



Acuerdo financiero

****Lea atentamente el siguiente acuerdo financiero.** Asegúrese de solicitar una aclaración si no comprende alguna parte de este acuerdo. Al firmar este acuerdo, usted indica que lo ha leído y comprendido en su totalidad y será responsable de todo lo incluido en este acuerdo financiero.

****Es tu responsabilidad conocer tus beneficios!** Los contratos con las compañías de seguros varían según el empleador, si corresponde. Podemos informarle si tenemos contrato con su compañía de seguros, pero no sabemos si tenemos contrato con su plan específico. **Nuestra oficina atiende a cientos de pacientes y es imposible para nuestro personal conocer la cobertura de seguro detallada de cada paciente.** Por lo tanto, depende de usted verificar y asegurarse de que nuestros proveedores estén en su plan específico, es decir, dentro de la red. También es su responsabilidad conocer los detalles de su plan, tales como; Exclusiones, Condiciones Preexistentes, Deducibles, Coseguros y Cargos No Cubiertos. No facturamos seguros de terceros como automóviles, hogar o compensación laboral. ***Si no está seguro de los beneficios de su seguro, deberá comunicarse con su proveedor para aclarar su cobertura.*** Siempre puede pedirnos ayuda en este asunto si necesita algún código específico para verificar la cobertura de los procedimientos que se están realizando.

Esta oficina no tiene la práctica de cambiar o recodificar reclamos una vez que han sido facturados. Esto constituye fraude y no será tolerado.

****Es su responsabilidad** notificar a nuestra oficina si hay un cambio de nombre, cobertura de seguro, dirección y/o número de teléfono. Si por algún motivo no actualiza su información de manera oportuna y esto provoca una denegación de reclamo, usted será responsable del saldo total de ese reclamo. Si no actualiza su información y no podemos comunicarnos con usted sobre el saldo de su cuenta, se enviará a cobranzas.

****Por favor, comprenda** también que **NO facturamos como centro para pacientes ambulatorios**, estos son procedimientos que se realizan en el consultorio que facturamos como lugar de servicio, esto no es parte de sus beneficios para pacientes ambulatorios/centro. **LabCorp (DIANON) (Compañía de Patología) y Endcopy Anesthesia Service PLLC** son independientes de Arizona Gastroenterology Clinic LLC., **lo que significa que realizan su propia facturación y tienen su propia identificación fiscal y números de NPI.** Estos son los grupos que se utilizan para enviar sus reclamos de patología y para administrar sus servicios de anestesia en nuestra oficina. Es por eso que es posible que reciba una factura separada de estos otros grupos.

No tenemos control sobre el procesamiento de sus beneficios específicos con estos grupos.

NOMBRE EN IMPRENTA: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

FECHA: _____ DR. REFERENTE: _____

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: _____

RAZA: BLANCA NEGRA/AFROAMERICANA ASIÁTICO

NATIVO HAWAIANO/ISL DEL PACÍFICO INDIO AMERICANO / NATIVO DE ALASKA

OTRO NEGARSE A CONTESTAR

ETNICIDAD: HISPANO/LATINO NO HISPANO/LATINO NEGARSE A CONTESTAR

SEXO: M F **IDIOMA PREFERIDO:** INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESPECIFICAR) _____

HISTORIA SOCIAL: OCUPACIÓN: _____ **NUMERO DE NIÑOS:** _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO
OTRO

TIPO DE ALCOHOL: CERVEZA VINO LICOR **FRECUENCIA:** NINGUNA
OCASIONALMENTE DIARIA

CAFEÍNA: TÉ CAFÉ REFRESCO NINGUNO

TIPO DE EJERCICIO: _____ NINGUNO _____

TABACO: FUMADOR ACTUAL FUMADOR OCASIONAL EX FUMADOR
FUMADOR PESADO FUMADOR POCO NUNCA FUMO

USO DE DROGAS: SI NO EN CASO SÍ, TIPO DE MEDICAMENTOS
USADOS: _____

ALERGIAS: NINGUNA SULFA PENICILINAS YODO CODEÍNA SULFATO
PROPOFOL ASPRINA/AINE
LÁTEX OTRO (DROGA/MEDICACIÓN): _____

VACUNAS: Ninguna NEUMONÍA (PCV13) Tdap/TdO
AÑO: AÑO:

