



# CENTER for DIGESTIVE MEDICINE

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:	Sexo: Femenino	Masculino			
Fecha de Nacimiento: / /	No. Seguro Social :				
Direccion:	Apt No. /				
Ciudad:	Estado	Suite: Codigo			
Telefono: ) Email	Cellular	Postal:			
Correo Electronico:					
Idioma	Raza:	Origen Etnico:			
Estado Civil	Single	Married	Divorciado	Viudo	Separated
Empleador:	Telefono:				
Medico de Referencia:	Telefono:				
Razon de Visita:					
Contacto de Emergencia:	Telefono:				

## INSURANCE INFORMATION

Seguro Primario:	Telefono: )	
Nombre del Asegurador:	Fecha de Nacimiento: / /	
No. de Poliza:	No. de Grupo	Fecha Efectiva:
Seguro Secundario:	Telefono )	
Nombre del Asegurado:	Fecha de Nacimiento: / /	
No. de Poliza:	No. de Grupo	Fecha Efectiva:

### **AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS:**

Autorizo que mi compañía de seguro(s) le pague directamente a Center for Digestive Medicine los beneficios que me corresponden. Autorizo además, previa solicitud oral o escrita, la divulgación de mi historia médica requerida por mi seguro o cualquier otro proveedor de salud involucrado en mi tratamiento médico. Una copia de este procedimiento puede ser usada en lugar de el original. A quien tenga custodia de información médica sobre mi, autorizo también a entregar al Social Security Administration y al Health Care Financing Administration, a sus intermediarios y representantes, cualquier información necesaria en conexión con esta o otra reclamación al Medicare.

Entiendo que soy enteramente responsable por el pago de mis cargos que no sean pagados por la compañía de seguros. Entiendo además, que sere totalmente responsable por el pago de todos los gastos generados al tratar de recaudar cuentas atrasadas, incluyendo gastos de corte y honorarios razonables de abogados y que esas cuentas atrasadas seran sujetas a un interes de dieciocho por ciento (18%) anual a partir de la fecha inicial de factura.

Firma del paciente

Fecha



# CENTER for DIGESTIVE MEDICINE

## Resumen de la Notificación de Practicas de Privacidad

Efectiva April 1,2003

Usted tiene nuestra garantía y compromiso de proteger su información médica. Estamos concientes que su información médica y toda información que tenga que ver con su salud es personal. Aun mas, estamos obligados por la ley a proteger la privacidad de su información médica y proveerle a usted una Notificación de Practicas de Privacidad, que describe lo siguiente:

Como su Información médica puede ser usada y como usted puede tener acceso a esta Información.

Estamos obligados por la ley de obtener su autorización por escrito antes de difundir a otros su Información médica, para propósitos que no estén relacionados con hacer arreglos para el cuidado de su salud, con pagos de reembolso por el cuidado de su salud que le hemos dado a usted y cualquier actividad administrativa que tenga que ver con el cuidado de su salud.

Puede que se nos requiera o permita por ciertas leyes el descubrir su información médica para propósitos no relacionados con los mencionados arriba, sin su autorización.

Usted también tiene derechos importantes que incluyen:

- El derecho de inspeccionar y copiar su Información de Salud Protegida (PHI) que mantenemos de usted
- El derecho de pedir restricciones a su Información de Salud Protegida (PHI)
- El derecho de información confidencial de nosotros de formas alternativas o en una localización alternativa
- El derecho de pedir cambios a la Información de Salud Protegida (PHI)
- El derecho de recibir contabilidad de ciertas divulgaciones que hayamos hecho de su Información de Salud Protegida (PHI)
- El derecho de quejarse si usted cree que sus derechos han sido violados

Tenemos a su disposición una Notificación de Practicas de Privacidad detallada, que explica sus derechos y nuestras obligaciones legales. Note que podemos hacerle cambios a nuestra Notificación de cuando a cuando y una copia esta disponible a usted llamando a nuestra oficina.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de nuestra Notificación existente y efectiva. Si tiene alguna pregunta, preocupación o queja al respecto, por favor de contactar a nuestra oficial de Privacidad a 305 273-6266 o via fax a 305 273-6520.

### RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo entiendo que bajo el Health Insurance Portability Act de 1996 (HIPPA) yo tengo ciertos derechos de privacidad pertinentes a mi información de salud protegida. Yo entiendo que la Información puede y será usada para:

- Conducir, planificar, dirigir mi tratamiento y continuidad de servicios entre múltiple proveedores de cuidados de salud que pueden estar envueltos en mi tratamiento directa o indirectamente
- Obtener pago de una tercera entidad
- Conducir operaciones generales de cuidados de salud tales como asesoramientos de calidad y certificaciones medicas

Yo recibí un resumen de la Notificación de Practicas de Privacidad de Center for Digestive Medicine , pero se que puedo contactar al Oficial de Privacidad para obtener una Notificación de Practicas de Privacidad detallada que contiene una descripción mas completa de los usos y divulgaciones de Información sobre mi salud. Yo entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar/modificar su Notificación de Practicas de Privacidad de cuando en cuando y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento para obtener una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad actual.

