GASTRO HEALTH

www.GastroHealth.com

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:_____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Raza

☐ Blanca ☐ Negra / Afro Americano ☐ Asiático ☐ Indio Americano / o Nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawái/ Otra Isla del Pacifico ☐ Origen Étnico ☐ Origen Étnico ☐ Desconocido ☐ El paciente se niega a proporcionar información

Origen Étnico

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ El paciente se niega a proporcionar información

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro

Idioma Preferido

☐ Ingles ☐ Francés ☐ Creole ☐ Español ☐ Otro: _____

FARMACIA

Nombre_____ Número de Teléfono _____

MEDICAMENTOS ACTUALES

☐ Ninguno

Nombre	Dosis	Cómo se toma?

CONDICIONES MEDICAS PASADAS O PRESENTES

☐ Ninguna

☐ AICD/Marcapasos ☐ Anemia ☐ Apnea del Sueño ☐ Asma ☐ Artritis

☐ Cáncer de Colon ☐ Cáncer - Otro ☐ Cirrosis del Hígado ☐ Colesterol Elevado ☐ Colitis Ulcerosa

☐ Depresión ☐ Derrame/Ataque Cerebral ☐ Desorden Neurologicos ☐ Diabetes ☐ Diverticulitis

☐ Dolor de Pecho ☐ Enfermedad Autoinmune ☐ Enfermedad Celiaca ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Enfermedades del Higado

☐ Enfermedad de la Tiroides ☐ Enfermedades pulmonares ☐ Enfermedad Renal/Insuficiencia ☐ Esclerosis Múltiple ☐ Fibromialgia

☐ Glaucoma ☐ Hepatitis ☐ Hígado Grasoso ☐ Hipertensión ☐ Insuficiencia Cardiaca

☐ Intolerancia a la Lactosa ☐ Pólipos en el Colon ☐ Pancreatitis ☐ Problema de la Vecicula ☐ Próstata Agrandada

☐ Reflujo Gastroesofágico ☐ Sangramiento Facil ☐ Síndrome del Colon ☐ Tuberculosis ☐ Úlcera Estomacal

☐ VIH/SIDA ☐ Otro _____

ALERGIAS

☐ Desconoce tener alergias ☐ Desconoce alergias a medicamentos

☐ Aspirina ☐ Sulfato de Codeína ☐ Huevos ☐ Yodo o que contenga yodo ☐ Morfina

☐ Penicilina ☐ Sulfa (Sulfonamidas) ☐ Látex ☐ Soya ☐ Otro: _____

ESTUDIOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

☐ Ninguno

☐ Colonoscopia
Cuándo: _____

☐ Gastroscopia
Cuándo: _____

☐ ERCP
Cuándo: _____

☐ Biopsia del Hígado
Cuándo: _____

☐ Enteroscopia:
Cuándo: _____

☐ Ecografía Endoscópica
Cuándo: _____

☐ Capsula Endoscópica
Cuándo: _____

☐ Prueba de Estrés
Cuándo: _____

☐ Ecocardiograma
Cuándo: _____

PROCEDIMIENTOS ANTERIORES

☐ Ninguno

☐ Cirugía Estética del Abdomen
Cuándo: _____

☐ Apendectomía
Cuándo: _____

☐ Cirugía Bariátrica
Cuándo: _____

☐ Cirugía de Vejiga
Cuándo: _____

☐ Seno
Cuándo: _____

☐ Cesárea
Cuándo: _____

☐ Resección de Colon
Cuándo: _____

☐ Colostomía
Cuándo: _____

☐ Derivación Coronaria
Cuándo: _____

☐ Reparación de la Hernia Umbilical
Cuándo: _____

☐ Reparación de la Hernia Inguinal
Cuándo: _____

☐ Cirugía de Vesícula Biliar
Cuándo: _____

☐ Cirugía de Hemorroides
Cuándo: _____

☐ Histerectomía
Cuándo: _____

☐ Cirugía de Ovarios
Cuándo: _____

☐ Próstata
Cuándo: _____

☐ Estómago
Cuándo: _____

☐ Otro: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

☐ Ningún conocimiento de la historia familiar

No historia familiar de ☐ Cáncer de Colon ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Colitis Ulcerosa ☐ Pólipos en el Colon ☐ Enfermedad Hepática

