



## Entrevista del Forma

### Información al Paciente

---

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

MRN: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Notas: \_\_\_\_\_

#### Casta

- |   |   |                                |  |  |
|---|---|--------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Blanco / Caucásico                          | <input type="radio"/> Negros o Afroamericanos | <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Hispanos o Latinos | <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska           |
| <input type="radio"/> Nativo de Hawái o de otra Isla del Pacífico | <input type="radio"/> Mixto                   | <input type="radio"/> Otras    | <input type="radio"/> Desconocido        | <input type="radio"/> Paciente se niega a proporcionar información |

#### Raza

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Hispanos o Latinos | <input type="radio"/> No Hispanos o Latinos | <input type="radio"/> Paciente se niega a proporcionar información |
|--|---|--|

#### Genero

- |                                 |                                |                             |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Otras |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|

#### Idioma Preferido

- |                              |                               |                                    |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Inglés | <input type="radio"/> Español | <input type="radio"/> Otras: _____ |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|

#### Póngase en Contacto Con Preferencia

- |                             |                                      |   |                                    |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Carta | <input type="radio"/> Teléfono Móvil | <input type="radio"/> Teléfono de la Casa | <input type="radio"/> Otras: _____ |
|-----------------------------|--------------------------------------|---|------------------------------------|

#### Alergias

---

- |  |   |   |                                  |                                 |
|--|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias conocidas | <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias a medicamentos conocidas |   |                                  |                                 |
| <input type="radio"/> Codina Sulfato                       | <input type="radio"/> Penicillins   | <input type="radio"/> Solfa (Antibióticos de Sulfonamida) | <input type="radio"/> Otra _____ | <input type="radio"/> Anestesia |

#### Medicamentos Actuales

---

- Ninguno

Nombre del Fármaco	Dosis	Cómo tomar?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



## Vacunas

- Ninguno  
 Hep A, adulto       Hep B, adulto

## Diagnostico Exstudios - Pruebas

- Ninguno

## Condiciones Medicas Pasadas o Presentes

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ninguno                            |   |  |  |  |
| <input type="radio"/> Anemia                             | <input type="radio"/> Cirrosis                        | <input type="radio"/> Colitis                  | <input type="radio"/> Cáncer de Colon                | <input type="radio"/> Pólipos el Colon                 |
| <input type="radio"/> Enfermedad de Crohn                | <input type="radio"/> Pancreatitis                    | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus        | <input type="radio"/> Diverticulitis                 | <input type="radio"/> Divertículos                     |
| <input type="radio"/> Úlcera Duodenal                    | <input type="radio"/> Hígado Graso                    | <input type="radio"/> Los cálculos biliares    | <input type="radio"/> Hepatitis                      | <input type="radio"/> Hepatitis B                      |
| <input type="radio"/> Hepatitis C                        | <input type="radio"/> Hernia Hiatal                   | <input type="radio"/> IBS                      | <input type="radio"/> Intolerancia de Lactosa        | <input type="radio"/> Piedras en los riñones           |
| <input type="radio"/> Glaucoma                           | <input type="radio"/> Úlcera de Estómago              | <input type="radio"/> Colitis Ulcerosa         | <input type="radio"/> Asma                           | <input type="radio"/> Fibrilación Auricular            |
| <input type="radio"/> Dolor de Espalda (crónico)         | <input type="radio"/> Cáncer de Mama                  | <input type="radio"/> Cáncer de Piel           | <input type="radio"/> La Enfermedad Pulmonar Crónica | <input type="radio"/> La Insuficiencia Cardíaca Conges |
| <input type="radio"/> Depresión                          | <input type="radio"/> Enfisema                        | <input type="radio"/> Carrera                  | <input type="radio"/> Lupus                          | <input type="radio"/> Gota                             |
| <input type="radio"/> Ataque del Corazón                 | <input type="radio"/> Soplos del Corazón              | <input type="radio"/> Hipotensión              | <input type="radio"/> High Colesterol                | <input type="radio"/> High Triglicéridos               |
| <input type="radio"/> La Historia de Intento de Suicidio | <input type="radio"/> Latidos Irregulares del Corazón | <input type="radio"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal            | <input type="radio"/> TB exposición                    |
| <input type="radio"/> Migrañas                           | <input type="radio"/> Osteoartritis                   | <input type="radio"/> Parálisis                | <input type="radio"/> Parkinsons                     | <input type="radio"/> Neumonía                         |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumática                   | <input type="radio"/> Artritis Reumatoide             | <input type="radio"/> Convulsiones             | <input type="radio"/> Cáncer Uterina                 | <input type="radio"/> Apnea del Sueño                  |
| <input type="radio"/> Trastorno de la Tiroides           |   | <input type="radio"/> Otras _____              |  |  |