Entiendo que puedo pedir por escrito que ustedes restrinjan como mi información privada es usada o descubierta para llevar a cabo tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud. Tambien entiendo que ustedes tienen el derecho de estar en desacuerdo con mi petición. Sin embargo si ustedes estuvieran de acuerdo con mi petición de restricción, ustedes deberán de cumplir con mi petición de restricción.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

#### PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Yo intente obtener la firma del paciente aceptando los términos de la Notificación de Practicas de Privacidad pero no puede hacerlo por razones documentadas a continuación:

Fecha:	Iniciales:	Razón:
--------	------------	--------

**Por Favor Incluya Copia de la Licencia de Manejar y Tarjeta de Seguro**



CENTER for  
DIGESTIVE  
MEDICINE

### Patient Financial Consent

Deductibles may be applied to *Center for Digestive Medicine, PLLC* or *Gastro Anesthesia Services, LLC*, creating an overpayment.

I, \_\_\_\_\_, authorize *Center for Digestive Medicine, PLLC* or *Gastro Anesthesia Services, LLC* to reimburse each other directly if my deductible has not been met at either entity.

\_\_\_\_\_

Patient Signature

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

### Consentimiento del Paciente Financiera

Deductibles pueden ser aplicados a *Center for Digestive Medicine, PLLC* o *Gastro Anesthesia Services, LLC*.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo *Center for Digestive Medicine, PLLC* o *Gastro Anesthesia Services, LLC* reembolsarse mutuamente si mi deducible no hubiera sido cubierto en una de las facilidades.

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

*Please attached copy of Drivers License and Insurance Card.  
Por Favor Incluya Copia de la Licencia de Manejar y Tarjeta de Seguro.*

**A. Notificante: Center for Digestive Medicine/Gastro Anesthesia Services**

**B. Nombre del paciente:**

**C. Número de identificación:**

**Notificación previa de NO-cobertura al beneficiario (ABN)**

**NOTA:** Si mi seguro no paga alguno de los servicios mencionados abajo de la opción D. a continuación, usted deberá pagar. Mi seguro puede decidir no pagar todo, incluso ciertos servicios que, según usted o su médico, están justificados. Usted tiene el derecho de recibir o no recibir estos servicios.

D.	E. Razón por la que no está cubierto por su seguro:	F. Costo estimado
VISITAS DE OFICINA ANESTESIA DE PROCEDIMIENTOS COLONOSCOPIA PREVENTIVA/NO PREVENTIVA ENDOSCOPIA FIBROSCAN ULTRASONIDO	NO CUBIERTO POR SU SEGURO NO CONTRATADO CON SU SEGURO SU DECISION SOBRE NECESIDAD MEDICA DEDUCIBLE/COINSURANCE/COPAGO APLICADO	VARIA

**Lo que usted necesita hacer ahora:**

- Lea la presente notificación, de manera que pueda tomar una decisión fundamentada sobre la atención que recibe.
- Háganos toda pregunta que pueda tener después de que termine de leer.
- Escoja una opción a continuación sobre si desea recibir los servicios mencionados abajo de D. mencionado anteriormente.

**G. OPCIONES: Sírvase marcar un recuadro solamente. No podemos escoger un recuadro por usted.**

**OPCIÓN 1.** Quiero los servicios abajo de la opción D. mencionado anteriormente. Puede cobrarme ahora, pero también deseo que se cobre a mi seguro a fin de que se expida una decisión oficial sobre el pago. Entiendo que si mi seguro no paga, soy responsable por el pago, pero **puedo apelar a mi seguro**. Si mi seguro paga, se me reembolsarán los pagos que he realizado, menos los copagos o deducibles.

**OPCIÓN 2.** Quiero los servicios abajo de la opción D. mencionado anteriormente. Entiendo que sere responsable por todo los cargos si mi seguro no paga. No pagare hoy pero **entiendo que la responsabilidad financiera es mia si mi seguro no paga**.

**H. Información adicional:**

<b>I. Firma:</b>	<b>J. Fecha:</b>
------------------	------------------

Por Favor Envie El Formulario Ya Completado, Por Correo Electronico Como Un Attachment a: [centerfordigestivemedicine@gmail.com](mailto:centerfordigestivemedicine@gmail.com)

o Imprima Formulario Con Toda Su Informacion y Mandelo Via FAX a: **305.273.6520**

**Por Favor no se olvide de enviarnos una copia Drivers License and Insurance Card**

**Center for Digestive Medicine**

**Gastro Anesthesia Services**

7887 N. Kendall Drive, Ste. 101

Miami, FL. 33156