



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)



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

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: _____



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

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 ingles), con el propósito de llevar a cabo tratamiento, cobros/pagos y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud (TPO, por sus siglas en ingles).

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 Ingles) 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: _____



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

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.**



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

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 "Gastroenterolgy 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.**