

GastroIntestinal Healthcare (GIH)
Registracion del Paciente (por favor print)

Dia de hoy: ____/____/____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre del paciente _____ Edad: _____ Sexo: _____
Apellido Nombre 2nd Nombre

Direccion: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Zip

Telefono de la casa: () _____ Telefono del trabajo: () _____ Celular:
() _____

Seguro primario: _____ Seguro secundario: _____

Empleador: _____

Como se entero de nuestra oficina? _____ Medico que lo refirio: _____

AUTORIZO a los médicos tratantes para administrar la atención médica necesaria. GIH archivara todos los reclamos a los seguros como una cortesía hacia usted, nuestro paciente. Dado que tenemos contrato con su compañía de seguros, que tienen la obligación de recoger todos co-pagos, deducibles y co-seguro debido a su procedimiento. Si tiene alguna pregunta con respecto a su deducible pendientes y/o procedimiento co-pagos y/o co-seguro, por favor consulte a su compañía de seguros antes de procedimiento. Por la presente autorizo el pago se realizará directamente a Gastrointestinal Healthcare para todos los servicios médicos que me han proporcionado, para recibir las prestaciones pagaderas a mí. Esto incluye seguro médico y pago de beneficios médicos o quirúrgicos. Yo entiendo que soy responsable financieramente de los médicos y a sus asociados por cargos no cubiertos por encargo. Tengo entendido que, en caso de que fuera necesaria para llevar adelante las colecciones a través de un agencia externo para pagar servicios médicos, sere responsable de todos los cargos razonables y de los honorarios del abogado.

Los deducibles, co-seguros y co-pagos vencen en el momento del servicio. Si no tiene seguro, el pago completo se espera al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, o todas las tarjetas de crédito.

Autorizo la liberación de todos los registros por GastroIntestinal Healthcare con el fin de procesar las solicitudes de reembolso de gastos médicos. Autorizo la liberación de toda la información médica en la posesión de la oficina de servicios médicos a los consultores o personal médico con el fin de prestar tratamiento a mí mismo, y/o para continuar con mi atención. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación por escrito.

Acepto que GastroIntestinal Healthcare y las agencias afiliadas se pongan en contacto con los números enumerados anteriormente, incluidos los números de teléfono inalámbrico, que pueden resultar en cargos para mí. También autorizo ser contactado por mensajes de texto y / o correos electrónicos al número de teléfono y a la dirección de correo electrónico que proporcioné anteriormente. Los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes de voz pregrabados / artificiales y / o el uso de un dispositivo de marcado automático según corresponda. Al firmar este documento, acepto haber leído la revelar anterior y acepto que GastroIntestinal Healthcare y las agencias afiliadas se pongan en contacto conmigo.

Yo certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las versiones y la asignación de los beneficios.

Firma del Paciente: _____ Dia: _____

Firma del Guardian (si fuera aplicable): _____ Dia: _____