



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: _____



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

Problemas cardíacos	SI / NO	Artritis	SI / NO	Cáncer del colon/recto	
Diabetes	SI / NO	Fibrilación auricular	SI / NO	SI / NO	Edad? _____
Apnea del sueño (para respiratorio mientras que duerme)	SI / NO	Colesterol alto	SI / NO	Cáncer del útero	
Uso de la machina CPAP	SI / NO	Problemas de la glándula tiroides	SI / NO	SI / NO	Edad? _____
Asma	SI / NO	Cáncer de próstata	SI / NO	Otro problerna:	_____
		Ansiedad/Depresión	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
Madre						
Padre						
Hermanos						
Hijos						
Abuelos						
Tíos						
Primos						

¿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

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 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 solicitar 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 solicitar 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.