



Gastro Salud y Nutrición

27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ SS#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Doy permiso para divulgar la información de la **cita** a quien responda en mi número de teléfono indicado: Sí ___ No ___

Idioma principal: _____ ¿Se requieren servicios de interpretación? Sí ___ No ___

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE

Nombre de la empresa: _____ Número de teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ocupación: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____ Dirección: _____

AUTORIZACIÓN HIPAA

Doy permiso a mi médico para discutir y/o divulgar cualquier información médica relacionada con mi atención médica a los siguientes familiares/amigos. Soy consciente de que puedo revocar o modificar este permiso en cualquier momento por escrito.

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono#: _____ Relación: _____

Asignación de beneficios; Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, seguro privado y cualquier otro plan de salud al médico/instalación registrado. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como un original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente, autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago.

Autorización de tratamiento: Por la presente, autorizo al médico registrado y al(los) asociado(s) a tratar al paciente mencionado anteriormente.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Gastro Salud y Nutrición

27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Acuerdo Financiero

1. Servicios prestados al paciente, no a la compañía de seguros. Como cortesía, nuestra oficina presentará su seguro si se recibe la información adecuada.
 - a. Usted es responsable de los copagos, los deducibles, los servicios no cubiertos, el coseguro y los artículos que su compañía de seguros considere "no necesarios desde el punto de vista médico".
 - b. Para reclamos impagos durante más de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su seguro y el saldo adeudado se considera vencido y pagadero.
2. Es su responsabilidad notificar a nuestra recepción de cualquier seguro o cambio de dirección. Usted será responsable de cualquier cambio que ocurra si no se nos notifica.
3. Infórmenos si por alguna razón no puede asistir a su cita con al menos 24 horas de anticipación. En caso de no presentarse sin notificación, cobraremos \$25.00 para cubrir el costo incurrido por la preparación de su visita.

Autorización del paciente

Autorizo a Katy GastroHealth & Nutrition a presentar reclamos de seguro con mi firma en el archivo a continuación. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta asignación en el reclamo, autorizo el pago de los beneficios médicos directamente a Health and Wellness Solutions, PA: d/b/a/ KATY GASTRO HEALTH AND NUTRITION.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Katy GastroSalud y Nutrición

En cada visita, se proporcionará un resumen de la distancia. Esto implicaría revisar los medicamentos, las instrucciones del médico, los diagnósticos y las citas de seguimiento. Por favor revise y notifíquenos cualquier discrepancia de manera oportuna para que pueda ser rectificada. Al firmar este acuerdo, usted reconoce el protocolo del resumen char.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento general para el tratamiento

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para recibir tratamiento en la instalación. Permito que el centro y sus empleados, médicos y otras personas involucradas en mi atención me traten de la manera que consideren beneficiosa para mí. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información sobre mi atención y tratamiento, y el derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento y/o la prueba. Doy mi consentimiento para exámenes, análisis de sangre (incluido el análisis de sangre para enfermedades transmisibles como la hepatitis y el VIH/SIDA cuando los proveedores de atención médica han estado expuestos a mi sangre/líquidos), procedimientos de laboratorio e imágenes, medicamentos, infusiones, atención de enfermería y otros servicios o tratamientos. prestados por el personal del centro bajo las instrucciones, orden o dirección de dicho(s) médico(s).

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



Gastro Salud y Nutrición

27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433

Historial del paciente

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

_____ Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo:

Educación: _____ Ocupación: _____

Número de embarazos/ Número de hijos: _____ / _____

Consumo de tabaco: Si / No ¿Cuánto? _____ por día ¿Cuánto tiempo? _____ Fecha de salida: _____

alcohol: Sí / No Cafeína : (Café, té, refrescos de cola) ¿cuánto _____ por día?

Describe brevemente su problema de gasto /colon: _____

Enfermedad pasada de usted mismo (encierre en un círculo):

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Anemia / Hemorragia gastrointestinal | Asma / EPOC | Cáncer / Tumor |
| Depresión / Enfermedad mental | Diabetes | Epilepsia / Convulsiones |
| Enfermedad cardíaca | Hepatitis / Ictericia | Presión arterial |
| alta Colesterol alto | VIH / Diagnóstico inmunológico | Enfermedad renal |
| Enfermedad hepática Enfermedad | pulmonar | Osteoartritis / ArtritisOsteoporosis |
| Accidente cerebrovascular | Enfermedad de la tiroides | Úlcera en el tracto GI |

Otro: _____

Fecha de la última colonoscopia: _____ normal / anormal

Fecha de la última EGD: _____ normal / anormal

Antecedentes quirúrgicos pasados

Nombre de la cirugía	Fecha mes año)



