



**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: _____

**Monterey Bay GI Consultants Medical Group Inc.
Monterey Bay Endoscopy Center LLC**

POLÍCIA FINANCIERA

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD:

Doy mi consentimiento para el tratamiento para la atención del paciente a continuación. Autorizo la divulgación de toda la información médica a mis médicos de referencia y atención primaria, así como a las compañías de seguros, según sea necesario, para procesar un reclamo.

PAGOS:

Es política de esta oficina cobrar el pago completo, los deducibles y los copagos en el momento del servicio. Los cargos médicos y de las instalaciones se le facturarán a menos que se proporcione información del seguro a nuestra oficina antes del momento del servicio. Solicito que los pagos del seguro de beneficios médicos se realicen directamente al proveedor médico y / o proveedor de la instalación. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y que se espera que pague si mi seguro no ha pagado dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio. Si se utiliza una tarjeta de crédito para pagar cualquier servicio, autorizo que cualquier pago en exceso se reajuste a la misma tarjeta de crédito.

PAGOS POR PROCEDIMIENTOS:

Si está programado para tener un procedimiento (s), nuestra oficina de facturación puede proporcionarle la mejor estimación de cargos; sin embargo, debido a la naturaleza y hasta que no se realicen los procedimientos, no es posible cotizar la cantidad exacta. Nuestra oficina de facturación llamará a su compañía de seguros para obtener autorización, si es necesario, y una estimación de la parte que es su responsabilidad financiera. La autorización previa no es una garantía de pago.

ASEGURANZA

Usted es responsable de ponerse en contacto con su seguro antes de los servicios para determinar si se solicita una autorización. La falta de obtención de la autorización dará lugar a que usted sea responsable de los servicios prestados. Como cortesía a nuestros pacientes, facturaremos a sus compañías de seguros primarias y secundarias. No garantizamos que su seguro cubra nuestros servicios. Es su responsabilidad mantener su oficina actualizada con su información de seguro más actualizada y verificar que tenga cobertura para los servicios proporcionados por nuestra oficina. Somos proveedores contratados con la mayoría de las compañías de seguros. Le recomendamos que verifique esta información antes de ser visto en nuestra oficina. Se le enviará una declaración detallada después de que su seguro haya procesado su reclamo de servicios. Si su seguro no ha procesado su reclamo dentro de los 45 días, nos reservamos el derecho de facturarle el saldo total.

¿CUÁLES SON MIS OPCIONES SI NO TENGO ASEGURANZA?

El pago total vence en el momento del servicio. Si no tiene seguro y no puede pagar su saldo en su totalidad, un representante de cuenta de paciente está disponible para discutir las opciones de pago y / o ayudarlo con un plan de pago. Puede comunicarse con un representante al 831-375-3577, Opción 5

CHEQUES DEVUELTOS Y FALTA DE PAGO DE LOS SERVICIOS

Los cheques devueltos a nuestra oficina por fondos insuficientes están sujetos a una tarifa de servicio de \$ 25. Se hará todo lo posible para trabajar con nuestros pacientes en un plan de pago asequible y razonable; sin embargo, nos reservamos el derecho de enviar una cuenta con un saldo de más de 90 días de antigüedad a una agencia de cobro externa. Si es necesario enviar una cuenta para la recogida, el paciente puede ser dado de alta de la práctica.

POLÍCIA DE CANCELACIÓN Y FALTA DE CITA

"No presentarse a una cita " y "cancelaciones al ultimo momento " causan problemas que van más allá de un impacto financiero en nuestra práctica. Cuando se pierde una cita, ese tiempo disponible se pierde para otro paciente.

Visitas al consultorio: Se cobrará una tarifa de \$ 100 por cada cancelación tardía o no presentada si se notifica dentro de las 24 horas hábiles.

Procedimientos: Se cobrará una tarifa de \$ 500 por cada cancelación tardía o no presentada si se notifica en menos de 5 días hábiles.

El horario de atención es: de lunes a viernes, entre las 8:30 am y las 5:00 pm, excepto festivos.

He leído y entiendo los términos de estas políticas. Acepto cumplir con los términos establecidos en estas políticas para los servicios prestados por Monterey Bay GI Consultants Medical Group Inc. y / o Monterey Bay Endoscopy Center LLC.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Monterey Bay GI Consultants Medical Group, Inc.
NUEVO CUESTIONARIO PARA LOS PACIENTES DEL DR. MICHAEL LE
 (para completar en la primera visita o si el paciente no ha sido visto en más de 3 años)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

MOTIVO de su visita hoy: _____

¿Qué médico lo refirió a vernos hoy? _____

¿Quién es su médico de atención primaria (si no es la persona mencionada anteriormente?) _____

SUS ANTECEDENTES MÉDICOS: Por favor **CIRCULE** todo lo que le aplique a usted:

