicare D, por favor de presentarlo a la receptionista.



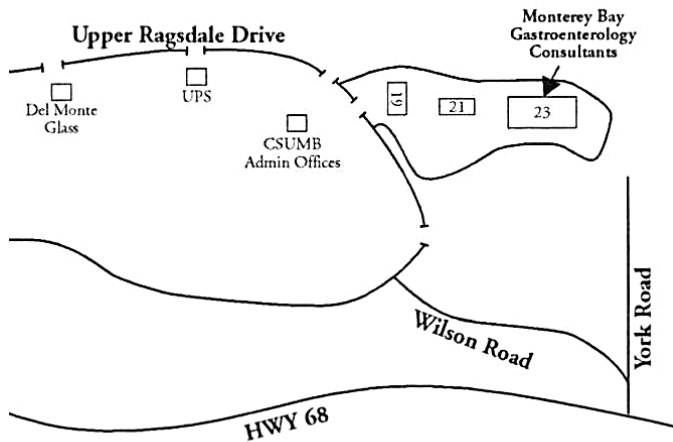
## Monterey Bay G.I. Consultants Medical Group Inc. Monterey Bay Endoscopy Center LLC

### INDICACIONES PARA LLEGAR A NUESTRA OFICINA DE MONTERREY

23 Upper Ragsdale Drive

Monterey, CA 93940

Número de teléfono (831) 375-3577



#### CONDUCIENDO DESDE MONTERREY

Tome la carretera 68 hacia Salinas

Dé vuelta a la **IZQUIERDA** sobre el camino de York

#### CONDUCIENDO DESDE SALINAS

Tome la carretera 68 hacia Monterrey

Gire a la **DERECHA** sobre el camino de York

De York Road, tome su primer **IZQUIERDA** en Wilson Rd  
Gire a la **DERECHA** en la señal de parada sobre Upper Ragsdale Dr.

Gire en la **SEGUNDA** entrada a su **DERECHA**.

Manténgase a su **DERECHA** hasta llegar a el edificio #23.

#### ESTACIONAMIENTO PARA MINUSVÁLIDOS

Cuando usted está mirando la parte delantera del edificio, el estacionamiento para minusválidos está en el lado derecho.

**VISITAS A LA OFICINA:** Utilice la entrada principal y vaya ARRIBA a la recepción.

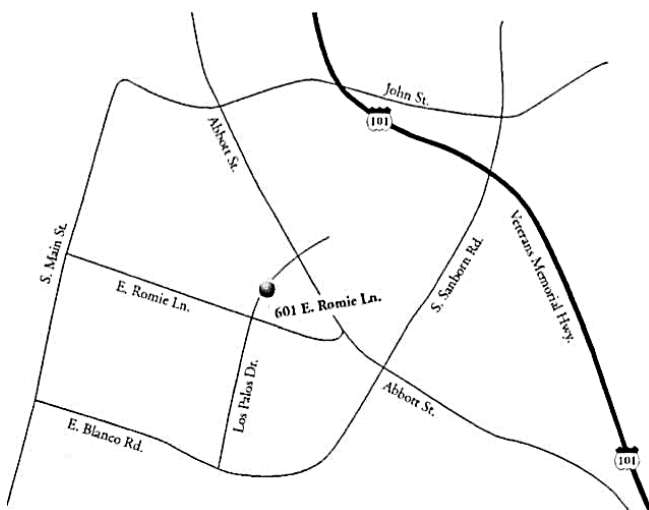
**PROCEDIMIENTOS:** El Centro de Endoscopia se encuentra en la PRIMERA PLANTA. La entrada se encuentra a la derecha de la entrada principal. **Por favor, no se registre arriba para su colonoscopia o procedimiento de EGD. El registro de entrada se realiza en la recepción del centro de endoscopia del centro de endoscopia.**

### INDICACIONES PARA LLEGAR A NUESTRA OFICINA DE SALINAS

601 E. Romie Lane, Ste 1

Salinas, CA 93901

Número de teléfono (831) 375-3577



#### DEL SUR DEL CONDADO

Tome la autopista 101 norte

Tome la salida 326C hacia Monterrey/Península

Gire a la derecha en el camino de Sanborn

Tome el 3er **DERECHO** en Abbott street

Dé vuelta a la **IZQUIERDA** sobre el carril de E. Romie

El edificio estará en el lado derecho.

#### DESDE MONTERREY

Toma carretera 68 Oriente hacia Salinas

(Se convertirá en S. Main Street)

Gire a la derecha sobre el carril de Romie

La oficina está en la esquina de Los Palos Drive y E. Romie Lane – contra esquina del Salinas Valley Memorial Hospital.