



Winchester Gastroenterology Associates
 190 Campus Blvd, Ste. 300 • Winchester, VA 22601
 (540) 667-1244 • WinchesterGastro.com

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE NOTAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PACIENTE: _ _ _ _ _ FECHA DE NACIMIENTO _____

SOLTERA U OTRO(S) NOMBRE(S) _ _ _ _ _ NUMERO DE TELEFONO _ _ _ _ _

Marque esta casilla si está solicitando su registro médico completo

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> Notas del médico | <input type="checkbox"/> resultados de laboratorio | <input type="radio"/> Resultados de VIH | <input type="radio"/> resultados radiológicos |
| <input type="radio"/> Notas quirúrgicas | <input type="radio"/> resultados patológicos | <input type="radio"/> notas de hospital | <input type="radio"/> registro de infusión |

Fecha(s) de tratamiento: D Todas las fechas _____ D Fechas especifica desde: _____ hasta: _____

El motivo del uso o divulgación es para el propósito de

- continuar la atención medica-- _____ Otras _ _ _ _ _

Obtener los informes medico : **Enviar o enviar por fax a**

Doctor/institución

Doctor/institución

 Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

 Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

(teléfono)

(Fax)

(telefono)

(Fax)

- Entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una solicitud de revocación por escrito a Winchester Gastro, Oficial de Privacidad. Si revoco esta autorización, Winchester Gastro ya no usará ni divulgará mi información médica por las razones cubiertas por esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya basado en esta autorización. Entiendo cuando Winchester Gastro revela en la formación de conformidad con esta autorización, es posible que la información ya no esté protegida por las reglas de privacidad federales o estatales y puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información

- Entiendo que esta autorización caducará 12 meses después de la fecha de la firma, a menos que indique lo contrario aquí _ _ _ _ _

Firma del paciente o representante autorizado **fecha** **Relación**



Winchester Gastroenterology Associates
190 Campus Blvd, Ste. 300 • Winchester, VA 22601
(540) 667-1244 • WinchesterGastro.com

Papeleo de Nuevos Pacientes

Bienvenido y gracias por elegir Winchester Gastrología Asociadas (WGA). Esperamos poder brindarle la mejor atención. Antes de conocer a su proveedor, le pedimos que revise, complete y firme este papeleo.

- Responsabilidad financiera del paciente
- Aviso de privacidad
- Acuse de recibo del aviso de privacidad-autorización para la divulgación de registros médicos
- Información del paciente y del seguro
- Historial medico

Estos formularios están disponibles en nuestro sitio web en www.winchestergastro.com

Como paciente nuevo para nosotros, ***le pedimos que llegue 20 minutos antes de la hora programada para su cita. A los pacientes que lleguen 10 minutos después de la hora de cita se les puede pedir que reprogramen.***

Horas de oficina

Horario regular de 7:30 a. m.-4 p.m. La oficina está cerrada los principales días festivos.

Direccione a nuestra oficina

Estamos ubicados en el campus del centro médico de Winchester, edificio de consultorios médicos II (MOB II) suite 300 (3er piso).

Hay estacionamiento disponible en el lote morado del edificio, pero los espacios están limitados. Hay estacionamiento gratis en el Garaje # 1 que es muy cerca de nuestro edificio

Por favor trae contigo

- Tarjeta de seguro y identificación personal
- El papeleo completado
- Lista de medicamentos,
- Cualquier registro médico que sea importante para su visita al consultorio, incluidos los resultados. Por favor, comuníquese con su proveedor primario para que nos envíen sus registros médicos. Nuestro número de fax es 540-662-3086

Si no puede acudir a la cita

Notifique a la oficina al menos 24 horas antes de la hora programada para su cita. Si no avisan la oficina de la cancelación al menos 24 horas antes de la cita programada, le vamos a cobrar \$35 por “no presentarse” que se deben pagar ante de reprogramar la nueva cita.

Historial Médico

Nombre del paciente:

Fecha de cumpleaños:

Razón de la visita:

Medicamentos: Por favor, enumere todos sus medicamentos y dosis o adjunte una lista. Incluya vitaminas, suplementos a base de hierbas y medicamentos de venta libre.

Medicamentos

Dosaje

Con que frecuencia se toma

Farmacia: indique el nombre y la dirección de su farmacia

Inmunización: marque las que ha recibido y cuándo

Fecha de Hepatitis A:

Fecha de Hepatitis B

Fecha de la influenza:

Otras:

Estudios Gástrico: compruebe si ha tenido alguno de los siguientes procedimientos/ estudios gástricos, cuándo (año en que se realizó) y dónde (ubicación y médico) o escribe ninguno

Colonoscopia: cuando/donde

Endoscopia: cuando/donde

ERCP: cuando/donde

EUS: cuando/donde

Historial Quirúrgico: enumere cualquier procedimiento que haya tenido y cuándo (año) y dónde (ubicación/médico) o adjunte la lista

Colecistectomía: cuando/donde
 Bypass Gástrico: cuando /donde
 Apendectomía: cuando/donde
 Resección del intestino delgado: cuando/donde
 Resección de colon: cuando/donde
 Implante espinal: cuando/donde

