

**DEMOGRAFIA DEL PACIENTE**

Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ Médico Primario: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Médico de Referencia: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGUROS**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero  
de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero  
de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de 18 años, por favor llene la información con respecto a los  
padres/tutores que acompañan a los niños menores

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal:  
\_\_\_\_\_

Es su seguro parte de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Obama-Care)? Si No

## **FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**

¡Bienvenidos! Estamos complacidos de que usted ha escogido Peak Gastroenterology Associates, PC (PGA), Front Range Endoscopy Centers, LLC (FREC) y Surgical Center of Peak Endoscopy, LLC (SCOPE). Estamos aquí para hacer todo lo posible para asistirlo en la gestión de su cuenta, y definiendo claramente nuestras políticas al inicio de la atención como paciente. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a esta política o necesita más ayuda, póngase en contacto con nosotros inmediatamente.

Doy a esta práctica/centro mi consentimiento para utilizar mi información médica protegida para llevar a cabo mi tratamiento, para obtener el pago de las compañías de seguros, y para las operaciones de atención médica, como mantener la continuidad de la atención.

**Autorizo el pago directo de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro a Peak Gastroenterology Associates-PC, Front Range Endoscopy Centers-LLC, y Surgical Center of Peak Endoscopy-LLC. Si el pago se realiza directamente a mí, entiendo que es mi responsabilidad enviar el pago a PGA/FREC/SCOPE inmediatamente por los servicios prestados.**

Doy mi consentimiento para la atención, el tratamiento y las evaluaciones diagnósticas realizadas por los proveedores de atención médica en PGE/FREC/SCOPE.

- Cabe señalar que mi cobertura de seguro es un acuerdo entre yo y la aseguradora. Es mi responsabilidad remitir el pago de cargos no cubiertos por mi aseguradora, y asegurar que mi aseguradora remita el pago de mi cuenta.
- Si se niega una reclamación de seguro debido a la información incorrecta que he proporcionado, se me facturará y el pago en su totalidad y se pagará inmediatamente.
- He solicitado servicios médicos de PGA/FREC/SCOPE en nombre mío o de mis dependientes. Me hago plenamente responsable de todos y cada uno de los cargos incurridos en el curso del tratamiento autorizado. Entiendo que los cargos deben pagarse en la fecha en que se prestan los servicios y acepto pagar todos los cargos incurridos inmediatamente después de la presentación de la factura apropiada.
- Como cortesía para mí, PGA/FREC/SCOPE se pondrá en contacto con mi seguro para verificar la elegibilidad general y la cobertura. Es mi responsabilidad verificar si un procedimiento está cubierto por mi seguro o no, o si se aplicará a mi deducible o coseguro.
- Entiendo que, si no tengo cobertura de seguro, acepto pagar el saldo en su totalidad en el momento en que se proporcionan los servicios.
- Como cortesía para mí, PGA/FREC/SCOPE presentará todas las reclamaciones a mi compañía de seguros. Si PGA/FREC/SCOPE no tiene un contrato firmado con mi compañía de seguros, o la compañía de seguros no paga mi reclamo de manera oportuna, el saldo de la cuenta se transferirá a mi responsabilidad. Entonces es mi responsabilidad ponerme en contacto con la compañía de seguros para procesar mi reclamo. Se me pedirá que realice pagos en mi cuenta durante este tiempo.
- Cada mes que haya un saldo, recibiré un estado de cuenta por los servicios, que es debido y pagadero dentro de los 30 días de la fecha de la factura.

- Si estoy sufriendo un conjunto de circunstancias financieras fuera de mi control, llamaré al departamento de facturación en PGA/FREC/SCOPE para que puedan trabajar conmigo para hacer arreglos de pago.
- Si no se adhieren a las políticas anteriores, mi cuenta podría ser entregado a una agencia de cobro externa. Estoy de acuerdo en que en el caso de que mi cuenta sea entregada a una agencia de cobro o abogado debido a la falta de pago, tendré que pagar un 35% adicional del saldo como cargos de cobro razonables (que se agregarán al saldo en el momento en que se coloca la cuenta para el cobro) más cualquier costos de la corte y honorarios del abogado incurridos en relación con el cobro de mi cuenta.
- **Cheque de devolución:** Se aplicará un cargo de \$35.00 a mi cuenta en caso de que haya un cheque devuelto por fondos insuficientes o sin cuenta. Se me pedirá que pague el monto total del cheque más la tarifa de \$35.00 con efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.

**Si no me presento a la cita programada, cancelar o reprogramar dentro de las 24 horas de la cita, seré responsable de pagar una tarifa de cita perdida de \$50.00. Si no me presento para un procedimiento programado, cancelar o reprogramar dentro de las 48 horas del procedimiento, seré responsable de pagar una tarifa de procedimiento perdida de \$250.00.**

He leído el acuerdo financiero anterior y acepto acatar los términos establecidos en él.