Estado de Salud	**Madre**	**Padre**	**Hermana**	**Hermano**	**Abuela**	**Abuelo**
Saludable	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fallecido/a la edad de	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Diagnósticos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Celíaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Colon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pólipos en el Colon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Crohn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Hepática	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer Pancreático	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer de Estómago	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Ulcerosa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Celíaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HISTORIA SOCIAL

Ocupación:_____ Número de Niños: _____

Estado Civil:

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo

Alcohol ☐ Ninguno

	Tipo	Cantidad	Numero
☐ Raramente			
☐ Menos de 2 días a la semana			
☐ Más de 2 días a la semana			
☐ Diariamente			
☐ Dejé de usar			

Consumo de Tabaco

☐ Fuma diariamente ☐ Fuma ocasionalmente ☐ Ex fumador ☐ Nunca ha fumado

☐ Fumador- no se sabe el estatus ☐ Fuma poco ☐ Fuma mucho ☐ No se sabe si ha fumado

Tipo	**Comenzó**	**Dejo de Fumar**	**Cantidad**	**Frecuencia**
☐ Cigarrillo				
☐ Cigarro				
☐ Tabaco de Mascar				
☐ Pipa				

Uso de Drogas

☐ Ninguno

Tipo

☐ Nunca he usado drogas recreativas ☐ Actualmente estoy usando drogas recreativas

☐ He usado drogas recreativas en el pasado ☐ He sido tratado por abuso de sustancia

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

CONSTITUCIONAL

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	fatiga
☐	☐	fiebre
☐	☐	pérdida de peso

RESPIRATORIO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	tos
☐	☐	falta de respiración

CARDIOVASCULAR

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	dolor de pecho
☐	☐	palpitaciones

GASTROINTESTINAL

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	gas
☐	☐	acidez
☐	☐	náusea
☐	☐	vómitos
☐	☐	dificultad para tragar
☐	☐	dolor abdominal
☐	☐	cambio en los hábitos intestinales
☐	☐	streñimiento
☐	☐	diarrea
☐	☐	insuciamiento/incontinencia
☐	☐	sangrado rectal
☐	☐	dolor en el recto
☐	☐	hemorroides
☐	☐	ictericia

HEMATOLÓGICA/LINFÁTICO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	sangrado fácil

GENITOURINARIO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	orina oscura

MUSCULOESQUELÉTICO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	dolor en las articulaciones

INTEGUMENTARIO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	erupción

NEUROLÓGICO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	dolores de cabeza

PSIQUIÁTRICO

☐ Ninguno

Si	No	
☐	☐	ansiedad/depresión
☐	☐	pérdida de memoria/confusión

VACUNAS

☐ Ninguna

☐ Flu	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B	☐ Neumonía	☐ HPV (Virus de Papiloma Humano
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____
☐ Herpes	☐ Tétanos	☐ Otra:		
Cuándo: _____	Cuándo: _____	Cuándo: _____		

Política financiera de Gastro Health, LLC

A continuación se muestran las políticas financieras de Gastro Health, LLC y sus subsidiarias; Todas las referencias a las políticas en este documento se aplicarán por igual a todas las subsidiarias de Gastro Health, LLC, sus médicos y servicios, que se denominarán colectivamente "Gastro Health, LLC" en este documento.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Su seguro médico es un contrato entre usted y su aseguradora. Cualquier cargo no pagado por su aseguradora por cualquier motivo es su responsabilidad. **Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro, incluidas las limitaciones del plan, la diferencia entre los beneficios de atención preventiva o de detección y los beneficios del procedimiento de diagnóstico y la necesidad de derivaciones o autorizaciones previas.** Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios, identificar sus responsabilidades financieras y autorizaciones previas antes de su cita en su nombre; sin embargo, esto no constituye una garantía de pago. Le facturaremos a su seguro todos los servicios que proporcionamos; sin embargo, **le exigimos que pague cualquier parte de su responsabilidad financiera por la atención médica**, incluidos, entre otros, copagos, deducibles o coseguros, **antes del servicio**. Es posible que ciertos servicios prestados por nuestra oficina, para su beneficio, no estén cubiertos por su plan de seguro. Gastro Health, LLC sugiere que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprender qué servicios no están cubiertos, ya que estos serán su responsabilidad financiera. Tenga en cuenta que si obtiene una póliza del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y recibe un subsidio, pero no paga su prima durante el período de gracia, su atención médica será completamente su responsabilidad financiera. CIERTOS SEGUROS O EMPLEADORES PUEDEN TENER UNA RED ESTRECHA QUE EXCLUYE A SU MÉDICO. SI NUESTROS SERVICIOS SE CONSIDERAN FUERA DE LA RED Y SU PLAN DE BENEFICIOS NO TIENE BENEFICIOS FUERA DE LA RED, ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS. CONSULTE CON SU PLAN ANTES DE SU VISITA.