Historial Social

Alcohol: no si cantidad
 Cafeína: no si cantidad
 Fumador de tabaco: no si cantidad/año dejado de fumar
 El consumo de drogas: no si: cantidad
 Ejercicio: no si: cantidad

Historial médico familiar

enfermedad célica	enfermedad de Crohn
cáncer de colon	pólipos de colon
colitis ulcerosa	cáncer de estomago
cáncer de páncreas	cáncer uterino
cáncer de esófago	enfermedad del hígado
Otros	

Historial médico del paciente: marque las condiciones que tiene actualmente y en el pasado

Fibrilación Atrial	Enfisema	Tipo De Hepatitis	Embolia Pulmonar
Anemia	Enfermedad De La Arteria Coronaria	VIH	Convulsiones/Epilepsia
Trastorno De Ansiedad	Depresión	Colesterol	Apnea del sueno
Artritis	Desfibrilador	Alta presión sanguínea	Carrera
Asma	Diabetes	Una fibrilación	Tuberculosis
El Esófago De Barrett	Diálisis	Hipotiroidismo	Colitis Ulcerosa
Trastorno De Sangrado/Coagulación	Diverticulitis/Diverticulosis	Enfermedad Del Riñón	
Cirrosis	Reflujo Gástrico	Enfermedad Del Hígado	
Enfermedad de Crohn	Cálculos Biliares	Osteoporosis / Osteopenia	
Cáncer de Colon/ano	Insuficiencia Cardíaca	Pancreatitis	
Pólipos de Colon / ano	Enfermedad Del Corazón	Marcapasos	

Revisión De Los Sistemas: Marque junto a los síntomas que ha experimentado recientemente.

Constitucional	Gastrointestinal	Neurológico
Fiebre	Dificultad para tragar	Debilidad
Escalofríos	Dolor De Tragar	Entumecimiento
Sudores Nocturnos	Indigestión/Acidez Estomacal	Pérdida De Memoria
Aumento De Peso	Hinchazón/Gas	Dolores De Cabeza
Pérdida De Peso	Eructos	Mareo
Fatiga	Regurgitación	Psiquiátrico
Ojos/Oídos/Nariz/Garganta	Náusea	confusión
Dolor de oídos	Vómitos	depresión
Zumbido en los oídos	Disminución Del Apetito	ansiedad
Pérdida de la audición	Satisietad rápida	nerviosismo
Nariz / sinusitis	Dolor / Malestar Abdominal	insomnio
Hemorragias nasales	Diarrea	Endocrino
Ronquidos	Incontinencia fecal	intolerancia al frío
Dolor de garganta	Estreñimiento	intolerancia al calor
Ulceras de boca	sangre en las heces	sed excesiva
sensación de cuerpo extraño en la garganta	heces negras	aumentar la frecuencia urinaria
cambio de gusto	intolerancia a los lácteos	Musculoesquelético
cambio en la visión	picazón rectal	dolores musculares
Cardiovascular	dolor rectal	debilidad
desmayos / aturdimiento	sangrado rectal	dolor en las articulaciones
Dolor de pecho	ictericia	Hematológico / linfático
Palpitaciones	Pulmonar	maratones
extremidades con el esfuerzo	tos	ganglios linfáticos
Genitourinario	tosiendo sangre	sangrado excesivo
agrandamiento de la próstata	dificultad para respirar	
sangre en la orina	sibilancias	
cambio en la orina	Tegumentario (piel)	
incontinencia de orina	cambio en el color de la piel	
	erupciones o picazón	

Firma del paciente / tutor: _____ fecha: _____

Información del paciente y asignación de beneficios de seguro

Apellido _____ primero _____ medio _____

Sexo ___ M ___ H fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Social# _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono móvil _____ casa _____

correo electrónico _____ _Idioma preferido: inglés ___ Español ___

Raza: blanco _____ negro o afroamericano _____ Asiático o nativo de Alaska _____

Hawaiano nativo u otro pacífico americano _____

Etnia: hispano o latino No Hispano o Latino

Empleador _____ Dirección _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Contacto de emergencia numero) _____

Nombre del doctor familiar _____

Seguro Primario

Nombre _____ ID# _____ grupo _____

Nombre del titular de la tarjeta _____ fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con paciente _____

Seguro Secundario

Nombre _____ ID# _____ grupo _____

Nombre del titular de la tarjeta _____ fecha de nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con paciente _____

Autorización

Certifico que la información es veraz y concuerdo con cualquier tratamiento médico o quirúrgico prestado bajo las instrucciones generales y especiales.

Firma del paciente / tutor: _____ **fecha:** _____

Autorización para pagar beneficios al médico y divulgar información a los servicios médicos.

Yo, voy a dejar todos los beneficios a los Asociados de Gastroenterología de Winchester, por los servicios prestados a mí. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgar a mi compañía de seguros cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Yo, autorizo la divulgación de información médica a mi médico para el tratamiento que incluya registros médicos completos, resultados de pruebas, información de cobro a mi compañía de seguros y a otros profesionales médicos.

