

Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcf.com

TO OUR PATIENTS: Welcome to our practice! If you have any questions, please ask us for assistance. Thank you.

DIGESTIVE AND LIVER CENTER OF FLORIDA

Today's Date: _____

Last Name _____ First Name _____ Middle Name _____

Date of Birth: _____ Social Security # _____

Mailing Address _____ City _____ State/Zip _____

Marital Status Single Married Partner Spouse or Partner's Name (if applicable) _____

Sex Male Female Are You Visually Impaired Hearing Impaired

Primary Language _____ **Race/Ethnicity** _____

REASON FOR VISIT: Please describe the problem that prompted your visit _____

Date of last Colonoscopy? _____

Please list any lab tests, procedures or X-ray/radiology studies performed (e.g. by another physician or ER visit), that may relate to your current problem: _____

MEDICATIONS: Please list all prescribed OR over-the-counter medications/supplements (including vitamins and herbal compounds) prescribed or taken. Please include the dose and frequency.

Allergies to Medications: _____

Other Allergies: _____

Any problems with iodine or intravenous contrast (dye)? YES NO Novocain? YES NO

Have you ever experienced any problems with anesthesia? YES NO Explanation: _____

SURGICAL HISTORY: Please list ANY operations/surgical procedures performed in the past? LIST YEAR & TYPE OF SURGERY

HOSPITALIZATIONS: Please list any medical illnesses that required hospitalization (other than for surgery or childbirth)

Do you currently use tobacco products? _____ How many years have use used tobacco products? _____

Have you previously used tobacco products in the past and stopped? _____

Alcohol – How many drinks per day _____ Per Week _____ Per Month _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcf.com

A NUESTROS PACIENTES: Bienvenidos a nuestro centro. Si tiene algunapregunta, pida ayuda. Gracias.

DIGESTIVE AND LIVER CENTER OF FLORIDA

Fecha de hoy: _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____ # de Seguro Social _____

Mailing Address _____ City _____ State/Zip _____

Marital Status Soltero Casado En pareja Nombre del cónyuge o pareja (si corresponde) _____

Sex Masculino Femenino Sufre de Incapacidad visual Incapacidad auditiva

Idioma Primario _____ **Raza / Origen Étnico** _____

RAZÓN DE LA VISITA: Describa el problema por el que nos visita _____

¿Fecha de última colonoscopia? _____

Detalle cualquier otro análisis de laboratorio, procedimientos o rayos X/estudios radiológicos realizados (por ej., por otro médico o visita a la sala de emergencia (ER), que se puedan relacionar con su problema actual: _____

MEDICACIÓN: Detalle todos los medicamentos/suplementos recetados O de venta libre (incluidas vitaminas y compuestos herbales) recetados o tomados recientemente. Incluya la dosis y la frecuencia de cada medicamento detallado.

Alergias a medicamentos: _____

Otras alergias: _____

¿Algún problema con yodo o contraste intravenoso (tinte)? Sí NO ¿Novocaína? Sí NO

¿Ha tenido algún problema con la anestesia? Sí NO Explicación: _____

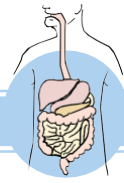
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Detalle CUALQUIER operación/procedimiento quirúrgico realizado en el pasado. DETALLE EL AÑO Y EL TIPO DE CIRUGÍA

HOSPITALIZACIONES: Detalle toda enfermedad médica que haya requerido hospitalización (aparte de cirugías o partos)

¿Actualmente usa productos de tabaco? _____ ¿Cuántos años usó productos de tabaco? _____

¿Usó previamente productos de tabaco en el pasado y los dejó? _____

Alcohol: ¿cuántos tragos por día? _____ ¿por semana? _____ ¿por mes? _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcfl.com

Patient Last Name _____ First Name _____ MI _____

Preferred Pharmacy _____ Address _____ Phone _____

Primary Care Physician _____ Phone _____

Who referred you to our office? _____ Phone _____

Other physicians involved in care _____

Preferred method of Contact: Home Phone _____ Work Phone _____

Cell Phone _____

The following information will assist us in communicating with you about your care while protecting your confidentiality. When we return calls and an answering machine picks up, we do not leave a message if the name of the telephone number is not on the recorded message to identify the residence. Information will also not be left with an unauthorized person who may answer the telephone. Please note that based on our Notice of Privacy Practices appointment reminders will be made through our Digestive and Liver Center automated system.

