

# GASTROINTESTINAL HEALTHCARE

Improving Your Health From The Inside Out.

2011 Falls Valley Drive, Suite 106, Raleigh, NC 27615

Phone: 919-870-1311

Fax: 919-881-0822

www.giraleigh.com

## Forma Entrevista con el Paciente

### Información del Paciente

Nombre de Pila: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

### El Correo Electrónico

Por favor, marque uno como su correo electrónico preferido para las comunicaciones

Personal: \_\_\_\_\_  Trabajo: \_\_\_\_\_

El 1 de enero 2010, todos los proveedores de la línea quirúrgico independiente están obligados a informar a la División de Salud Pública de cualquier raza y etnicidad de datos auto-reportados proporcionadas por el paciente. Si opta por la auto - informe de esta información, por favor burbuja en la raza y el origen étnico apropiado. Si decide no reportar esta información , por favor seleccione "paciente se niegue a proporcionar información" en ambas secciones.

### Raza

Seleccione uno o más

- Blanco  Negro o Africano Americano  Asiático  Indio Americano o Nativo de Alaska  Hawaiano Nativo o otras Islas del Pacífico
- Desconocido  Paciente se niegue a especificar

### Etnicidad

- Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Paciente se niegue a especificar

### Sexo

- Masculino  Femenino  Otros

### Idioma Preferido

- Inglés  Español  Paciente se niegue a especificar  Otros: \_\_\_\_\_

### Forma de Contacto Preferida

- Teléfono de casa  Teléfono de la empresa  Teléfono móvil  Correo  Correo electrónico
- Paciente se niegue a especificar

### Alergias

- Paciente no tiene las alergias conocidas  Paciente no tiene alergias a medicamentos conocidas
- Látex  Cinta adhesiva  Soja  Frutos secos  Huevos
- Mangos  Níquel  Propofol  Fentanyl  Midazolam
- Lidocaína  Aspirina  Morfina  Codeína  Penicilinas
- Sulfa  Otras: \_\_\_\_\_  Otras: \_\_\_\_\_

### Medicamentos Actuales y las Dosis, Ya Sea Uno de Venta Libre y Suplementos

Ninguno

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

## Inmunizaciones

- |                                                   |                                                               |                                                               |                                               |                                                    |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno<br>Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Hep A, para adultos<br>Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Hep B, para adultos<br>Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Flu<br>Cuando: _____ | <input type="checkbox"/> Neumonía<br>Cuando: _____ |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|

## Estudios de Diagnóstico / Pruebas

- |                                                      |                                      |                                       |                                     |                                         |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                     | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Endoscopia | <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia |
| <input type="checkbox"/> Tomografía<br>computarizada |                                      |                                       |                                     |                                         |