## Procedimientos Anteriores

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="radio"/> Ninguno                      |  |  |   |  |
| <input type="radio"/> Colonoscopia                 | <input type="radio"/> EGD              | <input type="radio"/> La Adenoidectomia    | <input type="radio"/> Sección C                           | <input type="radio"/> Cirugía Cardíaca |
| <input type="radio"/> Extirpado la Vesícula Biliar | <input type="radio"/> Histerectomía    | <input type="radio"/> Articulación Cirugía | <input type="radio"/> Prostatectomia                      | <input type="radio"/> Tiroidectomía    |
| <input type="radio"/> Amigdalotomía                | <input type="radio"/> Marcapasos       | <input type="radio"/> Nefrectomía          | <input type="radio"/> Bypass Gástrico                     | <input type="radio"/> Banda Gástrica   |
| <input type="radio"/> Aumento de Senos             | <input type="radio"/> Biopsia Hepática | <input type="radio"/> Hemorroidectomia     | <input type="radio"/> Arteria Coronaria Cirugía de Bypass |  |



## Historia Social

---

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de Niños: \_\_\_\_\_

### Estado Civil

Solo                       Casado                       Divorciado                       Apartado                       Viudo

### Alcohol

Ninguno

Tipo	Cantidad	Número	Frecuencia

### Tabaco

Fumar Estado                       Cada día Fumador Actual                       Cierta día Fumador Actual                       Ex Fumador                       Nunca Fumador

Fumador Desconocen Su Estado Actual                       No se Sabe si ha Fumado Alguna Vez

### El Uso de Drogas

Ninguno

Tipo	Cantidad	Número	Frecuencia
<input type="radio"/> Narcóticos			
<input type="radio"/> Otras			

### Ejercer

Ninguno

Camino                       Corro                       Yo Bicicleta                       Yo Golf                       Tenis

Levantar Pesas                       Nado                       Hago Ejercicios Aeróbicos



## Historial Médico Familiar

No se Requieren Conocimientos de Historia Familiar

Sin Antecedentes Familiares de

Cáncer de Colon

Los Pólipos

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Abuela	Abuelo	Otras	Desconocido
<b>Diagnóstico</b>										
Cáncer de Colon	<input type="radio"/>									
Los Pólipos de Colon	<input type="radio"/>									
Colitis Ulcerosa, no especificado	<input type="radio"/>									
Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/>									
Diabetes	<input type="radio"/>									
Cáncer, especificar _____	<input type="radio"/>									
El Cáncer de Esófago	<input type="radio"/>									
Función de la Vesícula Biliar Deteriorada	<input type="radio"/>									
Problemas del Corazón	<input type="radio"/>									
Cáncer de Hígado	<input type="radio"/>									
Enfermedad Hepática	<input type="radio"/>									
Enfermedades del Páncreas / Cáncer	<input type="radio"/>									
Cáncer de Estómago	<input type="radio"/>									
Úlcera de Enfermedades	<input type="radio"/>									
Síndrome del Intestino Irritable	<input type="radio"/>									

## Revisión de los Sistemas de

Inmunológica - alérgica			Gastrointestinal			Integumentario		
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No
Exposición al VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hinchazón abdominal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	alergias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
las infecciones persistentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	cambio en los hábitos intestinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sequedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
una fuerte reacción alérgica o urticaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	urticaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	picação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Cardiovascular</b>			Gas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	Si	No	Acidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lesiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ictericia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	erupciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
disnea con el ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Náusea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Latido del corazón irregular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sangrado rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Musculo esquelético</b>		
ortopnea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	calambres en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	Si	No



# Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.  
Manuel F. Bustamante, M.D.  
William Gonzalez, PA-C  
Karina Hooper, PA-C

palpitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vómitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edema periférico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sincope	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dispepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Constitucional</b>			dolor abdominal superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	deformidad de la articulación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>	dolor abdominal inferior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor en las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor en el recto anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	debilidad muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fatiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eructos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	rigidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	heces negras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Neurológico</b>		
pérdida de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hinchazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>
malestar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	intolerancia láctea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sudores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	desmayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
el aumento de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	moco en las heces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolores de cabeza frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la pérdida de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dolor con la defecación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ENMT</b>			urgencia rectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	entumecimiento u hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>	Reflujo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dificultad para tragar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	suciedad incontinencia fecal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	temblores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pérdida de peso inferior a 10 libras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	vértigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dolor de oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pérdida de peso de 10 libras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	pérdida de la memoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
obstrucción nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aumento de peso menor de 10 libra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Psiquiátrico</b>		
hemorragias nasales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	aumento de peso más de 10 libras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>
dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Genitourinario</b>			ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pérdida de la audición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>	depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Endocrino</b>			orina oscura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	dificultad para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>	disminución del flujo de orina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	alucinaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sed excesiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Disuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
la pérdida de cabello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	frecuentes infecciones urinarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ataques de pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
intolerancia al calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	micción frecuente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	paranoia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ojos</b>			Hematuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Reparadora</b>		
<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>	Impotencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>
visión doble	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nocturia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pérdida de la visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	secreción uretral o incontinencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	disnea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fotofobia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Hematológica/Linfático</b>			esputo excesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/> Ninguno	<b>Si</b>	<b>No</b>	tos con sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			sangrado de las encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	falta de aliento con el ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Nodos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	sibilancias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			moretones con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			sangrado prolongado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

FARMACIA \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_



# Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.  
Manuel F. Bustamante, M.D.  
William Gonzalez, PA-C  
Karina Hooper, PA-C

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos

Nombre

Segundo Nombre

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segunda Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil:  C  S  V  D, Sex:  M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Segundo Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Para casos de emergencia, liste una persona, relación y un número de teléfono diferente a los ya listados arriba:

\_\_\_\_\_

Doctor que lo refiere: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_

Seguro de Salud Primario: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud Secundario: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_



# Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.  
Manuel F. Bustamante, M.D.  
William Gonzalez, PA-C  
Karina Hooper, PA-C

## SEGURO MEDICO:

Esta era de diferentes pólizas de seguro médico, nuestro personal de la oficina puede no conocer los términos de su póliza individual. Por favor, revise la información de su póliza o verifique con su representante de seguro médico si es que usted no está seguro de que los servicios ofrecidos por Gastroenterology Specialist of Southwest Florida, P.A. están cubiertos por su póliza. **Es su responsabilidad conocer si el/los procedimientos programados necesitan ser pre-certificados. Si esto no ha sido hecho, asegúrese de llamar a su agencia de seguros.** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Si su plan de seguro es cancelado después que hemos verificado su cobertura o si su empleador termina su cobertura retroactivamente, **USTED SERA RESPONSABLE DEL EL BALANCE ADEUDADO.** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

## PAGO:

A menos que un previo arreglo de pago haya sido aprobado por nosotros por escrito, el balance debe ser pagado cuando los servicios sean prestados. Si los servicios no son pagados dentro de treinta días de haber sido prestados, se aplicara un cargo de penalidad por mora. Su responsabilidad será pagar la cantidad que aparece en su estado de cuenta en la sección que dice "Pay this amount" (Pague esta cantidad).

Nos reservamos el derecho de imponer cargos adicionales en que incurramos al hacer diligencias para cobro o colección de dinero. Para su conveniencia, aceptamos la mayoría de las tarjetas VISA, MasterCard, Discovery así como también tarjetas de débito y cheques personales. Hay una penalidad de \$15.00 (quince) dólares por cualquier cheque devuelto o no pagado por su banco. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

Si fuese necesario, podríamos ofrecerle un plan de pago a plazos para su conveniencia. Mediante este documento usted nos autoriza a reportar su estado de cuenta con nosotros a cualquier agencia de colección o crédito si la cantidad acordada en el pago a plazos no es pagada cada mes. Usted entiende que si su cuenta es sometida a un abogado o agencia de colecciones o resulta en un litigio en corte, el hecho de que usted haya recibido servicios médicos en nuestra oficina puede llegar a convertirse en asunto de record público. De igual manera, el incumplimiento de pagos puede comprometer la continuidad en la prestación de servicios médicos a usted por parte de Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A.

## CITAS MÉDICAS:

**Si usted no es capaz de asistir a una cita, por favor avísenos con 24 horas de anticipación. De no hacerlo, se le aplicara una penalidad de \$60.00 (sesenta) dólares a su balance. SU seguro no cubrirá esta penalidad y usted será responsable por ella.** \_\_\_\_\_ (Iniciales)

## EXPEDIENTES MEDICOS:

La transferencia de expedientes médicos debe ser solicitada por escrito junto con un formulario de consentimiento que nos autoriza a divulgar o a obtener información médica con respecto a usted.