May we speak with any other person other than you regarding medical and insurance or financial information? Yes No

If yes, please list name and phone numbers below

_____ Phone _____ Relationship to patient _____

_____ Phone _____ Relationship to patient _____

Emergency Contact _____ Phone # _____ Relationship _____

Office Use Only

Account # _____ Forms Reviewed _____ Forms Scanned _____



Digestive and Liver Center of Florida
407-384-7388 • www.dlcfl.com

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Farmacia de su preferencia _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Médico de atención primaria _____ Tel. _____

¿Quién lo derive a nuestra oficina? _____ Tel. _____

Otros médicos que participan de la atención _____

Método preferido de contacto: Teléfono de su hogar _____ Teléfono de su trabajo _____
Teléfono celular _____

La siguiente información nos ayudará a comunicarnos con usted sobre su atención mientras protegemos su confidencialidad. Cuando devolvemos llamadas y nos atiende una máquina contestadora, no dejamos mensajes si en el mensaje no está grabado el nombre del número de teléfono para identificar la residencia. Tampoco dejaremos información con personas no autorizadas que puedan atender el teléfono. Tenga en cuenta que conforme a nuestras Prácticas de Aviso de Privacidad, los recordatorios de las citas se harán a través de nuestro sistema automatizado de Digestive and Liver Center.

¿Podemos hablar con alguna otra persona sobre su información médica? Sí No

De ser así, detalle a continuación el nombre y número de teléfono

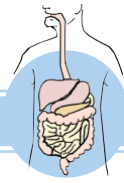
_____ Teléfono _____ Relación con el paciente _____

_____ Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Exclusivamente para uso de la oficina

Cuenta n. ° _____ Formularios revisados _____ Formularios escaneados _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcfl.com

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Name of Primary Insurance _____

Address _____

Insurance ID#: _____ Group # _____

Subscriber Name (whose job provides plan?): _____

Do you have a secondary insurance plan? Yes No

SECONDARY INSURANCE

Name of Secondary Insurance _____

Address _____

Insurance ID#: _____ Group # _____

Subscriber Name (whose job provides plan?): _____

Please provide a copy of your insurance cards to the front desk staff

CONSENT FOR TREATMENT

You agree to permit your protected health information to be used and disclosed for purposes of treatment, payment, and health care operations. We reserve the right to change our privacy policies described in the Privacy Notice. You have the right to request that we restrict how your protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations. You have the right to revoke your consent in writing.

I have read and agree to the information above.

Patient or Responsible Party Signature

Date

Relationship to Patient

Reason why patient cannot Sign

Print Name Primary

Phone Number

Office Use Only

Insurance information added and verified _____ Insurance card scanned into system _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcfl.com

Nombre del seguro principal _____

Domicilio _____

N.º de identificación del seguro: _____ N.º de grupo _____

Nombre del suscriptor (cuyo trabajo proporciona el plan): _____

¿Tiene un plan de seguro secundario? Sí No

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro secundario _____

Domicilio _____

N.º de identificación del seguro: _____ N.º de grupo _____

Nombre del suscriptor (cuyo trabajo proporciona el plan): _____

Por favor, entregue una copia de las tarjetas de su seguro al personal de recepción

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Usted acepta permitir que su información de salud protegida sea usada y divulgada para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras políticas de privacidad descritas en el Aviso de Privacidad. Puede llamarnos para recibir un aviso actualizado. Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en la que usamos o divulgamos su información de salud protegida para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud. Tiene derecho a revocar su consentimiento por escrito.

He leído y acepto la información anterior.

Firma del paciente o de la persona responsable

Fecha

Relación con el paciente

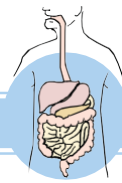
Razón por la que el paciente no puede firmar

Nombre del principal en letra de molde

Número de teléfono

Exclusivamente para uso de la oficina

Información de seguro agregada y verificada _____ Tarjeta de seguro escaneada en el sistema _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcfl.com

Have you ever been diagnosed with any of the following? If yes please check any that applies.

