

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 Neurológicos

☐ Diabetes

☐ Diverticulitis

☐ Dolor de Pecho

☐ Enfermedad Autoinmune

☐ Enfermedad Celiaca

☐ Enfermedad de Crohn

☐ Enfermedades del Hígado

☐ 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

☐ Gastroscoopia

☐ ERCP

☐ Biopsia del Hígado

☐ Enteroscopia:

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

☐ Ecografía Endoscópica

☐ Capsula Endoscópica

☐ Prueba de Estrés

☐ Ecocardiograma

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

PROCEDIMIENTOS ANTERIORES

☐ Ninguno

☐ Cirugía Estética del Abdomen

☐ Apendectomía

☐ Cirugía Bariátrica

☐ Cirugía de Vejiga

☐ Seno

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

☐ Cesárea

☐ Resección de Colon

☐ Colostomía

☐ Derivación Coronaria

☐ Reparación de la Hernia Umbilical

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

☐ Reparación de la Hernia Inguinal

☐ Cirugía de Vesícula Biliar

☐ Cirugía de Hemorroides

☐ Histerectomía

☐ Cirugía de Ovarios

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

☐ Próstata

☐ Estómago

☐ Otro: _____

Cuándo: _____

Cuándo: _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecido/a la edad de						
Diagnósticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipos en el Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer Pancreático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA SOCIAL

Ocupación:

Número de Niños:

Estado Civil:

☐ Soltero☐ Casado☐ Divorciado☐ Separado☐ Viudo

Alcohol☐ Ninguno

	Tipo	Cantidad	Numero
<input type="checkbox"/> Raramente			
<input type="checkbox"/> Menos de 2 días a la semana			
<input type="checkbox"/> Más de 2 días a la semana			
<input type="checkbox"/> Diariamente			
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Cigarrillo				
<input type="checkbox"/> Cigarro				
<input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar				
<input type="checkbox"/> 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

☐ ☐ estreñimiento

☐ ☐ 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

Cuándo: _____

☐ Herpes

Cuándo: _____
- ☐ Hepatitis A

Cuándo: _____

☐ Tétanos

Cuándo: _____
- ☐ Hepatitis B

Cuándo: _____

☐ Otra:

Cuándo: _____
- ☐ Neumonía

Cuándo: _____
- ☐ HPV (Virus de Papiloma Humano)

Cuándo: _____

Política financiera de Gastro Health

A continuación se muestran las políticas financieras de Gastro Health Holdco, LLC, y sus subsidiarios y afiliados (de aquí en adelante referidas colectivamente como Gastro Health); Todas las referencias de avisos a través de este documento se aplicarán igualmente a todas los subsidiarios y afiliados de Gastro Health Holdco, LLC, sus médicos y servicios, los cuales serán referidos colectivamente como "Gastro Health" 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 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 en el consultorio con menos de 24 horas de anticipación, puede resultar en un cargo de \$25. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas para procedimientos con menos de 72 horas de anticipación puede resultar en un cargo de \$75. Nuestra tarifa por completar formularios es de \$25. Hay un cargo por copiar registros médicos de acuerdo con las leyes estatales.

Consentimiento para recibir mensajes de texto de Gastro Health

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL: Doy permiso a Gastro Health, 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 enviarme 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. Doy permiso a Gastro Health 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. 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: _____ / _____ / _____

****"Afiliado" significa cualquier otra entidad o persona que directa o indirectamente, a través de uno o más intermediarios, controle, sea controlada por, o esté bajo control común con, la primera entidad. El término "control" (incluyendo los términos "controlado por" y "bajo control común con") significa el poder directo o indirecto de dirigir o provocar la dirección de la administración y las políticas de una entidad, ya sea mediante la propiedad de valores con derecho a voto, por contrato o de otro modo/la propiedad de más del 50% de los valores con derecho a voto de dicha entidad.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO: El abajo firmante se ha presentado voluntariamente para recibir atención médica y consiente dicha atención y tratamiento, incluyendo cualquier procedimiento y prueba diagnóstica que el/los médico(s), sus asociados, asistentes y otros profesionales de la salud consideren necesarios o apropiados para el diagnóstico. Los procedimientos o exámenes pueden incluir, entre otros, anoscopia, pruebas de aliento, cápsula endoscópica, fibroscan, ligadura de hemorroides, ecografía y tacto rectal. El abajo firmante entiende que se le explicará previamente la naturaleza, el 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 en cuanto al resultado o la curación del tratamiento.

USO DE DATOS ANÓNIMOS: Podemos utilizar datos anónimos derivados de su información médica protegida (PHI) para entrenar, validar, supervisar o mejorar los algoritmos de IA utilizados en las herramientas de planificación de tratamientos. Dicho uso cumplirá con las leyes de privacidad y seguridad aplicables, y no se utilizará información identificable sin su autorización.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: El abajo firmante entiende que tiene derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento y reconoce que dicho Aviso se ha puesto a su disposición. El Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor también se encuentra en la sala de espera.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

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.

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

Para divulgar la siguiente información se requieren sus iniciales:

_____ Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) _____ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

_____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ 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 HOLDCO, 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 HoldCo, LLC sugiere que se comuniquen 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 72 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 HoldCo, LLC se compromete a reducir el desperdicio y la ineficiencia y hacer que nuestro proceso de facturación sea lo más simple posible. 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 deberán realizar el pago total 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 HoldCo, 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 HoldCo, LLC. 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. Do I permito a Gastro Health HoldCo, 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 cumpla 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 _____