## Condiciones Médicas Pasadas o Presentes

- |                                                                                                                   |                                                                          |                                                                               |                                                               |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                                                                                  | <input type="checkbox"/> Anemia                                          | <input type="checkbox"/> Asma                                                 | <input type="checkbox"/> Fibrilación<br>auricular             | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda<br>crónico |
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido                                                                            | <input type="checkbox"/> Cáncer                                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad<br>pulmonar crónica                       | <input type="checkbox"/> Cirrosis                             | <input type="checkbox"/> Colitis                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama                                                                           | <input type="checkbox"/> Pólipos en el colon                             | <input type="checkbox"/> Insuficiencia<br>cardíaca congestiva                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad<br>de Crohn               | <input type="checkbox"/> Diabetes                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon                                                                          | <input type="checkbox"/> Diverticulitis                                  | <input type="checkbox"/> Diverticulosis                                       | <input type="checkbox"/> Depresión                            | <input type="checkbox"/> Enfisema                    |
| <input type="checkbox"/> Diarrea                                                                                  | <input type="checkbox"/> Infecciones de las<br>vías urinarias frecuentes | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares                                    | <input type="checkbox"/> Úlcera gástrica                      | <input type="checkbox"/> Glaucoma                    |
| <input type="checkbox"/> Hígado graso                                                                             | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón                              | <input type="checkbox"/> Soplos cardíacos                                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis B                 |
| <input type="checkbox"/> Gota                                                                                     | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal                                   | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta                                | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                      | <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos         |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C                                                                              | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                                        | <input type="checkbox"/> Latido irregular<br>del corazón                      | <input type="checkbox"/> Síndrome del<br>intestino irritable  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal            |
| <input type="checkbox"/> Historia de intentos<br>de suicidio                                                      | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                                | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la<br>lactosa                         | <input type="checkbox"/> Lupus                                | <input type="checkbox"/> Migrañas                    |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal                                                                      | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio                            | <input type="checkbox"/> Trastornos<br>neurológicos                           | <input type="checkbox"/> Osteoartritis                        | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la<br>válvula mitral                                                         | <input type="checkbox"/> Flebitis                                        | <input type="checkbox"/> Neumonía                                             | <input type="checkbox"/> Prueba de la<br>tuberculina positiva | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de<br>Parkinson                                                               | <input type="checkbox"/> Convulsiones                                    | <input type="checkbox"/> Cáncer del piel                                      | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño<br>con CPAP          | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño<br>no CPAP  |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide                                                                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la<br>tiroides                    | <input type="checkbox"/> Trastorno de la<br>articulación<br>temporomandibular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                         | <input type="checkbox"/> Cáncer uterino              |
| <input type="checkbox"/> Accidente<br>Cerebrovascular                                                             |                                                                          |                                                                               |                                                               |                                                      |
| <input type="checkbox"/> Yo, el paciente, he<br>viajado fuera de los<br>Estados Unidos en<br>los últimos 21 días. |                                                                          |                                                                               |                                                               |                                                      |

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?

- |                                 |                                         |                                          |                                  |
|---------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Tos productiva | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sudores |
|---------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------|

## Procedimientos Anteriores

- |                                            |                                                     |                                             |                                                          |                                                           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno           | <input type="checkbox"/> Cirugía de mama            | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cesárea | <input type="checkbox"/> Catéter cardíaco                | <input type="checkbox"/> Resección de colon               |
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía    | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar            | <input type="checkbox"/> Bypass del corazón | <input type="checkbox"/> Stent cardíaco                  | <input type="checkbox"/> Reemplazo de<br>válvula cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador     | <input type="checkbox"/> Reparación<br>de la hernia | <input type="checkbox"/> Histerectomía      | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la<br>articulación | <input type="checkbox"/> Cirugía de riñón                 |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides       | <input type="checkbox"/> Cirugía de la<br>obesidad  | <input type="checkbox"/> Marcapasos         | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata             | <input type="checkbox"/> Estómago                         |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de hígado | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía             | <input type="checkbox"/> Trasplante         | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas             | <input type="checkbox"/> Vasectomía                       |
| <input type="checkbox"/> Tiroides          |                                                     |                                             |                                                          |                                                           |

Otras: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

## Historia Social

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de niños: \_\_\_\_\_



## Revisión de los síntomas actuales

### Alergica/Inmunológica

|                                           |                       |                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno             | Si                    | No                    |
| Exposición al HIV                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infecciones recurrentes                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reacciones o erupciones alérgicas fuertes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Cardiovascular

|                                          |                       |                       |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno            | Si                    | No                    |
| Dolor en el pecho                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de aliento con el ejercicio        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Latido irregular del corazón             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de aliento al estar acostado       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Palpitaciones                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hinchazón de las extremidades inferiores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desmayos                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Constitucional

|                               |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Si                    | No                    |
| Agotamiento extremo           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fiebre                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida de apetito            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incomodidad o molestia        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sudores                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aumento de peso               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdido de peso               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Oídos, Nariz, Boco, Garganta