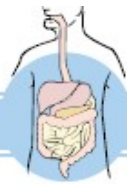
SYSTEM	NO	YES	SYSTEM	NO	YES	SYSTEM	NO	YES
GASTROINTESTINAL			RESPIRATORY			SKIN		
Diarrhea			Asthma			Rash		
Constipation			Pneumonia			Bruises		
Rectal Bleeding			Bronchitis			OPHTHALMIC		
Change In Bowel Movements			Chronic Cough			Cataracts		
Weight Loss			Hoarseness			Glaucoma		
Polyps			Tracheostomy			Blindness		
Irritable Bowel			GENITOURINARY			EAR, NOSE OR THROAT		
Crohn's Disease			Kidney Disease			Loose Teeth		
Ulcerative Colitis			Frequent Urine Infections			Nosebleed		
Trouble Swallowing			ENDOCRINE/ METABOLIC			Deafness		
Nausea/Vomiting			Diabetes			PSYCHOSOCIAL		
Heartburn			Thyroid Disorder			Alcoholism		
Abdominal Pain			NEUROLOGIC			Substance Abuse		
HEPATIC			Seizures			Depression		
Liver Disease			Weakness			Anxiety Disorder		
Hepatitis			Migraines			BREAST		
Pancreatitis			Previous Stroke			Lumps		
CARDIAC			MUSCULOSKELETAL			Cancer		
High Blood Pressure			Muscle Disease					
Low Blood Pressure			Arthritis					
Irregular Heartbeat			Neck Pain					
Chest Pain			Back Pain					
			Blood Disorder					

Please list any symptom or Disease not listed above: _____

Please give additional details on any boxes checked yes above: _____

Signature: _____ **Date:** _____

If the person completing this form is not the patient, please give name and relationship: _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcfl.com

¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, marque las que correspondan.

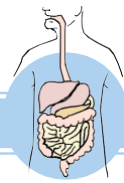
SISTEMA	NO	SI	SISTEMA	NO	SI	SISTEMA	NO	SI
GASTROINTESTINAL			RESPIRATORIO			PIEL		
Diarrea			Asma			Sarpullido		
Constipación			Neumonía			Moretones		
Rectorragia			Bronquitis			OCULAR		
Cambio en el mov. intestinal			Tos crónica			Cataratas		
Pérdida de peso			Ronquera			Glaucoma		
Pólipos			Traqueotomía			Ceguera		
Colon irritable			GENITOURINARIO			OÍDO, NARIZ O GARGANTA		
Enfermedad de Crohn			Deficiencia renal			Dientes flojos		
Colitis ulcerosa			Infecciones urinarias frecuentes			Sangrado de la nariz		
Problemas para tragar			ENDÓCRINO/METABÓLICO			Sordera		
Nauseas/Vómitos			Diabetes			PSICOSOCIAL		
Acidez			Desórdenes de la tiroides			Alcoholismo		
Dolor abdominal			NEUROLÓGICO			Abuso de sustancias		
HEPÁTICO			Convulsiones			Depresión		
Enfermedad del hígado			Debilidad			Desordenes de ansiedad		
Hepatitis			Migrañas			PECHOS		
Pancreatitis			Derrame cerebral previo			Nódulos		
CARDÍACO			MUSCULOESQUELÉTICO			Cáncer		
Presión sanguínea alta			Enfermedad muscular					
Presión sanguínea baja			Artritis					
Pulso irregular			Dolor de cuello					
Dolor en el pecho			Dolor de espalda					
			Desorden sanguíneo					

Detalle cualquier síntoma o enfermedad que no esté detallada arriba: _____

Brinde más detalles sobre cualquier casillero de la tabla anterior donde haya marcado "Sí": _____

Firma: _____ Fecha: _____

Si la persona que completa este formulario no es el paciente, brinde el nombre y relación: _____



BOWEL SYMPTOM QUESTIONNAIRE

Name: _____ Date of Birth: _____

Doctor: _____ Phone #: _____

Which symptoms best describe you? Check all that apply.

- Accidental loss or leakage of stool—sometimes unable to make it to the bathroom in time.
- Bowel accidents while unaware - no warning and/or while asleep.
- Frequent, loose, watery stools.
- Sudden or strong urge to go to the bathroom.
- Bowel accidents when passing gas.
- No bowel problems (if checked, please discontinue questionnaire)

How long have you had these symptoms? _____

Approximately how many bowel incidents do you have per week? _____

Have you tried medications to help your symptoms?

- Yes No

On a scale of 0 to 10, with 0 being no symptom relief and 10 being complete symptom relief, how much symptom relief have these medications provided for you? Circle number.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*No
Relief*

*Complete
Symptom Relief*

Behavior modifications tried? _____

(e.g., lifestyle changes, fiber, diet changes, physical therapy)

On a scale of 0 to 10, with 0 being no frustration at all and 10 being extremely frustrated, what is your level of frustration with your bowel control symptoms? Circle a number.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

*Not
Frustrated*

*Very
Frustrated*

Are you interested in learning more about additional treatment alternatives to bowel medications?

