

## FORMATO PARA REGISTRAR EL PACIENTE

Favar contestar las preguntas en letra de imprenta.

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Dirección Actual \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Estado Marital: Casado  Soltero

Divorciado  Viudo  Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Empleo: Empleado  Retirado  Celular \_\_\_\_\_

Estudiante  Otro  Otro \_\_\_\_\_

Medico que lo refirio \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del patrono o Empresario \_\_\_\_\_

### **Información del Seguro: Favor proveer las tarjetas del Seguro a la Recepcionista**

Nombre del Seguro Primario \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado en el Seguro Principal \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado en el Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### **Cónyuge/Persona Responsable por el Paciente: Si no es el mismo paciente favor contestar las próximas preguntas**

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Nombre del patrono Dempresaris \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono (H) \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo (W) \_\_\_\_\_

### **Persona a Notificar en caso de Emergencia:**

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono casa/Trabajo/Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

(OVER)

## Responsabilidad Financiera

Por la presente autorizo el pago a Westside Gastrointestinal Specialists (Jeffrey R. Crist, M.D. o Juan Benitez, M.D.) por los beneficios Médicos facturados a mi seguro.

Por la presente acepto toda la responsabilidad financiera, por los servicios médicos recibidos por mi, pero no cubiertos por mi seguro médico.

Igualmente acepto responsabilidad por los cargos que excedan los pagos echos por mi seguro, si la práctica no es participante en mi seguro de salud. Si mi cuenta no estuviera al día o si se convirtiera en una delictiva yo entiendo que puedo ser facturado 35% de los cargos de colección por mi deuda y por los gastos de abogados necesarios par conseguir el pago de mi deuda. En adición puedo ser facturado 1.5% de servicio mensual, por la deuda delictiva.

Por la presente acepto pagar todos los pagos requeridos por mi seguro el día de el servicio médico al igual que cualquier deducible a menos que se acuerde anteriormente algún otro arreglo financiero.

Mi pago será:

Efectivo

Cheque

Tarjeta de Credito

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable  
financieramente

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## Consentimiento para autorizar a que la información de tratamiento, pago o cuidado de su salud sea compartida

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a Westside Gastrointestinal Specialists a utilizar y/o revelar mi información de salud por la cual yo puedo ser identificado o puede ser razonablemente utilizada para identificarme luego de ser terminado el tratamiento y pago por cuidado de salud. Yo entiendo que aunque este consentimiento es voluntario, si yo me rehusó a firmar este consentimiento Westside Gastrointestinal Specialists puede negarse a tratarme.

He sido informado que Westside Gastrointestinal Specialists ha preparado una notificación la cual describe con detalle los usos y revelación de la información medica generada por el tratamiento de salud, pago o cuidado medico. Entiendo que tengo el derecho de leer y revisar esa notificación antes de firmar este consentimiento.

Entiendo que puedo revocar, anular este consentimiento en cualquier momento notificando a Westside Gastrointestinal Specialists por escrito. Si este consentimiento fuera revocado o anulado no afectaría ninguna acción tomada o sometida por Westside Gastrointestinal Specialists anterior a recibir la notificación de la revocación o anulación.

Yo entiendo que Westside Gastrointestinal Specialists mantiene el derecho de cambiar su política de privacidad en cualquier momento y yo puedo obtener esos cambios si lo solicito.

Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar a Westside Gastrointestinal Specialists que limite cuanto revelara de mi información médica personal en el tratamiento o pagos por los servicios médicos.

Entiendo que Westside Gastrointestinal Specialists no tiene que estar de acuerdo con estas restricciones, pero una vez se acuerde en las mismas Westside Gastrointestinal Specialists las observara.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente