



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

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

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

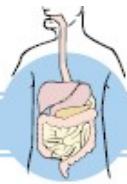
Razón por la que el paciente no puede firmar

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

¿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: _____



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



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.

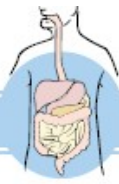
He recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad que otorga una descripción más completa de los usos y divulgaciones de la información como así también una descripción de mis derechos de privacidad. Comprendo que puedo revisar el aviso antes de firmar este reconocimiento.

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

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.

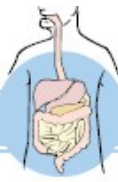
• **POLÍTICA DE NO PRESENTARSE a los procedimientos:** Digestive and Liver Center of Florida requiere un aviso de cancelación de 24 horas para todas las citas programadas a las que no se presente o de lo contrario, se le cobrará una tasa de \$200.00 al paciente por la cita perdida. El seguro no cubre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



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. 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.