- Yes No



CUESTIONARIO SOBRE SÍNTOMA DE INTESTINO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

¿Qué síntomas lo describen mejor? Marque todos los que correspondan.

- Incontinencia o pérdida accidental de deposiciones; en ocasiones no puede llegar al baño a tiempo.
- Accidentes intestinales inconscientes: sin aviso y/o mientras duerme.
- Deposiciones frecuentes, acuosas, blandas.
- Necesidad repentina o fuerte de ir al baño.
- Accidentes intestinales cuando tiene gases.
- No tengo problemas de intestino (si lo marca, discontinúe el cuestionario)

¿Cuánto tiempo tuvo estos síntomas? _____

Aproximadamente ¿cuántos incidentes intestinales tiene por semana? _____

¿Probó medicamentos para aliviar sus síntomas?

- Sí No

En una escala de 0 a 10, donde 0 indica ningún alivio de los síntomas y 10, completo alivio de los síntomas, ¿cuánto alivio de los síntomas le proporcionaron estos medicamentos? Encierre en un círculo el número que corresponda.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Ningún
alivio**

**Completo
alivio de los síntomas**

¿Modificaciones de conductas que probó? _____

(por ej., cambios de estilo de vida, fibra, cambios en su dieta, terapia física)

En una escala de 0 a 10, donde 0 indica no frustrado y 10 extremadamente frustrado, ¿cuál es su nivel de frustración con sus síntomas de control de intestinos? Encierre en un círculo el número que corresponda.

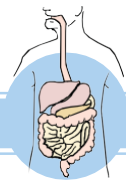
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**No
Frustrado**

**Muy
Frustrado**

¿Le interesa aprender más sobre alternativas de tratamientos adicionales para los medicamentos para intestinos?

- Sí No



ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES

I understand that as part of my healthcare, this organization originates and maintains health records describing my health history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and any plans for future care or treatment. I understand that this information serves as:

- a basis for planning my care and treatment.
- a means of communication among the many health professionals who contribute to my care.
- a source of information for applying my diagnosis and surgical information to my bill.
- a mean by which a third-party payer can verify that services billed were actually provided.
- and a tool for routine healthcare operations such as assessing quality and reviewing the competence of healthcare professionals.

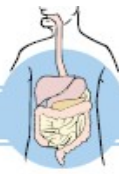
I have been provided with a Notice of Privacy Practices that gives a more complete description of information uses and disclosures as well as a description of my privacy rights. I understand that I can review the notice prior to signing this acknowledgement.

Patient Name: _____
(Please Print)

Signature of Patient or Legal Representative

Witness

Date: _____



RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Comprendo que como parte de la atención de mi salud, esta organización da origen y mantiene registros de salud que describen mi historia de salud, síntomas, resultados de análisis y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuro. Comprendo que esta información sirve como:

- base para planificar mi atención y tratamiento.
- un medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen con mi atención.
- una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- un medio por el cual un pagador independiente puede verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados.
- y una herramienta para operaciones de la atención médica de rutina tales como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la atención de la salud.

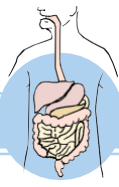
He recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad que otorga una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información como así también una descripción de mis derechos de privacidad. Comprendo que puedo revisar el aviso antes de firmar este reconocimiento.

Nombre del paciente: _____
(en letra de molde)

Firma del paciente o representante legal

Testigo

Fecha: _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcf.com

FINANCIAL AGREEMENT

Patients are responsible for any and all charges incurred resulting from treatment provided at Digestive and Liver Center of Florida. As a service to our patients, Digestive and Liver Center will file claims with most insurance carriers directly; however, you are primarily responsible in full for your balance and for all services rendered. Please be aware that the contractual agreement is between yourself and your insurance company, not the physician's office. It is your responsibility to call and verify your coverage, know your benefits and know if authorization is required prior to scheduling your appointment. In cases where we participate with your insurance as a preferred provider; deductibles, co-pays, and co-insurance payments are due in full and expected at the time of service. All quotes given by our business office for services, co-pays, co-insurance, etc. are estimates only. We accept money orders, personal checks, Visa, MasterCard, and Discover as payment options.

