

GASTROENTEROLOGIA AVANZADA DEL CONDADO DE BERGEN, P.A.

140 Sylvan Avenue, Suite 101A-101B
Englewood Cliffs, New Jersey, 07632
(201) 945-6564

(Por favor, usar letra imprenta)

FORMA DE REGISTRACION

E-mail: _____

INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido del Paciente		Nombre		Inicial	Sr. Sra. Sra. Sta.
Estado Civil (marque uno): Soltero(a)/Casado(a)/Divorciado(a)/Separado(a)/Viudo(a)					
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	No. Seguro Social		Teléfono de Casa
Dirección:					Teléfono Celular
P.O. Box	Ciudad				Estado/Código Postal
Ocupación	Nombre del Empleador				Teléfono del Empleador
Dirección del empleador					
Nombre de Farmacia					Teléfono de Farmacia
¿Tiene un plan de prescripción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Miembros de familia que son pacientes aquí:			
Doctor Principal					Teléfono del Doctor Principal
Doctor de Referencia (si es un diferente al Doctor Principal):					

INFORMACION DEL SEGURO			
(Por favor entregue su tarjeta de Seguro, referencia (si es necesaria), y su co-pago a la recepcionista)			
Persona responsable del pago:	Fecha de Nacimiento	Dirección (si es diferente):	
Teléfono de Casa:			
Ocupación	Nombre del Empleador		
Teléfono del Empleador:			
Dirección del empleador			

SEGURO PRINCIPAL					
Nombre del Suscriptor	SS# del Suscriptor	Fecha de Nacimiento	Numero de Grupo	Numero de Póliza	Co-Pago
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro					

SEGURO SECUNDARIO					
Nombre del Suscriptor	SS# del Suscriptor	Fecha de Nacimiento	Numero de Grupo	Numero de Póliza	Co-Pago
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro					

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de un amigo o pariente local (que no vive en la misma dirección):	Relación con el paciente	Teléfono de Casa:	Teléfono del Empleador:

CUOTA POR NO PRESENTARSE: Se requiere una notificación de 24 horas si necesita cambiar o cancelar su cita. Se le cobrara una cuota de \$50 por cita de doctor si falla en notificarnos. Se le cobrara una cuota de \$150 por cita de endoscopia si falla en notificarnos.

CO-PAGO: Su co-pago debe ser pagado cuando llega a su cita. Si se le tiene que mandar un cobro por correo, es un gasto extra para la oficina. Se le cobrara una cuota de \$15 si Ud. no paga su co-pay completo en su visita.

Pido que pago de beneficios autorizados de Medicare sean dados a mi o en mi nombre a SCHERL, CHESSLER, ZINGLER, SPINNELL & MEININGER, M.D., P.A. por los servicios rendidos a mi persona por el proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información medica sobre mi proveer a los Centros de Servicios Medicare y Medicaid y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios de pago por los servicios relacionados.

Paciente / Guardián Nombre en imprenta	Fecha
Paciente / Guardián Firma	

Pido que pago de beneficios autorizados de Medigap sean dados a mi o en mi nombre al proveedor de servicios por cualquiera de los servicios rendidos a mi persona por el proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información de Medicare sobre mi proveer a mi seguro de Medigap: cualquier información necesaria para determinar estos beneficios de pago por los servicios relacionados.

Paciente / Guardián Nombre en imprenta	HIC#:
Paciente / Guardián Firma	Fecha

La información provista es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo el pago directo de mis beneficios de seguro a el medico. Comprendo que soy financieramente responsable por cualquier balance. También autorizo a SCHERL, CHESSLER, ZINGLER, SPINNELL & MEININGER, M.D., P.A. o compañía de seguros que provean cualquier información requerida para procesar mi clamor. También comprendo que si no provee la información de seguro correcta, soy responsable por el 100% de los balances a pagar.

Paciente / Guardián Nombre en imprenta	Fecha
Paciente / Guardián Firma	

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD _____ FECHA _____

RAZON DE VISITA: _____

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas? *Por favor marque la respuesta apropiada con una "X":*

	SI	NO		SI	NO
Nauseas			Sangrado Vaginal Anormal		
Vómitos			Descenso vaginal o infección		
Diarrea			Cáncer gastrointestinal		
Estreñimiento			Pólipos en el colon		
Numero de veces que deposita:			Ulceras		
Dolor o sangrado rectal			Hepático/Enfermedad hepática		
Cambios recientes en los hábitos depositarios			Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa		
Perdida de peso			Enfermedad Celiaca		
Perdida de apetito			Pancreatitis		
Eructos			Reciente problemas cardiacos o del corazón		
Acidez/Regurgitación			<i>Por favor Explique:</i>		
Dificultad tragando/Dolor al tragar					
Negro, oscuros depósitos					
Dolor abdominal					
Ictericia			Hipertensión		
Dolor en el pecho			Problema Pulmonar		
Falta de Aliento			Diabetes mellitus		
Palpitaciones			Colesterol alto		
Toz crónica			Derrame Cerebral		
Dificultad Urinaria			Tiroides		
Necesidad frecuente de orinar			Artritis		
Sangre en la Orina			Problema de Riñones		

Por favor mencione cualquier problema adicional o lesiones que ha tenido: _____

Por favor mencione cualquier problema quirúrgico y describa las operaciones que ha tenido en el pasado : _____

	<u>Operaciones</u>	<u>Año</u>	<u>Hospital</u>
1.			
2.			
3.			