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es el representante legal autorizado, escriba la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE MENSAJES TELEFÓNICOS

Le doy permiso a Peak Gastroenterology Associates, PC (PGA), Front Range Endoscopy Centers, LLC (FREC), and Surgical Center of Peak Endoscopy, LLC (SCOPE) para dejar un mensaje telefónico con respecto a mi atención médica con lo siguiente: información de atención médica que incluye laboratorios, imágenes, endoscopia y otros resultados de pruebas, así como los horarios de las citas. Si deseo retirar el consentimiento, debo presentar una notificación por escrito a PGA/FREC/SCOPE indicando la fecha de la retirada solicitada.

Correo de voz de mi casa: \_\_\_\_\_

Correo de voz de mi oficina: \_\_\_\_\_

Correo de voz de mi celular: \_\_\_\_\_

Mi cónyuge u otros nombres y números de familia con los que autorizo para dejar mensajes y/o discutir mi historia clínica:

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre/Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

A partir del 14 de abril de 2003, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) requiere que todos los centros de atención médica tengan políticas con respecto a la protección de la información médica. PGA/FREC/SCOPE tiene políticas en vigor con respecto a cómo manejamos y protegemos la información sobre la atención médica que recibe en nuestras instalaciones. El siguiente es un resumen de nuestras políticas con respecto a nuestras responsabilidades y sus derechos. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Esta práctica tiene el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y usted puede obtener cualquier aviso revisado.

### RESPONSABILIDADES DE PGA/FREC/SCOPE

Debe hacer un esfuerzo razonable para mantener su información de salud privada y confidencial y NO puede divulgar información sobre usted / su atención médica sin su consentimiento por escrito, excepto:

- Internamente dentro de nuestras instalaciones u otras instalaciones a las que lo referimos
- Para procesar el pago de su compañía de seguros u otra fuente de financiación

- Para operaciones de atención médica (actividades internas de gestión de la calidad, auditorías, etc.)
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (cuando la ley exija informes) o a la información proporcionada a las agencias de supervisión de la salud (es decir, al Departamento de Salud de Colorado)

## SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Consultar nuestras políticas sobre cómo manejamos su información de salud privada
- Solicitar restricciones en el uso o divulgación de su información de salud
- Inspeccionar y copiar su información médica
- Solicitar una modificación de su información médica

## **DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE MONITOREO DE MEDICAMENTOS RECETADOS**

Si recibo una receta para un medicamento de sustancia controlada (Programa II a IV), mi información de identificación de la receta se ingresará en el Programa electrónico de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP) de Colorado cuando este medicamento se dispensa a mí. Mi información de prescripción en la base de datos es un registro de salud protegido y no puede ser acezada por los no autorizados por el paciente, excepto como parte de una investigación autorizada. Tengo derecho a acceder a su información en PDMP a través de la Junta de Farmacia de Colorado. Puedo buscar correcciones a la información como lo haría con mis otros registros médicos.

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Si el representante legalmente autorizado, entonces la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Resultados del EGD: \_\_\_\_\_

Resultados de la Colonoscopia: \_\_\_\_\_

Resultados del Sigmoidoscopia: \_\_\_\_\_

Resultados del la Endoscopia capsulada: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL CLINICO: Favor de escribir TODOS los problemas médicos que tenga**

1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)
9)	10)	11)	12)

### **HISTORIAL QUIRURGICO: Favor de escribir TODAS las cirugías que ha tenido**

1)	2)	3)	4)
5)	6)	7)	8)
9)	10)	11)	12)

### **HISOTIRAL CLINICO FAMILIAR: Favor de checar los círculos correspondientes "si"**

<input type="radio"/> Enfermedad Celiaca	<input type="radio"/> Cáncer del Colon	<input type="radio"/> Cirrosis	<input type="radio"/> Pancreatitis
<input type="radio"/> Cáncer del Páncreas	<input type="radio"/> Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/> Colitis Ulcerativa	<input type="radio"/> Cáncer del Estomago

### **HISTORIAL SOCIAL:**

Fuma: SI o NO Paquetes al día: \_\_\_\_ # de anos: \_\_\_\_ Fecha que dejo de Fumar: \_\_\_\_\_

Alcohol: SI o NO Bebida y cantidad al día: \_\_\_\_\_ Fecha que dejo de tomar: \_\_\_\_\_

Drogas

Ilícitas: SI o NO Tipo de drogas usadas \_\_\_\_\_ Fecha dejo de usarlas: \_\_\_\_\_

Tattoos: SI o No Hace Ejercicio: Si o No

Marijuana: SI o No Cantidad por día/semana: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE DIGNOSES INFECCIOSAS ACTURALES:**

<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> VRE	<input type="radio"/> C-DIFF
----------------------------	---------------------------	------------------------------

### **INFORMACION ADICIONAL:**

\_\_\_\_\_

Farmacia/Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:**

Favor de enlistar TODOS los medicamentos que está tomando incluyendo los de repisa y suplementos herbales. Favor de no escribir “ver lista adjunta”

Medicamentos prescritos

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón del Medicamento	PARA USO FICIAL	
				Continuar	Descontinuar

**Medicamentos de Repisa o Suplementos herbarios**

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón del Medicamento	PARA USO FICIAL	
				Continuar	Descontinuar