COLLECTION PROCEDURE: If your account does not clear in a timely manner and you have not supplied requested information to our billing office, your account will be turned over to a third party collection agency. To prevent this from happening, we ask that you keep in communication and comply with our billing office in regards to your account. If any balance is due after your insurance has processed, you will receive three statements. After the third statement your account will be turned over to a collection agency if arrangements are not made.

Procedures: Digestive and Liver center will contact your insurance company prior to any procedure being performed and obtain an estimate of your out of pocket cost. All deductibles, co-insurance and out of pocket will be collected prior to the service being performed. These are estimates only. If there are any balances after insurance process the claim will be billed to you. All credits will be returned within 4 weeks. Please be aware that **when a procedure is performed you will not only receive a billing from Digestive and Liver Center but also from the ambulatory surgery center, anesthesia vendor and from Pathology Associates.** These separate statements conform to current standards of billing practices within the healthcare industry. Any claim over 90 days, processed by the insurance company and left unpaid will be turned over to the collection department.

It is your responsibility to update Digestive and Liver Center with any insurance changes prior to a scheduled appointment.

LABS: Lab work will be sent to our normal reference lab unless you are covered by an insurance plan that requires us to send your lab work to a specific reference lab. Some insurance plans do not require the use of a specific lab, but your out-of-pocket expense may be higher if we send your lab work to our normal reference lab. Unfortunately, it is not possible for us to know the details of every insurance plan. For example, two patients with the same insurance coverage may not have the same benefits due to employer determined benefit levels. It is your responsibility to let us know if you have a lab preference based on your insurance plan.

You may receive a separate bill from the reference lab performing the testing for any lab. Please call the number on your lab statement should you have any questions or need to make payment arrangements

All billing questions are to be directed to the billing department.

We will process patient charges as follows:

SELF PAY/NO INSURANCE: Payment is due in full at the time services are rendered.

MEDICARE: Digestive and Liver Center of Florida is a participating provider of Medicare. All Medicare supplemental insurances will be filed. Patients are responsible for their deductibles, co-pays, and co-insurance payments which are due in full at the time services are rendered.

COMMERCIAL INSURANCE AND HMO/PPO PLANS: As a courtesy to you, we will file your primary and secondary insurance. It is your responsibility to verify your benefits if authorization is required for our participation with your insurance company, prior to your appointment. You must provide correct insurance billing information, along with a copy of your insurance card(s) at your appointment. Patients are responsible for the full balance on their accounts.

OUT OF NETWORK and No Insurance: Digestive and Liver Center of Florida offers an out of network /no insurance discount for patients that choose to receive treatment at our facility.

• **NO SHOW POLICY for Office Visits:** Digestive and Liver Center of Florida requires a 24-hour cancellation notice for all scheduled appointments not kept or the patient may be charged a \$50.00 fee for the missed appointment. Insurance does not cover this charge.

• **NO SHOW POLICY for Procedures:** Digestive and Liver Center of Florida requires a 24-hour cancellation notice for all scheduled appointments not kept or the patient may be charged a \$200.00 fee for the missed appointment. Insurance does not cover this charge.

RETURNED CHECK POLICY: You will be charged a \$40.00 fee on all returned checks regardless of the reason.

I understand that by signing this Financial Agreement form, I agree to all the above (regardless of insurance status). I am ultimately responsible in full for all charges and balances on my account(s) for all services rendered by Digestive and Liver Center of Florida, LLC. A copy of this agreement will be provided upon request.

Patient Name (print): _____ Date: _____

Patient Signature: _____



Digestive and Liver Center of Florida

407-384-7388 • www.dlcf.com

ACUERDO FINANCIERO

Los pacientes son responsables de cualquier y todo cargo incurrido que resulte del tratamiento proporcionado en Digestive and Liver Center of Florida. Como un servicio a nuestros pacientes, Digestive and Liver Center of Florida presentará directamente los reclamos ante la mayoría de las compañías de seguro; sin embargo, usted es el principal y total responsable por su saldo y por todos los servicios prestados. Tenga en cuenta que el acuerdo contractual es entre usted y su compañía de seguro, no la oficina del médico. Es su responsabilidad llamar y verificar su cobertura, conocer sus beneficios y saber si se requiere autorización antes de programar su cita. En los casos en que participemos con su seguro como proveedor preferido, se espera que los pagos de deducibles, copagos y coseguros se hagan en su totalidad y en el momento del servicio. Todas las cotizaciones de servicios, copagos, coseguros etc. otorgadas por nuestra oficina comercial son solo estimados. Aceptamos giros bancarios, cheques personales, VISA, MasterCard y Discover como opciones de pago.