Usted entiende y está de acuerdo con todos los términos y condiciones contenidas en este documento y este acuerdo se hará efectivo en la fecha indicada abajo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Persona responsable: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CONFORME LA LEY HIPAA

Con mi consentimiento, Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. ("la práctica") puede utilizar y revelar o compartir mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), con el propósito de llevar a cabo tratamiento, cobros/pagos y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud (TPO, por sus siglas en inglés).

Tengo el derecho de revisar la declaración sobre las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. La práctica se reserva el derecho de revisar su declaración de prácticas de privacidad en cualquier momento. Una copia de la declaración de prácticas de privacidad puede ser obtenida al pedirlo por escrito a la práctica, enviando dicha petición a la dirección listada en este formulario.

Con mi consentimiento, la práctica puede llamar a mi casa u otra localidad designada, y dejar un mensaje de voz con respecto a cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo gestiones TPO, tales como recordatorios de citas, artículos relacionados a seguros de salud y cualquier llamada relacionada a mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. Con mi consentimiento, la práctica puede enviar a mi casa o cualquier otra localidad designada, ya sea por correo regular o vía correo electrónico, cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo gestiones TPO, tales como recordatorios de citas, estados de cuenta y otros.

Yo tengo el derecho de pedirle a la práctica que restrinja el modo en que utiliza mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en Inglés) para llevar a cabo gestiones TPO (tratamientos, pagos/cobros y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud). No obstante, la práctica no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones impuestas por mí, pero si lo estuviese, estará sujeta a este acuerdo.

Al firmar este documento, yo consiento al uso y revelación de mi información de salud protegida, por parte de la práctica, para llevar a cabo gestiones TPO. Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la situación en que la práctica ya haya revelado o compartido mi información, basándose en mi consentimiento previo. Si decido no firmar esta hoja de consentimiento, la práctica tiene el derecho de negarse a tratarme.

Deseo permitir acceso a mi expediente médico a las siguientes personas:

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

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

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



## PERMISO PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MEDICOS A OTRA ENTIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de este documento, autorizo a Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. a revelar o divulgar la siguiente información de salud protegida a:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información médica a ser divulgada:

\_\_\_\_\_ Notas de visitas medicas (por favor, especifique las fechas)  
\_\_\_\_\_ Resultados de exámenes y pruebas (especifique)

Esta autorización será efectiva hasta \_\_\_\_\_, pero no más de un año a partir de la fecha en que se firme este documento, momento en el cual esta autorización para usar o divulgar información de salud protegida expira.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando por escrito una notificación al oficial de prácticas de privacidad a la dirección, 1656 Medical Blvd., Suite 301, Naples, FL, 34110. Yo entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. se haya basado en esta autorización para la divulgación de información de salud protegida.

Yo entiendo que la información usada o divulgada, referente a esta autorización, puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el que la recibe, y puede ya no estar protegida por las leyes federales o estatales.

Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. no condicionará mi tratamiento, pagos, inscripción en un seguro de salud o elegibilidad para beneficios basado en si proveo autorización para el uso o divulgación de la información aquí pedida.

Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante, en letra de molde Firma

\_\_\_\_\_  
Si es Representante, relación con el Paciente Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

**\* If you have any questions regarding this authorization to release medical records form in Spanish, do not hesitate to call our practice.**



## PERMISO PARA QUE OTRA ENTIDAD DIVULGUE EXPEDIENTES MEDICOS

Autorización para divulgar o revelar información de salud protegida por otra entidad cubierta, para uso por parte de "Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A." de:

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Información médica a ser divulgada:

\_\_\_\_\_ Notas de visitas medicas (por favor, especifique las fechas)

\_\_\_\_\_ Resultados de exámenes y pruebas (especifique)

Esta autorización será efectiva hasta \_\_\_\_\_, pero no más de un año a partir de la fecha en que se firme este documento, momento en el cual esta autorización para usar o divulgar información de salud protegida expira.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando por escrito una notificación al oficial de prácticas de privacidad a la dirección, 1656 Medical Blvd., Suite 301, Naples, FL, 34110.

Yo entiendo que la información usada o divulgada, referente a esta autorización, puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por el que la recibe, y puede ya no estar protegida por las leyes federales o estatales.

Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante, en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Si es Representante, relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\* If you have any questions regarding this authorization to release medical records form in Spanish, do not hesitate to call our practice.