

Citrus Valley Gastroenterology

APELLIDO _____ NOMBRE _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

CASA _____ CELL _____ CORREO ELECTRONICO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO: F _____ M _____

RAZA _____ ORIGEN ETNICO _____ IDIOMA _____

SI NECESITAMOS NOTIFICARLE PARA SU PROXIMA COLONOSCOPIA/ENDOSCOPIA CUAL SERIA EL METODO DE PREFERENCIA: CORREO ELECTRONICO [] PORTAL DEL PACIENTE [] TELEFONO [] O CELULAR []

PARA CONFIRMAR CITA(S): TEXTO _____ O LLAMADA AL TELEFONO _____

EN CASO DE EMERGENCIA, QUIÉN DEBE SER NOTIFICADO? _____

RELACION CON EL PACIENTE _____ TELEFONO _____

CUALQUIER RECIENTE: ANÁLISIS DE SANGRE? SI NO

ULTRASONIDO ABDOMINAL? SI NO

ESCÁNER ABDOMINAL CT? SI NO

ERES DEPENDIENTE DE OXÍGENO? SI NO

ESTÁ BAJO TRATAMIENTO DE DIÁLISIS? SI NO

NECESITAMOS INFORMARLE QUE SI EL MÉDICO AL REALIZAR SU PROCEDIMIENTO, LE ENCUENTRA UN POLIPO O UNA ANORMALIDAD, SUS BENEFICIOS MEDICOS PUEDEN CAMBIAR Y SU POLÍZA DE SEGURO PAGARÁ DIFERENTE.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Bienvenidos A Nuestra Oficina

Como nuevo paciente, por favor de llenar a sus posibilidades las siguientes preguntas

Fecha De Hoy _____

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Nombre del Doctor que lo (a) Referio. _____ **Razon de Cita** _____

Nombre de su farmacia: _____ **Telefono:** _____
Direccion _____

YO DOY AUTORIZACION A MI DOCTOR/ENFERMERA(O) QUE DEJE MIS RESULTADOS EN MI MAQUINA DE MENSAJES/EN MI BUZON DE MENSAJES EN MI CELLULAR SI NO O PREFIERO HABLAR CON EL DOCTOR/ENFERMERA (O) PERSONAL.

HISTORIAL MEDICO

Tiene Alta Presion? Si o No A sido Diagnosticado anterior? Si o No

Ataques de Corazon <input type="checkbox"/>	Diabetis <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Polipos de Colon <input type="checkbox"/>	Enfisema <input type="checkbox"/>
Cardiaca Congestiva <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	Cirrosis <input type="checkbox"/>	Problemas Rinon <input type="checkbox"/>	Historia de Imbolia <input type="checkbox"/>
Cuagulos de Sangre <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	ERGE <input type="checkbox"/>	Alto Colesterol <input type="checkbox"/>	Alta Presion <input type="checkbox"/>
Cancer <input type="checkbox"/> Si, Que tipo? _____	Tiroides <input type="checkbox"/>		Hepatitis <input type="checkbox"/> Si, cual A <input type="checkbox"/> , B <input type="checkbox"/> or C <input type="checkbox"/>	Arterias Coronarias <input type="checkbox"/>

SIRUGIAS PREVIAS

Eliminacion Utero/Ovario <input type="checkbox"/>	Corazon/Stent <input type="checkbox"/>	Senos <input type="checkbox"/>	Apendice <input type="checkbox"/>	Intestinos <input type="checkbox"/>	Ernia <input type="checkbox"/>
Bypass del Corazon <input type="checkbox"/>	Marca Pasos o Defibrilador <input type="checkbox"/>	Bypass Gastrico <input type="checkbox"/>	Gallbladder <input type="checkbox"/>	Cesaria <input type="checkbox"/>	Tiroides <input type="checkbox"/>
AICD (Desfibrilador) <input type="checkbox"/>	Vesicula Biliar <input type="checkbox"/>	Cadera <input type="checkbox"/>	Rodilla <input type="checkbox"/>		

