



Fecha: _____

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES

POR FAVOR LETRA IMPRENTA

☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Miss ☐ Ms. ☐ Dr.

ELEGIR UNA

APELLIDO

NOMBRE

NOMBRE ANTERIOR: _____

MI

(NOMBRE DE SOLTERA)

Dirección: _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO CASA: _____

CÉLULAR: _____

TRABAJO: _____

ext _____

ORIGEN ÉTNICO: _____

RAZA: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____

NOMBRE Y CIUDAD

REFERIDO DOCTOR: _____

(SI ES DIFERENTE DE PCP)

NOMBRE Y CIUDAD

PACIENTE FECHA DE NACIMIENTO: _____

☐ M ☐ F☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO / A ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADOS

SS# _____

PACIENTE EMPLEADO POR: _____

DIRECCIÓN DE TRABAJO: _____

☐ TIEMPO COMPLETO ☐ TIEMPO PARCIAL ☐ NO EMPLEADAS ☐ AUTÓNOMOS EMPLEADO ☐ JUBILADO ☐ SERVICIO MILITAR ACTIVO ☐ ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO ☐ ESTUDIANTE DE TIEMPO PARCIAL

PERSONA DE LA CUENTA RESPONSABLE: _____

TELÉFONO: _____

(DECLARACIONES SE ABORDARÁ A LA PARTE RESPONSABLE)

APELLIDO

NOMBRE

MI

DIRECCIÓN: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

RELACIÓN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

TELÉFONO: _____

APELLIDO

NOMBRE

MI

DIRECCIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

RELACIÓN: _____

NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO: _____

DE CUENTA _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

RELACIÓN: _____

NUMERO DE GRUPO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE SECUNDARIO SEGURO (SI LO TUVIERA): _____

DE CUENTA _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

RELACIÓN: _____

NUMERO DE GRUPO _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE PACIENTES: _____

NOMBRE DE SU FARMACIA LOCAL: _____

CIUDAD: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA DE PEDIDO POR CORREO: _____

CIUDAD/ESTADO: _____

TELÉFONO: _____

IDIOMA PREFERIDO: _____

TRADUCTOR REQUERIDO? ☐ S ☐ N

PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL A LOS REPRESENTANTES DEL PACIENTE

Autorizo a los miembros del personal médico de esta práctica para hablar de mi historia clínica, diagnóstico, tratamiento y pronóstico con los que se señalan a continuación.

NOMBRE

TELÉFONO

RELACIÓN

TELÉFONO DE CASA DEL PACIENTE

☐

OK PARA DEJAR MENSAJE CON INFORMACIÓN DETALLADA

☐

NO DEJAR INFORMACIÓN, DEJAR MENSAJE CON NÚMERO DE DEVOLUCIÓN DE NÚMERO DE TELÉFONO

¿Cómo supo de esta práctica? _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO DE

EL ABAJO FIRMANTE AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN RELATIVA A TODAS LAS RECLAMACIONES PARA BENEFICIOS EN NOMBRE DE MÍ MISMO O SUS DEPENDIENTES. YO ADEMÁS EXPRESAMENTE RECONOCE Y ACEPTA QUE MI FIRMA EN ESTE DOCUMENTO AUTORIZA A MI MÉDICO PARA PRESENTAR UN RECLAMO PARA BENEFICIOS, POR LOS SERVICIOS PRESTADOS O POR SERVICIOS A SER PRESTADOS, SIN OBTENER MI FIRMA EN TODOS U CADA UNO DEMANDA PARA SER SOMETIDA A MI Y/O MIS DEPENDIENTES Y QUE ESTARÁ OBLIGADO POR ESTA FIRMA QUE EL SUSCRITO HABÍA FIRMADO PERSONALMENTE EL RECLAMO PARTICULAR.