PROCEDIMIENTO DE COBRO: Si su cuenta no se salda de manera oportuna y usted no ha proporcionado la información solicitada a nuestra oficina de facturación, su cuenta se entregará a una agencia de cobro independiente. Para evitar que esto suceda, le pedimos que se mantenga comunicado y cumpla con nuestra oficina de facturación en relación a su cuenta. Si se debe algún saldo después de que su seguro se haya procesado, recibirá tres estados de cuenta. Después del tercero, si no se llega a un arreglo, su cuenta se pasará a una agencia de cobro.

Procedimientos: El centro Digestive and Liver se comunicará con su compañía de seguro antes de realizar cualquier procedimiento y obtendrá un estimado de su costo de bolsillo. Todos los deducibles, coseguro y gastos de bolsillo se cobrarán antes de que se preste el servicio. Estos son solo estimados. Si queda algún saldo después de que el seguro procese el reclamo, el mismo le será facturado a usted. Todos los créditos se devolverán en 4 semanas. Tenga en cuenta que **cuando se realiza un procedimiento usted no solo recibirá una factura de Digestive and Liver Center sino también del centro de cirugía ambulatoria, LifeLinc anestesia y de Pathology Associates.** Estos resúmenes de cuenta separados cumplen con los estándares actuales de prácticas de facturación dentro de la industria de la atención de la salud. Todo reclamo de más de 90 días, procesados por la compañía de seguro y que quede impago será entregado al departamento de cobro.

Es su responsabilidad actualizar a Digestive and Liver Center sobre cualquier cambio en el seguro antes de una cita programada.

LABORATORIOS: Los análisis de laboratorio serán enviados a nuestro laboratorio normal de referencia excepto que usted esté cubierto por un plan de seguro que exija que enviemos sus análisis de laboratorio a un laboratorio de referencia específico. Algunos planes de seguro no exigen el uso de un laboratorio específico, pero su gasto de bolsillo puede ser más alto si enviamos sus análisis a nuestro laboratorio normal de referencia. Lamentablemente, no es posible para nosotros conocer los detalles de cada plan de seguro. Por ejemplo, dos pacientes con la misma cobertura de seguro pueden no tener los mismos beneficios debido a los niveles de beneficios determinados por el empleador.

Es su responsabilidad avisarnos si, debido a su plan de seguro, hay un laboratorio preferido.

Puede recibir una factura separada de parte del laboratorio de referencia que realiza la prueba para cualquier laboratorio. Llame al número en el resumen de laboratorio si tiene alguna pregunta o necesita organizar pagos.

Todas las preguntas sobre facturación se dirigirán al departamento de facturación. **Nosotros**

procesaremos los cargos del paciente de la siguiente manera:

COSTO A SU CARGO/SIN SEGURO: El pago vence completamente en el momento en que se prestan los servicios.

MEDICARE: Digestive and Liver Center of Florida es proveedor y participa de Medicare. Se presentarán todos los seguros suplementarios de Medicare. Los pacientes son responsables del pago de sus deducibles, copagos y coseguros, que vencen completamente en el momento en que se prestan los servicios.

SEGURO COMERCIAL Y PLANES HMO/PPO: Como cortesía, presentaremos los papeles ante su seguro primario y secundario. Si se requiere autorización para nuestra participación, es responsabilidad suya verificar sus beneficios con su compañía de seguro, antes de su cita. En la misma, debe proporcionar información correcta de la facturación de su seguro, junto con una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro. Los pacientes son responsables del saldo total de sus cuentas.

FUERA DE RED y Sin seguro: Digestive and Liver Center of Florida ofrece un descuento a pacientes que eligen recibir tratamiento en nuestro centro fuera de la red/sin seguro.

• **POLÍTICA DE NO PRESENTARSE a las visitas en oficina:** requiere un aviso de cancelación de 24 horas para todas las citas programadas a las que no se presente o de lo contrario, se le cobrará una tasa de \$50.00 al paciente por la cita perdida. El seguro no cubre este cargo.