**ALERGIAS: Favor de escribir todos los medicamentos que le causan alergias**

--	--	--	--	--	--

**PARA USO DE FREC/SCOPE UNICAMENTE**

- Tomo todos los medicamentos pre - procedimiento
- Nuevos medicamentos e instrucciones
- Paciente recibió copia

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón del medicamento

Chofer: \_\_\_\_\_

Enfermera: \_\_\_\_\_

Etiqueta del Paciente

Medico: \_\_\_\_\_

Dia/Hora: \_\_\_\_\_

REVISION DEL SYSTEMA MASCULINO: Favor de circular si experimenta algo de lo siguiente:

<b>CONTITUCION</b>	<b>VISTA</b>	<b>GENITOURINARIO</b>	<b>NEUROLOGICO</b>
Cambio en Actividad Cambio de Apetito Escalofríos Sudor Fatiga Fiebre Cambio en Peso	Ojos Llorosos Comezón en los Ojos Dolor en los Ojos Irritación de los Ojos Sensibilidad a la Luz Cambio en la Vista	Dificultad al Orinar Dolor al Orinar Orina Involuntaria Dolor Abdominal Orina Frecuentemente Dolor Genital Sangre en la Orina Descarga del Pene Dolor en el Pene Inflamación del Pene Inflamación del Escroto Dolor Testicular Urgencia de Orinar Disminución de Orinar	Mareos Asimetría Facial Dolores de Cabeza Aturdimiento Adormecido Convulsiones Dificultad al Hablar Desmayos Temblores Debilidad
<b>COONT</b>	<b>RESPIRATORIO</b>	<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	<b>HEMATOLOGICO</b>
Inflamación Facial Dolor del Cuello Cuello Duro Líquido en el Oído Perdida del Oído Dolor de Oído Sangrado de la Nariz Congestión Nasal Mucosidad Estornudos Sinusitis Problemas Dentales Babea Llagas en la Boca Problemas al Tragar Cambio en la Voz	Problemas para Dormir Presión en el Pecho Asfixia Toz Corto de Respiración Obstrucción al Respirar Jadeo	Dolor en las articulaciones Dolor de Espalda Problema de Gota Inflamación en articulaciones Dolor en los Músculos	Ganglios Linfáticos inflamados Sangrado/Moretones
	<b>GI</b>	<b>PIEL</b>	<b>PSIQUIATRICO</b>
	Inflamación Abdominal Dolor Abdominal Sangrado Anal Sangrado en el Excremento Constipación Diarrea Nausea Dolor Rectal Vomito Incontinencia Fecal	Cambio de Color Palidez Erupciones en la piel Heridas	Agitación Problemas de Comportamiento Confusión Poca Concentración Tristeza Alucinaciones Hiperactividad Nervios/Ansiedad Auto-Lastima Sueños Disturbios Pensamientos Suicidas



REVISION DEL SYSTEMA FEMENINO: Favor de circular si experimenta algo de lo siguiente:

<b>CONTITUCION</b>	<b>VISTA</b>	<b>GENITOURINARIO</b>	<b>NEUROLOGICO</b>
Cambio en Actividad Cambio de Apetito Escalofríos Sudor Fatiga Fiebre Cambio en Peso	Ojos Llorosos Comezón en los Ojos Dolor en los Ojos Irritación de los Ojos Sensibilidad a la Luz Cambio en la Vista	Dificultad al Orinar Dolor durante Sexo Dolor al Orinar Orina Involuntaria Dolor Abdominal Orina Frecuentemente Dolor Genital Sangre en la Orina Problemas Menstruales Dolor de Pelvis Urgencia de Orinar Disminución de Orinar Sangrado Vaginal Descarga Vaginal Dolor Vaginal	Mareos Asimetría Facial Dolores de Cabeza Aturdimiento Adormecido Convulsiones Dificultad al Hablar Desmayos Temblores Debilidad
<b>COONT</b>	<b>RESPIRATORIO</b>	<b>MUSCULOESQUELETICO</b>	<b>HEMATOLOGICO</b>
Inflamación Facial Dolor del Cuello Cuello Duro Liquido en el Oído Perdida del Oído Dolor de Oído Sangrado de la Nariz Congestión Nasal Mucosidad Estornudos Sinusitis Problemas Dentales Babea Llagas en la Boca Problemas al Tragar Cambio en la Voz	Problemas para Dormir Presión en el Pecho Asfixia Toz Corto de Respiración Obstrucción al Respirar Jadeo	Dolor en las articulaciones Dolor de Espalda Problema de Gota Inflamación en articulaciones Dolor en los Músculos	Ganglios Linfáticos inflamados Sangrado/Moretones
	<b>GI</b>	<b>PIEL</b>	<b>PSIQUIATRICO</b>
	Inflamación Abdominal Dolor Abdominal Sangrado Anal Sangrado en el Excremento Constipación Diarrea Nausea Dolor Rectal Vomito Incontinencia Fecal	Cambio de Color Palidez Erupciones en la piel Heridas	Agitación Problemas de Comportamiento Confusión Poca Concentración Tristeza Alucinaciones Hiperactividad Nervios/Ansiedad Auto-Lastima Sueños Disturbios Pensamientos Suicidas