<p>TRASTORNO DEL CORAZÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ataque al corazón • Stents de metal en su corazón • Cirugía de bypass de la arteria coronaria • Válvula cardíaca mecánica • Fibrilación auricular • Insuficiencia cardíaca congestiva • Marcapasos o desfibrilador 	<p>DESORDEN DIGESTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflujo ácido (acidez de estómago) • Úlceras estomacales • Infección estomacal de H. Pylori • Pancreatitis (inflamación del páncreas) • Síndrome del intestino irritable (IBS) • Enfermedad inflamatoria intestinal (IBD) (por ejemplo, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) • Intolerancia a la lactosa (los productos lácteos provocan diarrea, hinchazón)
<p>TRASTORNOS RESPIRATORIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma • EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) • Enfermedad pulmonar intersticial • Apnea del sueño/ uso de máquina CPAP • Consumo de tabaco 	<p>TRASTORNO HEPÁTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de función hepática anormal previamente conocida • Historial de alcoholismo • Hepatitis B • Hepatitis C • Enfermedad del hígado graso • Cirrosis
<p>OTROS PROBLEMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión (presión arterial alta) • Diabetes Mellitus • Colesterol alto • Obesidad • Derrame cerebral • Enfermedad renal • Enfermedad de la tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo) • Artritis • Ansiedad que requiere medicación • Depresión que requiere medicación • Dolor crónico que requiere analgésicos (indique la ubicación del dolor): 	<p>DESORDEN SANGRANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia (recuentos sanguíneos bajos) • Períodos menstruales abundantes • Hemofilia • Trastorno de la coagulación sanguínea <p>HISTORIA PERSONAL CONOCIDA DE MALIGNIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de esófago • Cáncer de estómago • Cáncer de colon o cáncer del intestino delgado • Cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer de útero • Cáncer de vesícula biliar, cáncer de vías biliares, cáncer de páncreas • Cáncer de riñón, cáncer de vejiga urinaria, cáncer ureteral • Cáncer de cabeza y cuello, cáncer de pulmón, cáncer de próstata • Linfoma/ Leucemia • Otros cánceres no mencionados aquí:

SU HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO: **CIRCULE** todo lo que se aplique a usted:

<ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia: Si es así, ¿cuándo? • Endoscopia superior (EGD) - Si es así ¿cuándo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía en su esófago • Radiación al pecho • Cirugía de estómago (como cirugía para bajar de peso) • Extirpación de la vesícula biliar • Cirugía de intestino delgado • Cirugía de colon 	<ul style="list-style-type: none"> • Extirpación del útero (histerectomía) • Extirpación de ovarios (ooforectomía) • Cesárea • Cirugía de vejiga • Cirugía de próstata o radiación de próstata • Metal implantado conocido en su cuerpo • Otra cirugía no mencionada:
---	---	--

CIRCULE cualquier SÍNTOMA ACTUAL que tenga:

- “Acidez estómaca”=sensación de ardor, sabor ácido
- Náuseas crónicas
- Vómitos crónicos
- Vómitos con sangre o “material similar al café molido”
- Dificultad para tragar (alimentos sólidos o líquidos)
- Dolor al tragar
- Dolor abdominal superior
- Dolor abdominal baja
- Diarrea
- Estreñimiento
- Plenitud temprana
- Hinchazón y flatulencia
- Dolor rectal
- Tar en el escremento
- Sangre en las heces ¿color marrón? ¿rojo brillante?
- Pérdida de peso involuntaria
- Sus síntomas lo despiertan por la noche
- Fatiga significativa
- Debilidad significativa
- Fiebre o escalofríos
- Dolores de cabeza
- Visión borrosa
- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Tos
- Salpullido
- Picazón incontrolada
- “coloración amarillenta” de los ojos
- Dolor en las articulaciones(¿donde)
- Hinchazón significativa de las piernas
- Dolor al orinar
- Actualmente deprimido/a
- Insomnio

SU HISTORIA FAMILIAR:CIRCULE todo lo que corresponda y apunte QUIÉN en su FAMILIA tiene lo siguiente

- Antecedentes familiares de cáncer de esófago
- Antecedentes familiares de cáncer de estómago
- Antecedentes familiares de cáncer del intestino delgado
- Antecedentes familiares de cáncer de colon
- Antecedentes familiares de cáncer de vesícula biliar o de vías biliares
- Antecedentes familiares de cáncer de páncreas
- Antecedentes familiares de cáncer de mama
- Antecedentes familiares de cáncer de ovario
- Antecedentes familiares de cáncer de útero
- Antecedentes familiares de cáncer de riñón
- Antecedentes familiares de cáncer de uretra
- Antecedentes familiares de cáncer de vejiga urinaria
- Antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)
- Antecedentes familiares de enfermedad celíaca
- Antecedentes familiares de enfermedad hepática
- Antecedentes familiares de úlceras de estómago
- Antecedentes familiares de infección por H.pylori
- Antecedentes familiares de pancreatitis
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus
- Antecedentes familiares de enfermedad cardíaca

NINGUNO (si ningún miembro de la familia tiene ninguno de los anteriores)

SU HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero/a / Casado/a / Divorciado/a / Viudo/a ; Número de hijos: _____

Alcohol: Si / No Si, ¿número de bebidas por día/semana? _____ ¿por cuántos años? _____

Tobaco: Si / No Si, ¿cuántos paquetes por día/semana? _____ ¿por cuántos años? _____

¿Historial de uso de drogas intravenosas, cocaína, marihuana u otras drogas ilícitas? Si / No - Si, ¿Cuándo fue la última vez?

Tatuajes: Si / No Si es así, son hechos en casa u obtenidas en un salón?

A requerido una transfusión de sangre en el pasado: Si / No

¿Tiene una directiva anticipada? Sí / No ¿Se proporcionó información sobre directivas anticipadas? Sí / No

¿Toma ibuprofeno, opiáceos (Norco, Vicodin, Oxycodona, Morfina, Metadona) un anticoagulante (Lovenox, Clopidogrel, Plavix, Coumadin, Warfarin, Eliquis, Effient, Pradaxa) o medicamentos para la ansiedad o el sueño (Ativan, Xanax, Valium)?

¿Tiene alergia a medicamento? _____

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: _____

¿Cuáles 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 (mg)	Instrucciones de los medicamentos (Ex: como tomar y cuantas veces al dia)

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION MEIDCA 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.