

Mid-America Gastro-Intestinal Consultants, P.C.

4321 Washington Medical Plaza III,
Suite 5600 Kansas City, MO 64111

(O) 816-561-2000
(F) 816-931-7559

Formulario de Entrevista de Paciente

Información de Paciente

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo

Masculino Femenina Otro

Etnicidad

Blanco/Caucásico Negro o Africano Americano Asiático Hispano o Latino Indígena Americano o Nativo de Alaska
 Nativo Hawaiano u Otro Isleño Pacífico Mixturado Otro No Conocido Paciente se niega a proveer la información

Lenguaje de Preferencia

Inglés Español Otro: _____

Alergias

Paciente no tiene alergias conocidas Paciente no tiene alergias a medicamentos conocidos

Otro: _____ Otro: _____ Otro: _____ Otro: _____

Medicamento Actual

Ninguna

Nombre	Dosis	¿Como se toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Condiciones Médicas Presentes o Pasadas

Ninguno

Pulmonary

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Bronquitis/Crónica | <input type="radio"/> COPD | <input type="radio"/> Enfisema |
| <input type="radio"/> Embolismo Pulmonar | <input type="radio"/> Alergias Estacionales | <input type="radio"/> Apnea del Sueño/C-pap | <input type="radio"/> Apnea del Sueño/No C-Pap |
| <input type="radio"/> TB Expuesto/Tratado | Otro: _____ | | |

Musculo/Esqueletal

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Dolor de Espalda (crónico) | <input type="radio"/> Fibromialgia | <input type="radio"/> Gota |
| <input type="radio"/> Dolor de Articulación | <input type="radio"/> Osteoartritis | <input type="radio"/> Osteopenia | <input type="radio"/> Osteoporosis |
| Otro: _____ | | | |

Cardiovascular

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> Angina/Dolor de Pecho | <input type="radio"/> Aortica Estenosis | <input type="radio"/> Fibrilación Atrial | <input type="radio"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva |
| <input type="radio"/> Enfermedad Coronaria Cardíaca | <input type="radio"/> Desfibrilador | <input type="radio"/> Endocarditis | <input type="radio"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> MI/Ataque Cardíaco | <input type="radio"/> Marca Pasos | <input type="radio"/> Fiebre Reumática |
| Otro: _____ | | | |

Endocrinología

- | | | | |
|---|---|---|-------------|
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Enfermedad de Tiroides Hipo | <input type="radio"/> Enfermedad de Tiroides - Alta | Otro: _____ |
|---|---|---|-------------|

Ojos

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--|-------------|
| <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Cataractas | <input type="radio"/> Degeneración Macular | Otro: _____ |
|--------------------------------|----------------------------------|--|-------------|

Gastrointestinal

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Esófago Barrett's | <input type="radio"/> Enfermedad Celiaca | <input type="radio"/> Infección C-diff h/o | <input type="radio"/> Cirrosis |
| <input type="radio"/> Pólipos de Colon | <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn's | <input type="radio"/> Diverticulosis | <input type="radio"/> Diverticulitis |
| <input type="radio"/> Hígado Elevado Prueba de Función | <input type="radio"/> Enfermedad de Hígado Con grasa | <input type="radio"/> Vesícula | <input type="radio"/> Pólipos Gástrico |
| <input type="radio"/> Úlcera Gástrica | <input type="radio"/> Gastroparesis | <input type="radio"/> GERD/Reflujo | <input type="radio"/> Sangrado GI |
| <input type="radio"/> Hernia Hiatal | <input type="radio"/> Hemorroides | <input type="radio"/> Hepatitis B | <input type="radio"/> Hepatitis C |
| <input type="radio"/> IBS | <input type="radio"/> Obesidad | <input type="radio"/> Otra enfermedad de hígado | <input type="radio"/> Pancreatitis |
| <input type="radio"/> Colitis Ulcerativa | Otro: _____ | | |

Neurología

- | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Demencia de Alzheimer's | <input type="radio"/> Pérdida de Memoria | <input type="radio"/> Dolor de Cabeza Migraña | <input type="radio"/> Neuropatía |
| <input type="radio"/> Enfermedad de Convulsiones | <input type="radio"/> Derrame Cerebral | <input type="radio"/> TIA | Otro: _____ |

