



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: _____