CARGOS ADMINISTRATIVOS

Entiendo que hay un cargo de $35 por cheques devueltos por cualquier motivo. No reparar el cheque devuelto puede resultar en una acción legal. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas con menos de 72 horas de anticipación para procedimientos programados, puede resultar en un cargo de $75. Nuestra tarifa por completar formularios es de $25. Hay un cargo por copiar registros médicos de conformidad con las leyes estatales.

Política de tarjeta de crédito registrada de Gastro Health, LLC

Gastro Health, LLC se compromete a reducir el desperdicio y la ineficiencia y hacer que nuestro proceso de facturación sea lo más simple posible. Requerimos que proporcione una tarjeta de crédito registrada en nuestro consultorio. Realizamos pagos a través de una aplicación de servicios comerciales segura, compatible con HIPAA y PCI. La seguridad de su información privada es nuestra prioridad. Para su protección, solo los últimos 4 dígitos de su tarjeta aparecerán en el sistema. Procesaremos su pago automáticamente, enviándole un recibo por correo electrónico (si tenemos uno registrado). Su capacidad para disputar los cargos de su compañía de seguros no se verá comprometida. Los pacientes sin seguro o los pacientes que no autorizan que se mantenga una tarjeta de crédito en el archivo para los saldos de la cuenta deberán realizar el pago completo el día de la visita.

Las tarjetas de crédito registradas se utilizarán para pagar los saldos de las cuentas después de la adjudicación del seguro.

1) Una vez que su seguro haya procesado su reclamo, se le enviará una Explicación de Beneficios (EOB) tanto a usted como a nuestra oficina mostrando cuál es su responsabilidad financiera total como paciente. Por lo general, recibe la EOB antes que nosotros, por lo que si no está de acuerdo con el monto adeudado por responsabilidad del paciente, es su responsabilidad comunicarse con su compañía de seguros y nuestra oficina de inmediato.

2) Cuando recibamos la EOB, ingresaremos esta información en nuestro sistema. Su tarjeta de crédito se procesa solo después de que su aseguradora haya procesado el reclamo. **Si el monto total adeudado es de $300 o menos, procesaremos el pago en su tarjeta de crédito registrada y le enviaremos un recibo a su correo electrónico (si tenemos uno registrado). Si el saldo es mayor que eso, el resto del saldo se puede cobrar manualmente por la misma fecha de servicio en una fecha posterior o recibirá un segundo estado de cuenta por el saldo restante.**

Consentimiento para recibir mensajes de texto de Gastro Health, LLC

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL: Doy permiso a Gastro Health, LLC y a su personal y al servicio de notificación al paciente para que se comuniquen conmigo a través de mi dispositivo celular para llamadas telefónicas automatizadas y mensajes de texto SMS. Entiendo que las notificaciones de emergencia están excluidas de este permiso y se enviarán normalmente. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados a través de Gastro Health a mi teléfono móvil. Entiendo que no tengo ninguna obligación de autorizar a Gastro Health a enviarle mensajes de texto como parte de este programa. Al firmar, certifico que soy el propietario de este dispositivo celular y su contrato de usuario.

Además, al firmar a continuación, entiendo y acepto las políticas financieras de Gastro Health, LLC, incluida la política de tarjeta de crédito registrada. Autorizo el uso de mi tarjeta de crédito para los saldos pendientes solo después de que mi seguro haya procesado mi reclamo, pero no más de seis (6) meses después de mi visita. Doy permiso a Gastro Health, LLC para aplicar pagos a cualquier saldo entre sus ubicaciones. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de los servicios que recibo de Gastro Health, LLC. Si no cumplo con mi responsabilidad financiera, entiendo que se me pueden cobrar tarifas adicionales incurridas en el proceso de cobranza, incluso de agencias de cobranza de terceros.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