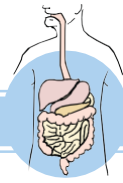
• **POLÍTICA DE NO PRESENTARSE a los procedimientos:** Digestive and Liver Center of Florida requiere un aviso de cancelación de 24 horas para todas las citas programadas a las que no se presente o de lo contrario, se le cobrará una tasa de \$200.00 al paciente por la cita perdida. El seguro no cubre este cargo.

POLÍTICA DE CHEQUE DEVUELTO: Se le cobrará una tasa de \$40.00 sobre todos los cheques devueltos sin importar la razón.

Comprendo que al firmar este formulario de Acuerdo Financiero, acepto todo lo anterior (independientemente de la condición del seguro). Soy básicamente totalmente responsable por todos los cargos y saldos en mi(s) cuenta(s) por todos los servicios prestados por Digestive and Liver Center of Florida, LLC. Si lo solicita, se le proporcionará una copia de este acuerdo.

Nombre del paciente (letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____



PATIENT PORTAL CONSENT

Digestive and Liver Center of Florida, LLC offers secure viewing and communication as a service to patients who wish to view their records and communicate with our staff and physicians. Secure messaging can be a valuable communications tool, but has certain risks. In order to manage these risks, there are some conditions of participation. This form is intended to show that you have been informed of these conditions, and that you accept the risks and agree to the conditions of participation.

How the Secure Patient Portal Works

A secure web portal is a kind of webpage that uses encryption to keep unauthorized persons from reading or communications, information, or attachments. Secure messages and information can only be read by someone who knows the right password or passphrase to log into the portal site. Because the connection channel between your computer and the website uses secure sockets layer (SSL) technology, you can read or view information on your computer, but it is still encrypted in transmission between the website and your computer.

Protecting Your Private Health Information Risks

This method of communication and viewing prevents unauthorized parties from being able to access or read messages while they are in transmission. No transmission system is perfect and we will do our best to maintain electronic security. However, keeping messages secure, depend on two additional factors: the secure message must reach the correct email address, and only the correct individual (or someone authorized by that individual) must be able to get access to it.

Only you can make sure these two factors are present. We need you to make sure we have your correct email address and are informed if it ever changes. You also need to keep track of who has access to your email account so that only you, or someone you authorize, can see the messages you receive from us.

You need to keep unauthorized individuals from learning your password. If you think someone has learned your password, you should promptly go to the website and change it.

Patient Acknowledgement and Agreement

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form and the policies and procedures regarding the Patient Portal that appears on the login screen. I understand the risks associated with online communications between my physician and me, and consent to the conditions outline herein. In addition, I agree to follow the instructions, as well as any other instructions that my physician may require to communicate with patients via online communications. I understand and concur with the information provided in the answers.

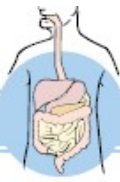
Patient Name (Print)

Patient Signature

Date of Authorization

Date of Birth

Email Address (PLEASE PRINT): _____



CONSENTIMIENTO DEL PORTAL DEL PACIENTE

Digestive and Liver Center of Florida, LLC ofrece una visualización y comunicaciones seguras como servicio a los pacientes que deseen ver partes de sus registros y comunicarse con el personal y los médicos. Los mensajes seguros pueden ser una herramienta de comunicaciones valiosas, pero tienen ciertos riesgos. Para manejarlos, hay algunas condiciones de participación. Este formulario está diseñado para demostrar que usted fue informado sobre estas condiciones y que aceptó los riesgos y las condiciones de participación.

Cómo funciona el Portal del Paciente Seguro

Un portal web seguro es una clase de página web que usa criptografía para evitar que las personas no autorizadas lean comunicaciones, información o adjuntos. Los mensajes seguros y la información solo pueden ser leídos por alguien que conozca la contraseña o frase correcta para ingresar al sitio del portal. Debido a que el canal de conexión entre su computadora y el sitio web usa tecnología de capa de conexión segura (SSL) usted puede leer o ver información en su computadora, pero aún así está encriptado en la transmisión entre el sitio web y su computadora.

Proteger los riesgos de información de salud privada

Este método de comunicación y visualización evita que las partes no autorizadas puedan acceder o leer mensajes mientras se transmiten. No hay ningún sistema de transmisión perfecto y haremos lo mejor que podamos para mantener la seguridad electrónica. Sin embargo, mantener los mensajes seguros depende de dos factores adicionales: el mensaje seguro debe alcanzar la dirección correcta de correo electrónico y solo la persona correcta (o alguien autorizado por esa persona) debe poder tener acceso al mismo.