Gastro Salud y Nutrición

27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433

ROS: Marque SÍ o NO

CONSTITUCIONAL		SÍ	NO	RESPIRATORIO		SÍ	NO	HEMATOLOGÍA / LINFA		SÍ	NO
Pérdida de peso				Tos				Moretones con facilidad			
Fatiga				tos con sangre				Las encías sangran fácilmente			
Fiebre				sibilancias				glándulas agrandadas			
				Escalofríos							
OJOS		SÍ	NO	GASTRO		SÍ	NO	MSK		SÍ	NO
Anteojos				Acidez estomacal / Reflujo				Dolor/hinchazón articular			
Dolor de ojo				Náuseas vómitos				Rigidez			
Visión doble				BM negro o sangre				Dolor muscular			
cataratas				Constipación				Dolor de espalda			
				Diarrea							
				Ictericia							
				Dolor abdominal							
Otorrinolaringología		SÍ	NO	GU		SÍ	NO	NEURO		SÍ	NO
Dificultad Auditiva				Quema / Frecuencia				Pérdida de fuerza			
zumbido de oídos				Sangre en la orina				Entumecimiento			
Vértigo				Disfunción eréctil				dolores de cabeza			
Problema sinusal				Descarga anormal				Temblores			
Congestión nasal				Fuga de la vejiga				Pérdida de memoria			
Dolor de garganta frecuente											
CARDIO		SÍ	NO	ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO		SÍ	NO	PSIQUIÁTRICO		SÍ	NO
Murmullo				Urticaria / Eczema				Ansiedad			
Dolor en el pecho				Fiebre del heno				Cambios de humor			
palpitaciones								Dificultad para dormir			
Mareo								Depresión			
Desmayos											
Dificultad para respirar											
Hinchazón de tobillos											



Gastro Salud y Nutrición

27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433

Historia familiar

(Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Madre

- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Nefropatía
- Enfermedad pulmonar
- Diabetes
- VIH
- Enfermedad de tiroides
- Ataque
- Cáncer / Tumores
- Asma / EPOC
- Otro: _____

Padre

- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Nefropatía
- Enfermedad pulmonar
- Diabetes
- VIH
- Enfermedad de tiroides
- Ataque
- Cáncer / Tumores
- Asma / EPOC
- Otro: _____

¿Algún antecedente familiar de cáncer de colon? Sí _____ No _____ Relación con usted: _____

Farmacia Preferida: _____ Número de Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Farmacia de pedido por correo: _____

Teléfono#: _____

Número de fax: _____

Proporcione la siguiente información para la continuidad de la atención:

Su proveedor de atención primaria:

Nombre: _____ Teléfono#: _____

Número de fax: _____

Su proveedor de referencia (si no es su PCP):

Nombre: _____

Teléfono#: _____

Número de fax: _____



(Complete las áreas resaltadas solo en esta página)

Gastro Salud y Nutrición

27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente : _____ Fecha de nacimiento : _____

de Seguro Social : _____ - _____ - _____ Teléfono : _____

Práctica autorizada para divulgar mi información de salud del siguiente médico/instalación:

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor entregue mis registros médicos a:

Nombre: Gastrosalud y nutrición - Dharmendra Verma, MD, Richard LaCamera, MD and Diana Franco Corso, MD

Dirección: 27160 US-290, Suite 208, Cypress, TX 77433 Teléfono: 346-484-4915 Fax: 1-855-392-5941

Información de salud que se divulgará:

- Registro completo
- Informe de patología de
- laboratorio
- Formulario de contacto
- Historial y examen físico
- Consulta
- Imágenes/ Rayos X
- Nota del médico
- Otro _____

La información de salud que se puede usar/divulgar se limita a las siguientes fechas de tratamiento: _____

La información de salud que se divulgará a la agencia/individuo mencionado anteriormente se utilizará/divulgará para los siguientes propósitos:

- Tratamiento/Consulta
- a solicitud del paciente
- Investigación
- Comercialización
- Facturación/Pago de reclamaciones

La "Información de salud" lo identifica a usted (el paciente) por su nombre e incluye otra información demográfica sobre usted. La "información de salud" puede incluir, entre otros : registros médicos, películas de rayos X, diapositivas, trazados, tiras, etc. Por la presente libero a la práctica de divulgación, a sus agentes y empleados de cualquier obligación, responsabilidad, daños y reclamos. que pueda surgir de la divulgación de información autorizada en este documento, que incluya alcohol, abuso de drogas, enfermedades transmisibles, incluido el estado del VIH, y/o diagnósticos psiquiátricos recopilados durante mi visita o encuentro, o hacer copias de los mismos de acuerdo con las políticas de esta práctica.

La información de salud protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud relacionada con la investigación se usa o divulga con fines de investigación continua, no se aplica una fecha o evento de vencimiento.

La autorización vencerá automáticamente 60 días después de la fecha de la firma a continuación (excepto como se indica arriba), a menos que se especifique una fecha anterior o al finalizar un evento específico. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, como se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad, excepto cuando la práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi autorización previa.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la obtención de una autorización si la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico prohíbe tal condicionamiento. Si se permite el condicionamiento, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de la atención o la cobertura.

AVISO A LA AGENCIA O INDIVIDUO RECEPTOR: Esta información debe tratarse de acuerdo con las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA).

Firma : _____ Fecha : _____