PROCEDIMIENTOS PREVIOS

Colonoscopia Si - No Si es, si Cuando _____ En Donde _____
 Endoscopia Si - No Si es, si Cuando _____ En Donde _____

HISTORAL DE PROBLEMAS MEDICOS EN LA FAMILIA Adoptado Si No

Cancer del Colon	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si, <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana
Cancer del Estomago	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si, <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana
Enfermedades del Hgado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si, <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana

Usted Fuma? Anterior Presente o Nunca

Bebe Alcol? Si No **Drogas de la Calle?** Si No si, que tipo? _____

Estado Civil: Soltero / Divorcedado / Casado / Viudo/Viuda / Ocupacion Actual _____

CUALES MEDICAMENTOS TOMA? Por Favor De Anotar Sus Medicamento

ALERGIAS A Medicamentos: Si No

Cual es la Reaccion?

REPASO DE SINTOMAS

Dificultad al Tragar <input type="checkbox"/>	Estrenimiento <input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal <input type="checkbox"/>	Reflujo <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>
Artritis/Dolor Muscular <input type="checkbox"/>	Sangrado de Recto <input type="checkbox"/>	Dolor de Pecho <input type="checkbox"/>	Dolor de Cabesa <input type="checkbox"/>	

CITRUS VALLEY GASTROENTEROLOGY

Querido Paciente,

PATIENT PARTNERSHIP PLAN (Espanol)

Bienvenido a Nuestra Oficina. Nuestro interes es de darle a usted el mejor cuidado y servicio que usted espera y merece. Para lograr que usted tenga una mejor posible salud requiere de un companerismo entre usted y su doctor. Como nuestro "companero de su salud" le pedimos que nos ayude de la siguiente manera:

HACER CITA CON MI DOCTOR COMO VISITA DE RUTINA ASI COMO EL EXAMEN FISICO Y OTRAS RECOMENDACIONES DE ESTUDIOS DE SALUD.

Yo comprendo que mi doctor me explicara cuales son los estudios normales de salud apropiados para mi edad, sexo, personal, y mi historial familiar. Yo comprendo que necesitare completar estas recomendaciones y estudios de salud como (mamograma, vacunas, papanicolao, etc.) Estos estudios son pruebas que pueden ayudar a detectar enfermedades y condiciones de alto riesgo. Si yo visito al doctor solo para tratamiento de problemas inmediato y me olvido de hacer cita para mi chequeo anual, yo estare en riesgo de dejar que problemas de salud serios sean no detectados. Yo hare citas regularmente con mi doctor para completar mi examen fisico y para platicar de estos examenes fisicos.

CITAS DE REVICION SE DEBEN DE MANTENER Y CITAS QUE CANCELAN TIENEN QUE VOLVER A HACER UNA CITA NUEVA.

Yo entiendo que mi doctor quiera saber como progresa mis condiciones despues de irme de la consulta. Regresando con mi doctor a tiempo le da a el o a ella la oportunidad de revisar mis condiciones y como estoy respondiendo al tratamiento. Durante mi cita de revicion, mi doctor posiblemente ordenara estudios, me referira a un especialista, me recetara medicamentos, o tal ves descubra y trate una enfermedad seria. Si yo pierdo mi cita y no vuelvo hacer otra, yo corro el riesgo de que mi doctor no podra detectar y tratar mi condicion. Yo hare cualquier esfuerzo para volver hacer una nueva cita lo mas pronto posible.

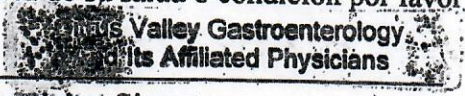
LLAMAR A LA OFICINA CUANDO NO TENGO RESPUESTAS DE MIS LABORATORIOS O DE CUALQUER OTRO EXAMEN.

Yo entiendo que el objetivo de mi medico es hacerme saber lo mas pronto posible de mis estudios de laboratorio u otros. De cualquier modo, si yo no obtengo respuesta de la oficina de mi medico durante el tiempo esperado, yo llamare a la oficina para obtener mis resultados.

AVISARE A MI DOCTOR SI yo DECIDO NO SEGUIR CON SUS RECOMENDACIONES DEL PLAN DE TRATAMIENTO.

Yo entiendo que despues de examinarne, mi doctor podra hacer recomendaciones basadas en lo que el o ella sienta sea lo mejor para mi salud. Esto podra incluir medicamentos recetados, referencias a un specialista, ordenes para pruebas de laboratorios o hasta pedirme que regrese al la oficina en cierto tiempo. Yo entiendo de a no seguir mi tratamiento podre tener serios resultados negativos que afecten mi salud. Dejare saber a mi doctor cuando yo decida no seguir con sus recomendaciones para que el o ella puedan dejarme saber de los alto riesgos asociados con me decision de retrasar o de no aceptar el tratamiento.

Gracias por su companerismo. Como nuestro paciente, usted tiene los derechos de ser notificado en relacion con su salud. Nosotros lo invitamos a cualquier hora hacer preguntas, reportar simptomias, o discutir cualquier preocupacion que usted pueda tener. Si usted necesita mas informacion hacerca de su salud o condicion por favor de preguntar.



Firma del Paciente/Guardian

Fecha

Physician Signature

Letra Imprenta

Fecha de Nacimiento

500 W. San Bernardino Rd., ste. B Covina, CA 91722 * 415 W. Route 66, Ste. 102 Glendora, CA 91740

CITRUS VALLEY GASTROENTEROLOGY

□ 500 W. San Bernardino Rd., Ste B
Covina, CA 91722
Tel 626-960-2326 Fax 626-960-9796

□ 415 W. Route 66, Ste 102
Glendora, CA 91740
Tel 626-610-2112 Fax 626-610-2119

LIBERACION DE EXPEDIENTES MEDICOS

Fecha _____

Yo _____ Yo por lo presente autorizo la liberacion de mis expedients medicos y cualquier Individuo en la lista asignada o a mi doctor cualquier informacion en referente a mi diagnostico, historial medico, y servicios o tratamientos rendidos. Yo estoy enterado que un cobro podria ser requerido por copias de expedientes. El cobro sera basado en la cantidad del tamano del expediente y es requerido al momento de ser requerido. o estoy enterado

Envie copia a Dr. _____

Esta autorizacion es limitada para los siguientes expedientes y tipo de informacion:

LISTA DE NOMBRE (S) DE INDIVIDUOS AUTORIZADOS

NOMBRE (Relacion)

FECHADE NACIMIENTO

NOMBRE (Relacion)

FECHADE NACIMIENTO

Yo entiendo que la persona interesada en los expedients no esta autorizada en usar o revelar la informacion medica hasta ser autorizada por el paciente o hasta que tal informacion sea revelada o especificamente sea requerida por la ley.

LIBERACION DE EXPEDIENTES MEDICOS POR EL PACIENTE

Yo estoy enterado que un cobro podria ser requerido por copias de expedientes. El cobro sera basado en la cantidad del tamano del expediente y es requerido al momento de ser requerido. o estoy enterado. Se toma 3 dias para retraer y copiar los expedientes medicos.

Expedientes medicos seran utilizados para: C] Seguimiento de cuidado C] Aseguranza n Abogado El Otra razon

Nombre del Paciente (Imprenta)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Citrus Valley Gastroenterology

500 W. San Bernardino Rd., Ste B
Covina, CA 91722
T 625-960-2326 * F 626-960-9796

415 W. Route 66, Ste 102
Glendora, CA 91740
T 626-610-2112 * F 626-610-2119

NOTIFICACION

**PACIENTES CON ASEGURANZA PRIVADA (PPO)(EPO)CON DEDUCTIBLE, HMO,
MEDICARE, Y MEDICARE CON SUPPLEMENTAL**

**NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE COBRAR A SU ASEGURANZA POR LOS SERVICIOS
PRESTADOS. SI SU ASEGURANZA NO PAGA POR LOS SERVICIOS POR CAUSA DE
TERMINACION DE POLIZA, DISPONIBILIDAD DE BENEFICIOS, O POR RAZON DE
DEDUCTIBLE(S), EL PACIENTE ES RESPONSIBLE POR CUALQUIER DIFERENCIAS DE
BALANCE.**

NOMBRE DEL PACIENTE (IMPRESA)

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE O (GUARDIAN LEGAL)

FECHA DE HOY

Citrus Valley Gastroenterology

500 W. San Bernardino Rd., Ste B
Covina, CA 91722
T 625-960-2326 * F 626-960-9796

415 W. Route 66, Ste 102
Glendora, CA 91740
T 626-610-2112 * F 626-610-2119

NOTIFICACION

**PACIENTES CON ASEGURANZA PRIVADA (PPO)(EPO)CON DEDUCTIBLE, HMO,
MEDICARE, Y MEDICARE CON SUPPLEMENTAL**

**NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE COBRAR A SU ASEGURANZA POR LOS SERVICIOS
PRESTADOS. SI SU ASEGURANZA NO PAGA POR LOS SERVICIOS POR CAUSA DE
TERMINACION DE POLIZA, DISPONIBILIDAD DE BENEFICIOS, O POR RAZON DE
DEDUCTIBLE(S), EL PACIENTE ES RESPONSIBLE POR CUALQUIER DIFERENCIAS DE
BALANCE.**

NOBRE DEL PACIENTE (IMPRESA)

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE O (GUARDIAN LEGAL)

FECHA DE HOY

CITRUS VALLEY GASTROENTEROLOGY A CALIFORNIA MEDICAL
CORPORATION

LIBERACION DE INFORMACION DEL PACIENTE Y ASIGNACION

Le notificamos que toda la informacion medical es confidencial bajo ciertas leyes estatales y federales. Favor de remitir su consentimiento para nosotros poder otorgar dicha informacion a su compania y/o grupo de atencion medica. Yo, _____ autorizo a Citrus Valley Gastroenterology, en lo sucesivo conocido como grupo Citrus Valley Gastroenterology y/o mi proveedor de aseguransa, cualquier informacion que sea necesaria para hacer los cobros de mis procedimientos medicos. Yo entiendo que si acepto los servicios y/o productos de Citrus Valley Gastroenterology, soy responsable de deductibles, copagos, o otros balances no pagados por mi aseguransa medica. Yo autorizo a Citrus Valley Gastroenterology de mandar las facturas de mis tratamientos, a mi seguro medico, y que mi seguro medico envie el pago directo a Citrus Valley Gastroenterology. Si mi seguro medico me enviara los pagos a mi, yo estoy de acuerdo de inmediatamente entregar ese dinero a Citrus Valley Gastroenterology.

RESPONSABILIDAD DEL PAGO DEL PACIENTE

Yo entiendo que al recibir atencion de Citrus Valley Gastroenterology, Yo asumo la responsabilidad de cualquier deductible, pagos, o otros balances no cubiertos por mi seguro medico. Yo autorizo a Citrus Valley Gastroenterology de enviar reclamaciones a mi seguro medico en mi nombre, y mi compania aseguradora de pagar los beneficios directament a Citrus Valley Gastroenterology. Si algun pago de mi seguro medico fuese pagado a mi persona por dicha cuenta, Yo inmediatamente pagare estos fondos a Citrus Valley Gastroenterology.

PROCEDIMIENTOS: Se me a informado que probablemente recibire (3) tres diferentes declaraciones de tres (3) diferentes entidades (proveedor, instalaciones, y patologia).