|                                          |                       |                       |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno            | Si                    | No                    |
| Dificultad para tragar                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mareos                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor de oído                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para respirar por la nariz    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hemorragias nasales                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor de garganta                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor en la mandíbula, haciendo estallar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Endocrino

|                               |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Si                    | No                    |
| Sed excesiva                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida de pelo               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Intolerancia al calor         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Ojos

|                               |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Si                    | No                    |
| Ver doble                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pérdida de la visión          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sensibilidad a la luz         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Gastrointestinal

|                                    |                       |                       |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno      | Si                    | No                    |
| Distensión abdominal               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor abdominal                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hinchazón abdominal                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cambio en los hábitos intestinales | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Estreñimiento                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diarrea                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para tragar             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gas                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acidez estomacal                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ictericia                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Náuseas                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sangrado rectal                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Calambres estomacales              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vómitos                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Genitourinario

|                                   |                       |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno     | Si                    | No                    |
| Orina oscura                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Disminución en el flujo de orina  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor al orinar                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Infecciones urinarias frecuentes  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Micción frecuente                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sangre en la orina                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Impotencia                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Micción nocturna                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Secreción uretral o incontinencia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Hematológica/Linfática

|                                                       |                       |                       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno                         | Si                    | No                    |
| Sangrado de las encías o inflamación de las glándulas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fácil aparición de moretones                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sangrado prolongado                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Tegumentario

|                               |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Si                    | No                    |
| Alergias                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sequedad                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Colmenas                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Picazón                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ictericia                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lesiones                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erupciones                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Musculoesquelético

|                                  |                       |                       |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno    | Si                    | No                    |
| Artritis                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor de espalda                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La gota                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deformidad de las articulaciones | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor de articulaciones          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Debilidad muscular               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rigidez                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Neurológica

|                               |                       |                       |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | Si                    | No                    |
| Mareos                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Desmayos                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolores de cabeza frecuentes  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Migrañas                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entumecimiento u hormigueo    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Convulsiones                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temblores                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vértigo                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Psiquiátrica

|                                 |                       |                       |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno   | Si                    | No                    |
| Ansiedad                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Depresión                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad de dormir            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Alucinaciones                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Historia de intento de suicidio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nerviosismo                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Los ataques de pánico           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Paranoia                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### Respiratoria

|                                   |                       |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Ninguno     | Si                    | No                    |
| Asma                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tos                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para respirar          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Excese de saliva                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tos con sangre                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falta de aliento con el ejercicio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sibilancias                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Farmacia

---

Nombre

Dirección

Teléfono

## Permitir la Importación Historial de Medicamentos

---

Doy mi consentimiento para la obtención de una historia de mis medicamentos comprados en farmacias.

Sí

No

## Consentimiento para Compartir Datos

---

Doy mi consentimiento para permitir GIH para compartir mi información médica y demográfica entre los proveedores relacionados con mi curso de tratamiento, tales como mi atención primaria o médico de referencia.

Sí

No

## Preferencia Recordatorio

---

Me gustaría recibir cuidado preventivo y seguimiento recordatorios de atención.

Sí

No

## Revisión con el Personal

---

Paciente

Padre

Tutor

No Presente

## Firma

---

Firma

Fecha

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**GastroIntestinal Healthcare (GIH) Póliza Financiera**

**Seguro:** La mayoría de los planes de seguro cubren el costo del procedimiento, menos cualquier caso copagos, co-seguros y deducibles. Es su responsabilidad de: consulte con su plan por adelantado para asegurar que participamos con su plan de seguro,

