

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE NOTAS MÉDICAS

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 SOLTERA U OTRO(S) NOMBRE(S) : \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

### O Marque esta casilla si está solicitando su registro medico completo

O Notas del medico      O resultados de laboratorio      O Resultados de VIH      O resultados radiológicos  
 O Notas quirúrgicas      O resultados patológicos      O notas de hospital      O registro de infusión

Fecha(s) de tratamiento: O Todas las fechas: \_\_\_\_\_ O Fechas especifica desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

### El motive del uso o divulgación es para el propósito de

O continuar la atención medica-- \_\_\_\_\_ O 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 representante autorizado

\_\_\_\_\_  
fecha

\_\_\_\_\_  
Relación

## 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 esto 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 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. Incluye vitaminas, suplementos a base de hierbas y medicamentos de venta libre.

<u>Medicamentos</u>	<u>Dosaje</u>	<u>Con que frecuencia se toma</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**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 cética

enfermedad de Crohn

cáncer de colon

pólipos de colon

colitis ulcerosa

cáncer de estomago

cáncer de

cáncer uterino

cáncer de esófago

enfermedad del hígado

Otros

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**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 ame ricano \_\_\_\_\_

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 o
- 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 parágrafo 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 / tutor**

\_\_\_\_\_  
**fecha**

nombre del paciente impreso \_\_\_\_\_