HEPATITIS A, B, C HERPES INFLUENZA O
AÑO: AÑO: AÑO:

**MEDICAMENTOS ACTUALES: (INCLUYA NOMBRE Y DOSIS) EJEMPLO: TYLENOL
325MG**

ESTUDIOS/PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO (EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES): NINGUNO

TC DE ABDOMEN
DONDE:

ABDOMINAL NOSOTROS
DÓNDE:

resonancia magnética abdominal
DÓNDE:

COLONOSCOPIA:
DÓNDE:

ENDOSCOPIA
DÓNDE:

CONDICIONES MÉDICAS PASADAS O PRESENTES: NINGUNA

RELUX ÁCIDO O
CUANDO:

ANEMIA
CUANDO:

ESÓFAGO DE BARRETT
CUANDO:

ÚLCERA SANGRANTE
CUANDO:

CÁNCER DE MAMA
CUANDO:

CIRROSIS
CUANDO:

COLITIS
CUANDO:

CÁNCER DE COLON
CUANDO:

PÓLIPOS DE COLON
CUANDO:

DIVERTICULITIS
CUANDO:

DIABETES
CUANDO:

LFT ELEVADOS
CUANDO:

CÁLCULOS BILIARES
CUANDO:

ÚLCERA GÁSTRICA
CUANDO:

GASTRITIS
CUANDO:

GERD
CUANDO:

H. PILÓRICO
CUANDO:

HEPATITIS
CUANDO:

HEPATITIS B
CUANDO:

HEPATITIS C
CUANDO:

HERNIA DE HIATAL O
CUANDO:

IBS
CUANDO:

OBESIDAD MÓRBIDA
CUANDO:

MARCAPASOS
CUANDO:

ÚLCERA PÉPTICA
CUANDO:

BYPASS GÁSTRICO
CUANDO:

HIPERTENSIÓN (HTA)
CUANDO:

PANCREATITIS
CUANDO:

HIPERCOLESTEROLEMIA O
CUANDO:

INFARTO DE MIOCARDICO (ATAQUE CARDÍACO)
CUANDO:

ENFERMEDAD VASCULAR ISQUÉMICA (IVD)
CUANDO:

TRÁMITES PREVIOS: NINGUNO
CIRUGÍA DE COLON CIRUGÍA DE INTESTINO DELGADO
CUANDO: CUANDO:

COLECISTECTOMÍA
CUANDO:

REPARACIÓN DE HERNIA
CUANDO:

HISTORIA FAMILIAR:

¿Algún familiar de primer grado (padre, hermano, hijo) con cáncer de colon? Si es así, ¿quién?

¿Están viviendo? SÍ NO Si no, ¿a qué edad fallecieron? _____

¿Alguna otra enfermedad gastrointestinal o hepática en la familia? SÍ NO En caso afirmativo, ¿quién? _____

Marque todos los síntomas que tiene actualmente:

Vómitos Eructos Estreñimiento Tenesmo (dolor rectal)

Náuseas Diarrea sangre en las heces Dolor abdominal

Hematemesis (vómito sangre) Cambio en el hábito intestinal Gas

melena Acidez Sangrado rectal Calambres en el estómago

disfagia Hinchazón abdominal Ictericia

Odinofagia a sólidos/líquidos Saciedad temprana Anorexia Cambio de peso

Otros síntomas: _____

FARMACIA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ST, CÓDIGO POSTAL: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL DR: _____ FECHA: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ **Sexo:** () M () F
Fecha de nacimiento: _____ **Estado civil:** ()M ()S ()W ()D
Número de seguro social: _____

Dirección local del paciente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Pacientes fuera del estado Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _____

Números de teléfono:
Hogar: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Celúla: _____
Trabajar: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:
Nombre: _____ Número de
teléfono: _____ Relación _____

Referido por: _____ Número de teléfono: _____
Médico de atención primaria: _____ Número de
teléfono: _____

¿TIENES UNA DIRECTIVA AVDANCED? SÍ NO ¿PODER LEGAL? SÍ NO

¿TIENES MARCAPASOS? SÍ NO En caso afirmativo, NECESITAREMOS UNA COPIA DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MARCAPASOS.

¿TIENES UN TUTOR LEGAL ASIGNADO? SÍ NO En caso afirmativo, necesitaremos una copia de los documentos legales que respalden esto.