Yo, entiendo que esta información será revisada, investigada o pagará un reclamo y cumplirá y revisará los registros para iniciativas de mejorar de calidad, cumplimiento de auditorías, gestión de utilización y resolución de quejas. Una fotocopia de esta autorización se considerará valiosa como la original.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi póliza de seguro, incluidos, entre otros, copagos, deducibles y servicios no cubiertos. También acepto de completar todos los trámites necesarios para que mi reclamo sea pagado por mi compañía de seguros y acepto la responsabilidad de todos los cargos si mi compañía de seguros no paga en mi nombre.

Firma del paciente / tutor: _____ fecha: _____

Acuse de recibo del aviso de derechos de privacidad y divulgación de información confidencial

1. I, _____ acuse de recibo y
revisión de
(Nombre del paciente o agente autorizado)

Aviso de prácticas de privacidad de WGA. El aviso proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede usar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que WGA se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que una copia de cualquier aviso revisado estará disponible para mí mediante solicitud por escrito.

2. Yo, autorizo la divulgación de información médica protegida con el fin de llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica de la siguiente manera.
- a. Mi registro completo
 - b. Mi registro completo *con la excepción de lo siguiente*

Registros de salud mental
Enfermedades transmisibles, incluido el VIH y el SIDA.
Tratamiento por abuso de alcohol / drogas

Otros (especificar)

3. Además de la autorización para la divulgación de mi historial médico en el párrafo 2a o 2b de esta autorización, autorizo la divulgación de información con respecto a mi atención médica, tratamiento o facturación a las siguientes personas.

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

4. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Entiendo que mi revocación no es efectiva en la medida en que alguna persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización.
5. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados si firmo esta autorización.

Firma del paciente / tutor: _____ fecha: _____

Responsabilidades financieras del paciente

Los Asociados de Gastroenterología de Winchester (WGA) quieren ofrecer a nuestra comunidad servicios de atención médica y, al mismo tiempo, mantener los costos bajo control. Por lo tanto, le pedimos que lea atentamente nuestra política financiera.

- Su factura se basa en los servicios que recibió. Usted es responsable de pagar la factura si su compañía de seguros no cubre todos los costos.
- Los servicios cubiertos se basan en un acuerdo entre usted, su empleador y su compañía de seguros. WGA no es parte de ese acuerdo.
- Debe ponerse en contacto con su compañía de seguros antes de cualquier servicio si tiene alguna pregunta sobre la póliza.
- Sabemos que los problemas económicos temporales a veces pueden impedir que los pagos se realicen a tiempo. Si surge esta situación, comuníquese con el departamento de cuentas del paciente de inmediato para que se puedan hacer los arreglos para los pagos.
- Los saldos adeudados y no pagados dentro de los noventa días de la fecha de facturación o si no se realizan los arreglos de pago acordados en su cuenta, WGA puede contratar los servicios de un abogado o una agencia de cobranza para ayudar con el cobro de cualquier saldo pendiente.

Pacientes sin seguro medico

La tarifa para pacientes nuevos es de \$220.00 y la tarifa para pacientes establecidos es de \$150.00. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito / débito.

Pacientes con seguro medico

WGA participa con muchas compañías de seguros. La participación significa que tenemos un contrato firmado con la compañía de seguros para brindar atención a las personas que cubre. El contrato de cada empresa es diferente y es posible que ciertos servicios no estén cubiertos según los beneficios de salud de sus empleados. Antes de la cita, comuníquese con el coordinador de beneficios de su empleado o con su compañía de seguros de salud para conocer los detalles de su cobertura.

- Tiene que pagar los copagos al momento de la registración.
- Por favor, proporcione a nuestra oficina tarjetas de seguro actualizadas al mismo tiempo de su cita.
- Comuníquese con su compañía de seguros para ver si participan en nuestra práctica. Si su seguro requiere una remisión de su médico de atención primaria, usted será responsable de obtener la remisión para su cita programada.
- Todos los saldos adeudados a WGA después de que se hayan realizado los pagos del seguro son responsabilidad exclusiva del paciente o del garante.

Responsabilidades financieras del paciente

Si WGA participa con su plan de seguro, nuestra responsabilidad es:

- Enviara una factura a su compañía de seguros por todos los servicios prestados por nuestros proveedores.
- Hará los ajustes contractuales necesarios antes de enviarle un estado de cuenta por el saldo adeudado.

Si WGA NO participa con su seguro (incluye todos los planes WV HMO)

- Si tiene un seguro médico que no participa con WGA, su firma abajo, reconoce que WGA no facturará a su compañía de seguros y que se espera el pago completo en el momento del servicio.
- Habrá un cargo por servicio de \$35.00 por todos los cheques devueltos

Pacientes con Mediare

WGA enviará su factura a Medicare y cualquier seguro secundario que pueda tener. Si no se alcanza su deducible de Medicare, recibirá una factura por la cobertura del deducible, enviaremos todas las reclamaciones al seguro secundario. Si no tiene una cobertura secundaria, se le facturará cualquier monto permitido que no pague Medicare.

He leído este documento de responsabilidad financiera y acepto estos términos.

firma del paciente _____ fecha _____

nombre del paciente impreso _____