Psiquiátrico

- | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Abuso de Alcohol | <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Enfermedad Bipolar | <input type="radio"/> Depresión |
| <input type="radio"/> Ataques de Pánico | <input type="radio"/> PTSD | <input type="radio"/> Abuso de Substancia | Otro: _____ |

Cáncer

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Cáncer Cervical | <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Cáncer Esófago |
| <input type="radio"/> Cáncer de Hígado | <input type="radio"/> Cáncer de Pulmón | <input type="radio"/> Linfoma | <input type="radio"/> Cáncer de boca/ encías |
| <input type="radio"/> Cáncer de Ovarios | <input type="radio"/> Cáncer Pancreática | <input type="radio"/> Cáncer de Próstata | <input type="radio"/> Cáncer de Piel |
| <input type="radio"/> Cáncer de Intestino Chico | <input type="radio"/> Cáncer de Estomago/ Gástrico | <input type="radio"/> Cáncer de Tiroides | <input type="radio"/> Cáncer Uterino |
| Otro: _____ | | | |

Otro

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Enfermedad de Sangrado | <input type="radio"/> Coágulos Sanguíneos/DVT | <input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica |
| <input type="radio"/> Dificultad para respirar | <input type="radio"/> Endometriosis | <input type="radio"/> Próstata Engrandada (BPH) | <input type="radio"/> VIH |
| <input type="radio"/> Insuficiencia Renal | <input type="radio"/> Deficiencia Inmune | Otro: _____ | |

Procedimientos Previos

Ninguno

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="radio"/> Apendectomía | <input type="radio"/> Cirugía de Espalda - No especificada | <input type="radio"/> Levantamiento de Vejiga | <input type="radio"/> Catarata | <input type="radio"/> Colectomía/ Vesícula |
| <input type="radio"/> Sección de Cacería | <input type="radio"/> Arteria Coronar Injerto de Derivación (CABG) | <input type="radio"/> Colectomía - parcial No especificada | <input type="radio"/> Dilatación y Curetaje (D and C) | <input type="radio"/> Reemplazo Desfibrilador |
| <input type="radio"/> Catéter de Diálisis Reemplazo | <input type="radio"/> Bypass Gástrico - Tipo no Especificado | <input type="radio"/> Stent Cardíaco | <input type="radio"/> Trasplante Cardíaco | <input type="radio"/> Reemplazo de Válvula Cardíaca |
| <input type="radio"/> Hemorroidectomía | <input type="radio"/> Reparación de Hernia - Sitio no Especificado | <input type="radio"/> Reemplazo de Hernia Hiatal | <input type="radio"/> Reemplazo de Cadera | |
| <input type="radio"/> Histerectomía - Abdominal | <input type="radio"/> Histerectomía Trans vaginal | <input type="radio"/> Histerectomía w/ BSO | <input type="radio"/> Cirugía de Rodilla | <input type="radio"/> Reemplazo de Rodilla |
| <input type="radio"/> Mastectomía Pecho Izquierdo | <input type="radio"/> Mastectomía Pecho Derecho | <input type="radio"/> No-reemplazo Cirugía de Coyuntura | <input type="radio"/> Reemplazo de Otra Coyuntura | <input type="radio"/> Injerto de Marca Pasos |
| <input type="radio"/> Prostectomía - Radical | <input type="radio"/> Próstata Radiación/Siembra | <input type="radio"/> Resección de Intestino Chico | <input type="radio"/> Amígdalas y Adenoids | <input type="radio"/> Muelas del Juicio |
| Otro: _____ | | | | |

Estudios/ Pruebas Diagnósticas

- Ninguno
- Colonoscopia Flexible Sigmoidoscopia EGD/Colonoscopia EGD Capsula Endoscopia
- Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____
- Ultrasonido Abdominal Ultrasonido Pélvico CT Abdomen/Pelvis MRI Abdomen/Pelvis Procto
- Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____