*******LO SIGUIENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE*******

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (Presente la tarjeta del seguro y una identificación con fotografía a la recepcionista)

PRIMARIO:

Nombre de la compañía de seguros: _____ Titular de la póliza/Patrocinador _____

Empleador: _____ Número de identificación del titular de la póliza: _____

Número de póliza o cédula: _____ Titular de la póliza/Patrocinador
D.O.B. _____

Teléfono de Ins Co.: _____ Relación con el paciente: _____

SECUNDARIO:

Nombre de la compañía de seguros: _____ Titular de la póliza/Patrocinador _____

Empleador: _____ Número de identificación del titular de la póliza: _____

Número de póliza o cédula: _____ Titular de la póliza/Patrocinador
D.O.B. _____

Teléfono de Ins Co.: _____ Relación con el
paciente: _____

***Nota: Esta información pasará a formar parte de sus registros médicos protegidos y se divulgará ÚNICAMENTE con su consentimiento por escrito.**

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre anterior: _____

Solicito que Arizona Gastroenterology & Liver Clinic pueda divulgar mi información de salud protegida (PHI) **SOLAMENTE a FAMILIARES/AMIGOS que se enumeran a continuación:**

****NO incluya a su médico de atención primaria/doctor de familia, ya que están copiados en todos los Registros****

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Entiendo que cualquier restricción acordada por Arizona Gastroenterology & Liver Clinic no se aplica al uso o divulgación de mi PHI por parte de Arizona Gastroenterology & Liver Clinic para atención médica de emergencia o según lo dispuesto por la ley.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

Relación con el paciente

CONSENTIMIENTO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

El Departamento de Salud y Servicios Humanos comenzó a hacer cumplir las regulaciones diseñadas por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) el 14 de abril de 2003. De acuerdo con las regulaciones impuestas por esta ley, nuestra práctica brindará servicios cuando los pacientes acepten:

- Firmar este consentimiento que nos permite utilizar su información de salud protegida para cobrar el pago de los servicios, o
- Al recibir el efectivo por el servicio el día de la visita.

CONSENTIR

Acepto permitir que mi información médica protegida sea utilizada y divulgada con fines de tratamiento, pago y operación de atención médica.

Para obtener detalles sobre estos usos y divulgaciones, consulte nuestro Aviso de privacidad. Nos reservamos el derecho, como su proveedor de atención médica, de cambiar nuestras Políticas de Privacidad descritas en el Aviso de Privacidad.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se utiliza o divulga su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos y pagos de operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta solicitud, pero si lo hacemos, estamos obligados a cumplirla.

Tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito. Sin embargo, una revocación no se aplicará en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándose en el uso o divulgación de su información.

Doy mi consentimiento para la asignación de beneficios directamente a los médicos y entiendo que puedo ser responsable de los cargos no cubiertos según lo permita mi compañía de seguros.

Tenga en cuenta que requerimos un aviso de 24 horas para cualquier cambio o cancelación de cita. No proporcionar este aviso puede resultar en un cargo de \$50.00.

Firma

Fecha

ACUSE DE RECIBO DE DERECHOS DEL PACIENTES/AVISO DE PRIVACIDAD

Reconozco que he recibido o dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Arizona Gastroenterology Clinic. Se puede encontrar adjunto a este Portapapeles en un protector de página.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha

Nombre impreso si está firmado en nombre del paciente

Relación

Documentación de esfuerzos de buena fe para obtener acuse de recibo del aviso de privacidad. (para uso cuando no se puede obtener el reconocimiento del paciente)

Nombre del paciente

Fecha del encuentro con el paciente

El paciente se presentó en el consultorio y se le proporcionó una copia del aviso de prácticas de privacidad del consultorio. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener del paciente o del representante del paciente, si corresponde, un acuse de recibo por escrito de su recepción de la notificación. Sin embargo, dicho reconocimiento no se obtuvo porque:

- el paciente se negó a firmar.
- el representante del paciente se negó a firmar.
- el paciente tuvo una emergencia médica y se intentará obtener el reconocimiento en la próxima oportunidad disponible.
- el paciente no pudo firmar ni poner sus iniciales porque _____

Firma del empleado de AGLC

Fecha