revisar su cobertura de beneficios; y garantizar todos los pre- aprobación se cumplen los requisitos para evitar rechazos o beneficios fuera de la red. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos una parte de ese contrato y no podemos garantizar el pago por su compañía de seguros. Si su plan de seguro no paga por todos los servicios o niega la cobertura, usted será totalmente responsable de todos los honorarios contratados debido. Si su compañía de seguros se niega a pagar de su reclamo, póngase en contacto con su compañía de seguros directamente. Vamos a permitir que su compañía de seguros de 45 días para pagar su reclamación de seguro. Si no han pagado por el día 46, usted será el único responsable de cualquier saldo adeudado, y se le facturará en consecuencia. La insatisfacción con su compañía de seguros no constituye razón para retener el pago de su cuenta con la GIH. Hacemos aceptar la asignación de sus beneficios; Sin embargo, tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que presta puede ser un servicio no cubierto por su plan. Usted será responsable de estos cargos no cubiertos. En el caso de que su cobertura de seguro se refiere a un plan en el que no somos un proveedor participante, usted será el 100 % responsable de todos los gastos incurridos.

**Todos los co-pagos, deducibles y co-seguro son debidos en el momento del tratamiento.** Debemos recibir la información de facturación en cada visita con el fin de satisfacer las reclamaciones pautas de presentación establecidos por su plan de seguro. Si bien la práctica o el plan no recibe información precisa necesaria para procesar su reclamo, usted será responsable. Debemos tener una copia de su tarjeta de seguro actual en un archivo para usted o un miembro de su familia. Si usted no tiene su tarjeta de seguro, vamos a pedir el pago en su totalidad al momento de la visita.

**En resumen, su responsabilidad financiera se refiere a:**

- Denegado y servicios no cubiertos
- Servicios considerados no médicos necesarios por su compañía de seguros
- Co-pagos, deducibles, co-seguro
- A la espera de las reclamaciones por falta de pacientes y/o información garante
- No seguro y/o fuera del beneficio de la red
- Pacientes auto-pago deben pagar en su totalidad al momento del servicio

**Costos:** Dependiendo de nuestro contrato con su compañía de seguros en particular, su procedimiento podría resultar en una combinación de los siguientes cargos:

1. Cargo Profesional - este es el cargo del doctor para realizar el procedimiento.
2. Cuota de facilidad - este es el cargo por el Centro de Endoscopia.
3. Patología cuota - si es necesaria una biopsia, se le facturará por separado para estos servicios, que no están incluidos en el cálculo financiero proporcionado a usted antes de su procedimiento.
4. Anestesia cuota - usted puede ser facturado por separado para servicios de anestesia por Carolina Anestesia. Este cargo no está incluido en el cálculo financiero que ofrecemos a usted antes de su procedimiento.

**Estimaciones:** Cualquier cargo que se nos proporcionó cuando se programó su procedimiento eran sólo **ESTIMACIONES** para el Médico y de la facilidad. No tenemos forma de afirmar exactamente lo que los cargos serán antes de un procedimiento, y su tratamiento pueden cambiar. Las estimaciones no incluyen patología o anestesia honorarios, que se facturan por separado. No podemos renunciar a cantidades definidas como la responsabilidad del paciente en que dicha renuncia pudiera contravenir La Casa Estatal y las leyes federales.

**Opciones de pago:** Aceptamos todas las tarjetas de crédito, dinero en efectivo, órdenes de pago, cheques y Care Credit. Si usted no tiene una cuenta de Care Credit, visite nuestro sitio web en [www.giraleigh.com](http://www.giraleigh.com), o llame a nuestra oficina al 919-870-1311 para obtener instrucciones sobre cómo solicitar esta opción de pago, que **debe ser completado y aprobado antes** a la fecha de su procedimiento. Aceptamos pagos electrónicos a través de nuestra página web portal de pago del paciente segura en línea en [www.giraleigh.com](http://www.giraleigh.com). Un cargo por servicio de \$ 35.00 será aplicado a su cuenta para todos los cheques devueltos o cualquier pago parado de un cheque emitido.

**Cuentas Colecciones:** Los saldos vencidos no pagados serán entregados a una agencia de cobro después de 45 días a menos que los arreglos de pago se han hecho con la GIH.