NOMBRE _____

FECHA _____

Política de reabastecimiento de medicamentos

1. La solicitud de reabastecimiento de medicamentos puede demorar entre 48 y 72 horas para una respuesta a la solicitud.

Planifica con anticipación

2. Debe comunicarse con CVG, la oficina de su Gastro, tres (3) días antes de que se le acabe el medicamento. Si utiliza una empresa de pedidos por correo, comuníquese con su proveedor catorce (14) días antes de que se le acabe el medicamento. Los mensajes deben dejarse para el personal.
3. Puede llevar de 2 a 3 negocios volver a surtir su receta. Debemos revisar sus registros médicos, verificar las fechas de vencimiento, verificar la cantidad de resurtidos y asegurar la elegibilidad. Una vez que se ha investigado la información necesaria, se presenta al médico para su autorización final. Ciertos medicamentos requieren pruebas de laboratorio antes de que se puedan volver a surtir y es posible que deba ver a los médicos antes de que podamos autorizar un reabastecimiento.
4. Las solicitudes de reabastecimiento también se pueden realizar a través de su farmacia. La farmacia enviará la información necesaria a nuestra oficina para comenzar el proceso.
5. Las renovaciones de medicamentos solo pueden autorizarse en medicamentos recetados por médicos en nuestra oficina. No prescribiremos medicamentos recetados por otros médicos.
6. Las recargas se manejarán SOLAMENTE durante el horario habitual de la clínica, de lunes a viernes de 9 a. M. A 5 p. M. No podemos surtir medicamentos fuera del horario de atención o los fines de semana.

X Firma

X Fecha

X Escriba el nombre en letra de imprenta

CITRUS VALLEY GASTROENTEROLOGY

Separate this page.

RESPONSABILIDADES DE PAGO DEL PACIENTE

Entiendo que cuando los servicios se prestan desde Citrus Valley Gastroenterology, soy responsable de cualquier deducible, copago u otro saldo que no cubra mi compañía de seguros. Autorizo a *Citrus Valley Gastroenterology* a presentar reclamaciones a mi compañía de seguros o en mi nombre y a mi compañía de seguros para pagar los beneficios directamente a *Citrus Valley Gastroenterology*. Si algún pago del seguro se hiciera directamente al asegurado por el dinero adeudado en esta cuenta, acepto pagar inmediatamente estos fondos a *Citrus Valley Gastroenterology*.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a *CVGastro* si cambia mi seguro, dirección o número de teléfono.

PARA PROCEDIMIENTOS: Me han informado que posiblemente recibiré tres (3) declaraciones diferentes de tres entidades separadas (proveedor, centro y laboratorio de patología).

Firma del Paciente: _____ Fecha _____

Nombre del titular de la póliza principal _____ Fecha _____

Nombre del titular de la póliza secundario _____ Fecha _____



CITRUS VALLEY GASTROENTEROLOGY

ESTABLISHED 1985

POLÍTICA Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de Privacidad" para ayudar a garantizar que la información de salud esté protegida por privacidad. La Privacidad también fue creada para permitir que los proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de su paciente para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente para realizar tratamientos, pagos de operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente, queremos saber que respetamos la privacidad de sus registros personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para su privacidad. Cuando es apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo a aquellos que creemos que necesitan su información médica e información sobre tratamiento, pago u operaciones de atención médica, con el fin de brindar la atención médica que sea más conveniente para usted.

También queremos que sepa que apoyamos su acceso completo a sus registros médicos personales. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirecto con usted (como laboratorios que solo interactúan con médicos y no con pacientes) y es posible que tengamos que divulgar información médica personal para fines de tratamiento, pago de operaciones de atención médica. En la mayoría de los casos, estas entidades no están obligadas a firmar el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información médica personal, pero debe hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos derecho a negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su información médica personal (PHI). Si decide dar su consentimiento, en algún momento futuro puede solicitar rechazar la totalidad o parte de su PHI.

No puede revocar acciones que ya se hayan tomado y que se basaron en este consentimiento o en un consentimiento previamente firmado. Si tiene alguna objeción a este formulario, hable con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA. Tiene derecho a revisar nuestro aviso de privacidad, solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito después de haber revisado nuestro aviso de privacidad.

Nos esforzamos por lograr los más altos estándares de ética e integridad en la prestación de servicios para nuestros pacientes. Nuestra política es escuchar a nuestros pacientes y empleados. Agradecemos sus comentarios con respecto a cualquier problema de servicio para que podamos remediar la situación con prontitud.

Gracias por ser uno de nuestros pacientes más valorados.

NOMBRE : _____ **FDN :** / / **FECHA :** / /

500 W. San Bernardino Rd., Suite B
Covina, CA 91722
626-960-2326

415 W. Route 66, Suite 102
Glendora, CA 91740
626-610-2112