Solo usted puede asegurarse de que estos dos factores estén presentes. Tenemos que asegurarnos de tener su dirección correcta de correo electrónico y estar informados si cambia. Además, usted debe tener un registro de quién tiene acceso a su cuenta de correo electrónico de tal modo que solo usted, o alguien a quien autorice, pueda ver los mensajes que recibe de parte nuestra. Debe evitar que personas no autorizadas conozcan su clave. Si piensa que alguien averiguó su clave, debe ingresar rápidamente al sitio web y cambiarla.

Reconocimiento y acuerdo del paciente

Reconozco que he leído y comprendo completamente este formulario de consentimiento y las políticas y procedimientos sobre el Portal del Paciente que aparece en la pantalla de inicio de sesión. Comprendo los riesgos asociados con las comunicaciones en línea entre mi médico y yo, y acepto las condiciones definidas en el presente. Además, acepto seguir las instrucciones establecidas, como así también cualquier otra instrucción que mi médico pueda exigir para comunicarse con pacientes por medio de comunicaciones en línea. Comprendo y estoy de acuerdo con la información proporcionada en las respuestas.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente

Fecha de autorización

Fecha de nacimiento

Correo electrónico (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

A. Notifier:

B. Patient Name:

C. Identification Number:

Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)

NOTE: If Medicare doesn't pay for D. _____ below, you may have to pay.

Medicare does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare may not pay for the D. _____ below.

D.	E. Reason Medicare May Not Pay:	F. Estimated Cost

WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
- Ask us any questions that you may have after you finish reading.
- Choose an option below about whether to receive the D. _____ listed above.

Note: If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare cannot require us to do this.

G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.

- OPTION 1.** I want the D. _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but I can appeal to Medicare by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.
- OPTION 2.** I want the D. _____ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. I cannot appeal if Medicare is not billed.
- OPTION 3.** I don't want the D. _____ listed above. I understand with this choice I am **not** responsible for payment, and I cannot appeal to see if Medicare would pay.

H. Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. If you have other questions on this notice or Medicare billing, call **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

I. Signature:	J. Date:
----------------------	-----------------

CMS does not discriminate in its programs and activities. To request this publication in an alternative format, please call: 1-800-MEDICARE or email: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

A. Notificante:

B. Nombre del paciente:

C. Número de Identificación:

Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)

NOTA: Si Medicare no paga por D. _____ a continuación, usted podría tener que pagar. Medicare no paga por todo, incluidos algunos cuidados que usted o su proveedor de atención médica entienda que son necesarios. Se anticipa que Medicare no pague por D. _____ a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare podría negar el pago:	F. Costo estimado

LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea este aviso para poder tomar una decisión informada sobre sus cuidados.
- Háganos las preguntas que tenga después de terminar de leer.
- Elija una opción a continuación sobre si recibirá D. _____ que se indica arriba.

Nota: Si elige Opción 1 o 2, podríamos ayudarle a utilizar los otros seguros que tenga, pero Medicare no nos puede obligar a hacer esto.

G. OPCIONES: Marque solamente una casilla. No podemos elegir la casilla para usted.

- OPCIÓN 1.** Quiero D. _____ que se indica arriba. Pudiera pedir el pago ahora, pero yo también solicito que se facture a Medicare para obtener una decisión oficial respecto al pago, la cual me será enviada en un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Entiendo que, si Medicare no paga, yo seré responsable del pago, pero puedo apelar a Medicare según las indicaciones en el MSN. Si Medicare pagará, me serán reembolsados todos los pagos que yo haya hecho, salvo los copagos o deducibles.
- OPCIÓN 2.** Quiero D. que se indica arriba, pero no facture a Medicare. Se podrá pedir el pago ahora, ya que yo soy responsable del pago. No podré apelar si no se facturara a Medicare.
- OPCIÓN 3.** No quiero D. _____ que se indica arriba. Entiendo que, con esta elección, **no** seré responsable del pago, y no podré apelar para saber si Medicare hubiera pagado.

H. Información adicional:

Este aviso explica nuestra opinión y no constituye una decisión oficial de Medicare. Si usted tiene otras preguntas relativas a este aviso o la facturación de Medicare, llame al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Firme abajo para reconocer haber recibido y entendido este aviso. Usted también recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en formato alternativo, llame al: 1-800-MEDICARE o envíe un mensaje de correo electrónico: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión del estimado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.