**Reembolsos:** GIH emitirá reembolsos una vez que todas las reclamaciones de seguros se han pagado y su cuenta tiene un saldo acreedor. Los reembolsos no serán emitidos por cantidades menos que a \$10.00. Los reembolsos se emitirán cada dos semanas.

**Las Citas Perdidas:** Requerimos un aviso de 24 horas de cancelación para todas las citas. Si no recibimos al menos 24 horas de anticipación, podemos cobrarle una tarifa cita perdida de \$25.00. Este cargo no se le cobrará a su compañía de seguros.

**Autorización:** Estoy de acuerdo en ser responsable de los gastos médicos incurridos con GIH, por lo tanto, autorizo a mi compañía de seguros, abogado, o otras partes que pagan directamente a la GIH, y/o proporcionar cualquier información relacionada con el pago de mi factura. He leído, entendido y aceptado la política financiera indicado anteriormente y acepto la responsabilidad por cualquier saldo no cubierto por mi compañía de seguros.

**Firma de la Parte del Paciente o Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**GASTROINTESTINAL HEALTHCARE**  
*Improving Your Health From The Inside Out.*

2011 Falls Valley Drive, Suite 106, Raleigh, NC 27615  
Phone: 919-870-1311 Fax: 919-881-0822

[www.giraleigh.com](http://www.giraleigh.com)

**MÉDICOS Y INFORMACION DE SALUD DE LIBERACIÓN**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
DE SALUD PROTEGIDA**

**PRIVACY POLICIES NOTICE ACKNOWLEDGEMENT, IN ACCORDANCE WITH THE HEALTH INSURANCE  
PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA) A COPY OF OUR PATIENTS RIGHTS AND PATIENT  
RESPONSIBILITIES POLICIES ARE AVAILABLE AT [WWW.GIRALEIGH.COM](http://WWW.GIRALEIGH.COM).**

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). Además yo admito que he recibido una copia de la poliza de derechos y responsabilidades de los pacientes en GIH.

**Repase en que sin su autorización por escrito, no podemos hablar de su caso, tratamiento o su pre - y post - procedimiento instrucciones de cuidado con nadie más que a ti mismo. Necesitamos autorización expresa por escrito de usted con el fin de ser capaz de hacerlo. Por favor, indique a continuación con quién podemos hablar sobre su atención médica.**

Por la presente autorizo GastroIntestinal Healthcare (GIH) a proporcionar toda la información necesaria a las partes apropiadas, tales como compañías de seguros, médicos y abogados en relación con los tratamientos prestados.

Los registros médicos pueden ser revelados a los siguientes médicos:

---

---

---

Por favor anote cualquier partes adicionales (por ejemplo, cónyuge, hijos, pareja o persona responsable de la prestación de atención a usted) a quien la información, tales como las instrucciones postoperatorias, puede ser divulgada por GIH:

Nombre de la persona (s) (Miembro de la familia o amigo) y/o Organización

Si desea autorizar a otra persona que no sea usted para GIH para hablar con respecto a sus cuentas médicas/ responsabilidad financiera, por favor proporcione la autorización para que hablemos con ellos respecto a su cuenta:

Nombre de la persona (s) (Miembro de la familia o amigo) y/o Organización

**Fecha de expiración de la autorización:** Esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma que sea revocado o cancelado por el paciente o el representante del paciente.

**Derecho de terminar o revocar la autorización:** Usted puede revocar o cancelar esta autorización mediante la presentación de una revocación por escrito a GastroIntestinal Healthcare. Usted debe contactar a la privacidad / Oficial de Cumplimiento para terminar esta autorización.

**Potencial para la re-divulgación:** La información que se expone en esta autorización puede ser divulgada nuevamente por la persona u organización a la que se envía. La privacidad de esta información no puede estar protegidas por regulaciones federales de privacidad.

**No hay condiciones sobre el tratamiento o el pago:** GIH no condicionarán la prestación de tratamiento o el pago de la prestación de esta autorización.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_