

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

Dia de hoy: ___/___/___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro social: # ___/___/___

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

Direccion: _____
Calle Apt# Ciudad Estado Zip

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

Podemos dejar informacion medica en su voicemail? Si No

Contacto de emergencia: () _____ Nombre: _____ Relacion: _____

Seguro primario: _____ Seguro secundario: _____

Empleador: _____

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

PRIVACY POLICIES NOTICE ACKNOWLEDGEMENT, IN ACCORDANCE WITH THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA) and ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF A COPY OF OUR PATIENTS RIGHTS AND PATIENT RESPONSIBILITIES POLICIES.

Yo reconozco que una copia de la poliza privada de GastroIntestinal Healthcare me fue disponible in acuerdo con el Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Ademas yo admito que he recibido una copia de la poliza de derechos y responsabilidades de los pacientes en GIH.

Firma: _____ **Dia:** _____

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.

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: _____