GASTRO HEALTH

www.gastrohealth.com

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTOS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO GENERAL: El abajo firmante se ha presentado voluntariamente para recibir atención médica y da su consentimiento para dicha atención y tratamiento médico, incluidos los procedimientos de diagnóstico y las pruebas que los médicos, sus asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica determinen que son necesarios o apropiados para el propósito del diagnóstico. Los procedimientos o exámenes pueden incluir, entre otros, anoscopia, pruebas de aliento, cápsula endoscópica, fibroscan, banda para hemorroides, ultrasonido y examen rectal. El abajo firmante entiende que se le explicará de antemano la naturaleza del propósito previsto, los posibles riesgos / complicaciones y las alternativas para cada procedimiento o tratamiento. El abajo firmante entiende y reconoce que no se ha otorgado ni se otorgará ninguna garantía sobre el resultado o la cura del tratamiento.

RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: El abajo firmante entiende que tiene el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento y reconoce que se le ha proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor. El Aviso de prácticas de privacidad para el proveedor también se proporciona en la sala de espera.

Firma del Paciente o Representante Personal	Fecha
Nombre del Paciente o del Representante Personal	Descripción de la Autoridad del Representante Personal

GASTRO HEALTH

www. **Gastro Health** .com

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONSENTIMIENTO FINANCIERO

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA? ¿Podemos divulgar su información médica protegida a su: cónyuge, hijos adultos, hermanos/as, abogado, compañía de seguros de vida u otra entidad? En caso afirmativo, escriba su nombre, información de contacto y relación/parentesco.

Nombre de la persona/organización_____

Relación/parentesco_____

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____

Nombre de la persona/organización_____

Relación/parentesco_____

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ Fax (_____) _____

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR? A continuación indique los elementos que acepta que divulguemos. Para la divulgación de algunos elementos se requiere la firma de un paciente menor de edad. Si acepta que divulguemos toda la información médica, marque solo la primera casilla.

- ☐ **Toda la información médica**
- ☐ Historia clínica/examen físico
- ☐ Medicamentos que tomó/toma actualmente
- ☐ Análisis de laboratorio
- ☐ Órdenes del médico
- ☐ Alergias del paciente
- ☐ Informes quirúrgicos
- ☐ Informes de consulta
- ☐ Notas de progreso
- ☐ Resumen del alta
- ☐ Informes de pruebas de diagnóstico
- ☐ Informes de patología
- ☐ Información de facturación
- ☐ Informes de radiología
- ☐ Imágenes médicas
- ☐ Otro _____

Para divulgar la siguiente información se requieren sus iniciales:

_____ Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia)

_____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias

_____ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

_____ Resultados de prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

PERÍODO DE TIEMPO EFECTIVO: Esta autorización es válida hasta que se produzca la muerte del individuo, el individuo alcance la mayoría de edad o se retire el permiso, lo que ocurra primero; o hasta la siguiente fecha específica (opcional):

Mes_____ Día_____ Año_____

DERECHO A REVOCAR: Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que las acciones anteriores tomadas sobre la base de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas. Si revoco esta autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **GASTRO HEALTH, LLC 9500 S. Dadeland Blvd. Suite 200, Miami, FL 33156 ATTN: Privacy Officer**. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya revelado en virtud de esta autorización ni a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar una demanda conforme a mi póliza.

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN POR TELÉFONO MÓVIL: Al firmar este documento, usted otorga su consentimiento para que su número de teléfono móvil se use con el fin de comunicarse con usted por mensaje de texto o voz a través de un mensaje automatizado o pregrabado para brindarle información relacionada con su atención médica, cuenta o facturas de servicios de atención médica así como información relacionada con servicios de atención médica adicionales que podrían ser de su interés. No es necesario que nos proporcione su número de teléfono móvil para estos fines.

Si no ha proporcionado a Gastro Health su número de teléfono móvil, puede proporcionarlo aquí: (_____) _____ - _____.