Último Mamo grama _____ Último PAP _____ Última Densidad Ósea _____

¿Ha tenido una reacción a la anestesia o tendencia a sangrar? SI NO Si es así, por favor describa cuando: _____

¿Ha tenido una gastroscopia anteriormente? SI NO Si es así, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron los resultados? _____

¿Ha tenido una colonoscopia anteriormente? SI NO Si es así, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron los resultados? _____

ATRAS

¿TAC? SI NO ¿Sonograma? SI NO
 ¿Series GI Superior? SI NO ¿Enema de Bario? SI NO

Por favor liste cualquier medicina a la cual sea alérgico(a): NONE

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Por favor liste los medicamentos que ha tomado en el último año:

Medicina (incluya aspirina)	Dosis	¿Cuanto tiempo?	Razón por la que toma este medicamento

¿Tiene Ud. tatuajes? SI NO Si es así, ¿Dónde? _____
 ¿Tiene Ud. Aretes (aparte del oído)? SI NO Si es así, ¿Dónde? _____
 ¿Ud. Fuma? SI NO Si es así, ¿Cuanto? _____
 ¿Bebe Ud. alcohol? SI NO Si es así, ¿Con que frecuencia? _____
 ¿Ha tenido transfusiones de sangre? SI NO Si es así, ¿Cuándo? _____

¿Alguien en su familia, ha tenido alguno de los siguientes? Por favor marque la respuesta apropiada con una "X" e indique cual miembro de familia (papa, mama, familiar, hijo(a), etc.):

	SI	NO		YES	NO
Cáncer (si es así, ¿que órgano?)			Colitis ulcerosa/Enfermedad de Crohn		
			Enfermedad Celiaca		
			Diabetes		
			Enfermedad del Corazón		
			Derrame Cerebral		
Pólipos de Colon			Colesterol Elevado		
Enfermedad Hepática/Hepatitis			Enfermedad de la Tiroides		

POR FAVOR USE ESTE ESPACIO PARA CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL O COMENTARIO QUE UD CREA PUEDE SER DE INTERES:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del MD: _____ Fecha: _____

Comentarios del _____

MD: _____

GASTROENTEROLOGIA AVANZADA DEL CONDADO DE BERGEN, P.A.

Richard K. Chessler, MD • Barry M. Zingler, MD • Mitchell K. Spinnell, MD • Michael E. Meininger, MD • Marc A. Fiorillo, MD

Gastroenterología • Hepatología • Endoscopia Gastrointestinal

GARANTIA DE PRIVACIDAD PARA NUESTROS PACIENTES

A Nuestro Valioso y Confiable Paciente:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una “Regla de Privacidad” para ayudar a proteger la Información Personal de Salud (IPS) en privacidad. La Regla de Privacidad provee normas a seguir para los proveedores del cuidado de salud cuando revelan información de salud del paciente que es necesaria para realizar tratamiento apropiado, pagos, u operaciones de salud.

Como nuestro paciente, queremos hacerle saber que respetamos la privacidad de su archivo personal médico y haremos todo de nuestra parte para asegurar y proteger esa privacidad. Siempre nos esforzamos a tomar precauciones razonables para proteger su privacidad. Se le pedirá que autorice la provisión de información personal de salud a cualquier identidad que no esta directamente conectada con su tratamiento, pago, u operaciones de salud.

Para proteger su privacidad, y en acuerdo con la Ley Federal, se requiere su consentimiento por escrito para dejar mensajes detallados en su correo de voz y/o con otros miembros de su hogar. Además, frecuentemente obtenemos números de teléfono de trabajo y de celulares para contactar a los pacientes con el propósito de confirmar citas o retornar llamadas, y ahora se requiere de su consentimiento por escrito para continuar con esta práctica.

He leído la Nota de Privacidad y doy mi consentimiento a los doctores Chessler, Zingler, Spinnell, Meininger y/o Fiorillo y a su personal para:

1. Dejar mensajes detallados en mi correo de voz en casa, y/o con otros miembros de mi hogar.
2. Contactarme en mi lugar de trabajo con el propósito de confirmar una cita y/o retornar mis llamadas.
3. Contactarme en mi teléfono celular y/o dejar mensajes en mi teléfono celular. Mi número de teléfono celular es:

Número de Celular

Nombre Completo

Firma

Fecha