Inmunizaciones

- Ninguno
- Vacuna de Influenza Hep A, adulto Hep B, adulto Hep A-Hep B HPV
- Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____
- Meningococo Pneumovax PPD Tdap Varicela
- Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____

Historial Social

Ocupación: _____ Cantidad de Hijos: _____

Estado Civil

- Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
- Unión Civil

Alcohol

- Ninguno
- Diario Semana Mes Raro 7 o menos a la semana
- Mas de 7 por semana Alcohólico Recuperando

Tabaco

- Estado Fumador**
- Actualmente fuma Fumo todos los días Actualmente fuma algunos días Fumador Anterior Nunca
- Fumador, actual estado no conocido No sabe si fue fumador
- Cigarrillos Cigarro Masticar Tabaco Pipa

Uso Drogas

- Ninguno
- Nunca Usa drogas IV actualmente Usa drogas IV en el pasado Usa drogas recreacionales

Ejercicio

- Nada
- 1-3 veces semana Mas de 3 veces por semana Caminar Correr Pesas
- Otro

Caféina

- Nada
- 1-2 por día 3-4 por día mas de 5 veces por día

Historial Médico Familiar

Tiene conocimiento de su historial familiar

Diagnostico	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Abuela Maternal	Abuela Paternal	Abuelo Maternal	Abuelo Paternal	Tia Maternal	Tia Paternal	Tio Maternal	Tio Paternal	Primer Primo
Esófago Barrett's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Celíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Crohn's	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Esófagos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Vesícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Corazón/Ataque cardiaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol Alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Hígado/Enfermedad de Hígado/Cirrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Ovario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer Pancreático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Intestino Chico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Estomago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame Cerebral/TIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis Ulcerosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Uterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revisión de Sistemas

Alergias/Inmunológico

Ninguno
 expuesto al VIH
 Alergias, estacional
 Deficiencia Inmune
 Hepatitis

Cardiovascular

Ninguno
 Dolor de pecho
 disnea/dificultad para respirar con
 ejercicio
 palpitación cardiaca irregular
 palpitaciones
 hinchazón
 insuficiencia cardiaca congestiva

Constitucional

Ninguno
 fatiga
 fiebre
 pérdida de apetito
 sudor
 aumento de peso
 pérdida de peso
 resfriado

ENMT

Ninguno
 dolor de garganta
 pérdida de audición
 ronquera
 limpiar garganta
 formación de mucus en la garganta

Endocrino

Ninguno
 sed excesiva
 pérdida de cabello
 intolerancia a calor

Ojos

Ninguno
 pérdida de Visión
 cataratas
 glaucoma

Gastrointestinal

Ninguno
 dolor abdominal
 hinchazón abdominal
 cambios en hábitos intestinales
 estreñimiento
 diarrea
 gas
 acidez
 nausea
 sangrado rectal
 dolor de estomago
 vomito
 incontinencia fecal
 dificultad para tragar
 dolor rectal
 sangre en heces
 hemorroides

Genitourinario

Ninguno
 infecciones urinarias frecuentes
 orinar frecuente
 hematuria/sangre en orina
 nocturia/orinar de noche
 incontinencia orinaria

Hematológica/Linfática

Ninguno
 hematomas fáciles
 sangrado prolongado
 transfusión de sangre
 anemia/crónica
 anticoagulantes/actualmente

Integumentario

Ninguno
 comezón
 ictericia
 lesión
 erupciones

Musculoesqueletal

Ninguno
 artritis
 dolor/crónico de espalda
 gota
 dolor de articulación
 debilidad de musculo

Neurológico

Ninguno
 mareo
 dolor de Cabeza frecuente
 migraña
 adormecimiento o hormigueo
 ataques
 temblor
 vértigo
 pérdida de memoria

Psiquiátrico

Ninguno
 ansiedad
 depresión
 dificultad para dormir
 nervios
 ataques de pánico

Respiratorio

Ninguno
 asma
 tos
 dificultad para respirar
 sibilancias
 apnea del sueño con c-pap
 apnea del sueño sin c-pap