INFORMACIÓN DEL SEGURO: Su seguro médico es un contrato entre usted y su aseguradora. Cualquier cargo no pagado por su aseguradora por cualquier motivo es su responsabilidad. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro, incluidas las limitaciones del plan, la diferencia entre los beneficios de atención preventiva o de detección y los beneficios del procedimiento de diagnóstico y la necesidad de derivaciones o autorizaciones previas. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios, identificar sus responsabilidades financieras y autorizaciones previas antes de su cita en su nombre; sin embargo, esto no constituye una garantía de pago. Le facturaremos a su seguro todos los servicios que proporcionamos; sin embargo, le exigimos que pague cualquier parte de su responsabilidad financiera por la atención médica, incluidos, entre otros, copagos, deducibles o coseguros, antes del servicio. Es posible que ciertos servicios prestados por nuestra oficina, para su beneficio, no estén cubiertos por su plan de seguro. Gastro Health, LLC sugiere que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprender qué servicios no están cubiertos, ya que estos serán su responsabilidad financiera. Tenga en cuenta que si obtiene una póliza del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y recibe un subsidio, pero no paga su prima durante el período de gracia, su atención médica será completamente su responsabilidad financiera. CIERTOS SEGUROS O EMPLEADORES PUEDEN TENER UNA RED ESTRECHA QUE EXCLUYE A SU MÉDICO. SI NUESTROS SERVICIOS SE CONSIDERAN FUERA DE LA RED Y SU PLAN DE BENEFICIOS NO TIENE BENEFICIOS FUERA DE LA RED, ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS. CONSULTE CON SU PLAN ANTES DE SU VISITA.

CARGOS ADMINISTRATIVOS: Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos por cualquier motivo (consulte con el personal del consultorio los cargos específicos que se cobran). No reparar el cheque devuelto puede resultar en una acción legal. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas con menos de 24 horas de anticipación, para visitas al consultorio y 48 horas para procedimientos, puede resultar en una tarifa de acuerdo con las políticas aplicables de la oficina o la instalación. Además, se puede cobrar una tarifa por completar formularios (consulte con el personal del consultorio para conocer las tarifas específicas que se cobran) y copiar registros médicos de acuerdo con las leyes estatales.

PAGO: Gastro Health, LLC se compromete a reducir el desperdicio y la ineficiencia y hacer que nuestro proceso de facturación sea lo más simple posible. Requerimos que proporcione una tarjeta de crédito registrada en nuestro consultorio. Realizamos pagos a través de una aplicación de servicios comerciales segura, compatible con HIPAA y PCI. La seguridad de su información privada es nuestra prioridad. Para su protección, solo los últimos 4 dígitos de su tarjeta aparecerán en el sistema. Procesaremos su pago automáticamente, enviándole un recibo por correo electrónico (si tenemos uno registrado). Su capacidad para disputar los cargos de su compañía de seguros no se verá comprometida. Los pacientes sin seguro o los pacientes que no autorizan que se mantenga una tarjeta de crédito en el archivo para los saldos de la cuenta deberán realizar el pago completo el día de la visita.

SALDOS ABIERTOS: Es posible que tenga saldos pendientes para más de una ubicación dentro de la práctica. Nos reservamos el derecho de cobrar los saldos de cualquier subsidiaria de Gastro Health, LLC. Nota: Los pagos con tarjeta de crédito solo se aceptan en nuestras oficinas o a través de nuestro sitio web y no se procesarán si se envían por correo a nuestra oficina central de facturación. Los pacientes que no cumplan con nuestras políticas financieras pueden ser enviados a cobranzas, incurrir en costos adicionales hasta el 25% del saldo y ser despedidos de nuestra práctica. Los saldos identificados en la cuenta se pueden reembolsar solo durante la última semana del mes.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE: *Al firmar a continuación, entiendo y acepto las políticas financieras de Gastro Health, LLC, incluida la política de tarjeta de crédito registrada. Autorizo el uso de mi tarjeta de crédito para los saldos pendientes solo después de que mi seguro haya procesado mi reclamo, pero no más de seis (6) meses después de mi visita. Doy permiso a Gastro Health, LLC para que aplique pagos a cualquiera de los saldos de sus ubicaciones. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de los servicios que recibo de Gastro Health, LLC. Si no cumplo con mi responsabilidad financiera, entiendo que se me pueden cobrar tarifas adicionales incurridas en el proceso de cobranza, incluso de agencias de cobranza de terceros.*

AUTORIZACIÓN Y FIRMA: He leído este formulario y acepto el uso y la divulgación de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

FIRMA X _____ _____

Firma del individuo o del representante legal autorizado del individuo FECHA

Nombre en letra de molde del representante legal autorizado (si corresponde): _____

Si es representante, especifique la relación/el parentesco con la persona: ☐ Padre/madre del menor de edad ☐ Tutor ☐ Otro_____

FIRMA X _____ _____

Firma del menor de edad FECHA