Farmacia

Nombre: _____

Ubicación: _____

Revisado con

Paciente Padre Guardian No Presentado

Firma

Firma

Fecha

**Mid-America Gastro-Intestinal Consultants P.C.
Saint Lukes GI Diagnostics LLC
Plaza Anesthesia P.C.**

Autorización para Divulgación de Información de Salud

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

*Yo autorizo el uso y divulgación de la información de salud del nombrado arriba como es descrito abajo.
El siguiente individuo u organización está autorizado de hacer divulgación:*

Nombre: Mid-America Gastro-Intestinal Consultants, PC / Saint Lukes GI Diagnostics, LLC / Plaza Anesthesia, PC
Dirección: 4321 Washington
Kansas City, MO 64111

Para proteger su confidencialidad y cumplir con las regulaciones gubernamentales (LRPSM), las organizaciones ante dichas están requeridas obtener autorización de usted para poder dejar mensajes y/o proveer información acerca de su cuidado.

Yo doy mi consentimiento a los médicos y personal de dejar mensajes o hablar sobre mis citas/ programación, tratamiento, cirugías, laboratorio, resultados de radiología, financiero y otra información acerca de mi cuidado como sigue:

- a) ¿En la contestadora de mensajes o correo de voz en mi **teléfono de casa**?
___ **SI:** (Si es si: ___ Breve/ ___ Mensaje Detallado) ___ **NO**
- b) ¿En la contestadora de mensajes o correo de voz en mi **teléfono de trabajo**?
___ **SI:** (Si es si: ___ Breve/ ___ Mensaje Detallado) ___ **NO**
- c) ¿En la contestadora de mensajes o correo de voz en mi **celular**?
___ **SI:** (Si es si: ___ Breve/ ___ Mensaje Detallado) ___ **NO**
- d) ¿Podemos enviar correos de al **correo electrónico** proporcionado?
___ **SI:** (Si es si: ___ Breve/ ___ Mensaje Detallado) ___ **NO**
- e) **Conyugue o representante legal:**

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento. Yo entiendo que si revoqué esta autorización yo debo de hacerlo por escrito y presentar mi autorización por escrito al departamento de manejo de información de salud. Yo entiendo que la revocación no aplicara a mi compañía de aseguranza cuando la ley le autoriza a mi asegurador el derecho de disputar un reclamo bajo mi política. Yo entiendo que esta autorización se expirara dentro de un (1) año. Yo entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Yo me puede negar a firmar esta autorización. No es necesario firmar esta autorización para asegurar tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de ser usada o divulgada, como es proveído en CFR 164-524. Yo entiendo que cualquier divulgación de información tiene el riesgo de Volver a ser divulgación sin autorización y la información puede no ser protegida por leyes federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre divulgaciones de mi información de salud, puedo contactar: (816) 561-2000.

Firma de Paciente o Representate Legal

Firma de Testigo

Fecha:

Fecha:

Por Favor Nota: Esta información ha sido divulgada a usted de archivos confidenciales protegidos de divulgación por el estado y leyes federales. No Habrá más divulgación de información hecha sin autorización específica de liberación del individuo a quien permanece por escrito o como sea permitida por la ley del estado (ORC-3701.243) y ley federal 42 CFR, parte II.

POLÍTICA FINANCIERA & DIVULGACIÓN

Gracias por elegir a Mid-America Gastro-Intestinal Consultants y Saint Luke's - G. I. Diagnostics, LLC para sus necesidades de cuidado de salud. Es nuestra meta hacer los aspectos financieros de su cuidado de salud lo más conveniente y eficiente posible. Por favor lea la siguiente política de facturación para entender sus responsabilidades como paciente.

POLÍTICA DE ASEGURANZA Y PAGO

Nosotros somos proveedores participantes con Medicare y la mayoría de los planes de aseguranza. El paciente debe de saber si el médico y, si aplica, la instalación donde el procedimiento va a ser proporcionado participa con su plan de aseguranza. Si su plan de aseguranza es HMO o EPO y requiere una forma de referencia de su médico de cabecera, es su responsabilidad obtenerla antes de su cita. Es impórtate que usted conozca su costo de bolsillo que no está cubierto por su plan de aseguranza cual incluye deducibles, co-pagos y servicios no cubiertos. Usted será responsable por pago completo de cualquier balance de su cuenta al recibir su Explicación de Beneficios de su compañía de aseguranza o balance de estado de cuenta de nuestra oficina. Co-pagos son pagados al momento del servicio.

MÉTODOS DE PAGO

Nosotros aceptamos pagos por medio de efectivo, cheque o giro postal, VISA, MasterCard o Discover. Habrá un cobro de servicio de \$35.00 por todos los cheques regresados.

PACIENTES DE AUTO-PAGO

Los pacientes serán requeridos pagar los cargos estimados por complete antes de que el procedimiento sea hecho. Visitas de oficina deben de ser pagadas al momento del servicio.

ESTADO DE CUENTA DE BALANCE DEBIDO

Usted recibirá un estado de cuanta detallado sobre cualquier balance restante. Estados de cuanta son enviados cada mes. El balance debe de ser pagado por complete a menos que haya hecho arreglos previamente con nuestra oficina de negocio. Cuentas pasadas serán revisadas para posible procedimiento de colección.

CITAS DE PROCEDIMIENTO – CANCELACIÓN/ REPROGRAMAR

Hacemos todo el esfuerzo posible para acomodar sus necesidades de programación. Es importante estar a tiempo para su procedimiento, llegar temprano como solicitado, y notificarnos en el evento de que haya necesidad de reprogramar su cita. Nosotros reservamos para nuestros pacientes, la cantidad de tiempo necesaria para proveer cuidado de salud de calidad. Por lo tanto, aviso suficiente para cambiar la cita de su procedimiento si es necesario para ofrecer este tiempo a otro paciente.

Nosotros requerimos un mínimo de tres (3) días vigentes antes de su cita programada para cualquier cancelación o necesidad de reprogramar.

CITAS DE PROCEDIMIENTO CANCELADAS/ REPROGRAMACIÓN SIN SUFICIENTE AVISO (3 DÍAS VIGENTES) INCURRIRÁ UN COBRO DE \$100. ESTE COBRO NO ESTÁ CUBIERTO O ES PAGADO POR CUALQUIER COMPAÑÍA DE ASEGURANZA; POR LO TANTO, EL COBRO SERÁ FACTURADO DIRECTAMENTE AL PACIENTE.

DEDUCIBLES

La oficina de negocio lo contactara cuando haya recibido beneficios verificados con su plan de aseguranza. Cantidad de deducible son la responsabilidad del paciente. Pago por avanzado es requerido en citas de procedimiento.

PRE-CERTIFICACIÓN

Usted contactara su compañía de aseguranza para obtener pre-certificación en procedimientos programados por nuestra oficina. Pre-certificación no garantiza cobertura y/o pago por su plan de aseguranza. Es su responsabilidad conocer a que extenso de cobertura por servicios proporcionados por nuestra oficina.

PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN

Si su procedimiento es hecho por nuestro centro de endoscopia, usted recibirá dos facturas; una por los servicios profesionales del médico y otra por las cuotas de la instalación. La cuota del profesional será facturada por Mid-America Gastro-Intestinal Consultants y reflexionará los servicios proporcionados por el médico. La cuota de la instalación será facturada por Saint Luke's - G. I. Diagnostics, LLC.

Usted recibirá un estado de cuenta de Plaza Anesthesia. Esta compañía facture por los servicios de anesthesia proveidos durante su procedimiento.

Cualquier patología hecha durante su procedimiento será facturada por la entidad que proporciono el servicio

PROPIEDAD

Saint Lukes - GI Diagnostics, LLC es por la mayoría propiedad del Hospital Saint Luke's, en parte con Mark J. Allen, MD y J. Edward McCullough, MD. Plaza Anesthesia es actualmente propiedad y operada por Mark J. Allen, MD y J. Edward McCullough, MD. Si usted tiene alguna preocupación sobre su referencia al centro, arreglos pueden ser hechos para programar su evaluación en un sitio alternativa.

Yo he leído, y comprendo y acepto la política financiera y divulgación arriba.

Nombre de Paciente

Fecha