Me, _____

(NOMBRE DEL ASEGURADO)

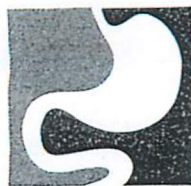
AUTORIZO A _____

(NOMBRE SI SEGURO)

PARA PAGAR Y POR ESTE MEDIO ASIGNAR DIRECTAMENTE A NOMBRE DE LA PRÁCTICA TODOS LOS BENEFICIOS, SI, SI NO PAGO ME LOS SERVICIOS COMO SE DESCRIBE EN LOS FORMULARIOS ADJUNTOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS INCURRIDOS. ADEMÁS, RECONOCE QUE LOS BENEFICIOS SEGUROS, CUANDO RECIBÍ POR Y PAGOS A NOMBRE DE LA PRÁCTICA, PA SERÁ ACREDITADO A MI CUENTA, DE ACUERDO CON LO ANTERIOR DICHO.

(FIRMA AUTORIZADA DEL SUSCRITOR)

(FECHA)



GANJ
GASTROENTEROLOGY
ASSOCIATES OF NEW JERSEY

71 Union Avenue • Suite 201
Rutherford, New Jersey 07070
T 973-842-0020 • F 973-842-0010
www.ganjllc.com

Nuestra oficina está habilitado para la web

A través del Portal del paciente tendrá acceso a citas, resultados de laboratorio, medicamentos, registros médicos y mucho más. Simplemente indíquenos su dirección de correo electrónico para empezar.

Nombre del paciente: ____

☐ Doy mi consentimiento para ser web habilitar a través del portal paciente.

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

☐ No quiero ser habilitado para la web.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA EL COMPROMISO DEL CUIDADO DE SEGUIMIENTO

Yo, _____, _____, hereby reconocer
(por favor escriba el apellido) (por favor escriba el nombre)

y entender que incluso con la mejor formación, habilidad y experiencia, un profesional médico entrenado no es siempre capaz de resolver mis problemas de salud. Por lo tanto, entiendo que es importante que todos y recomendaciones de los médicos siguen completamente con el fin de aumentar la probabilidad de un positivo y saludable/resultado del tratamiento. Reconozco y entiendo que si cualquier médico en esta oficina le receta medicina para mí la toma correcta de tal medicamento será mi responsabilidad (o mi tutor que haya asistido a esta consulta). Estoy de acuerdo en seguir correctamente las dosis prescritas y frecuencia cantidades de estos medicamentos según las recomendaciones de mi doctor.

Entiendo que si un médico en esta oficina refiere me para ver a otro médico o recibir otra prueba incluyendo pero no limitado a, un examen de sangre, una IRM o una TC, esta recomendación oportuna es importante y esencial para el éxito final de mi resultado del tratamiento. Entiendo que no es posible para cualquier persona en esta oficina constantemente durante el seguimiento para asegurarse de que he seguido estas recomendaciones. Por lo tanto, entiendo que si no a ver a especialista u obtener la prueba que me refirieron inmediatamente, esto puede arriesgar mi salud actual o aumentar riesgos para la salud futura.

Entiendo que es únicamente mi responsabilidad de seguir el Consejo médico dado por cualquier persona en la oficina médica y es de esperarse un resultado de la mala salud de mi falta de seguir el Consejo de mis médicos.

Signature _____ Date _____

Nota : Este formulario se proporciona como una cortesía "modelo" y no debe considerarse como asesoramiento legal. No se ofrece ninguna garantía de uso de esta forma por NJ puro o cualquiera de sus representantes. Uso de este formulario es exclusivamente la responsabilidad de la práctica de médico y médico acepta PRUE de NJ inofensivo de cualquier uso y dependencia de esta forma.

N101
Gastroenterology Associates de Nueva Jersey
Aviso de prácticas de privacidad

Nombre del paciente: ____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Date ____ / ____ / ____

El aviso de prácticas de privacidad describe cómo puede utilizarse la información médica protegida acerca de usted y divulgada y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

GANJ es obligado por ley a proteger la privacidad de información de salud que puede revelar su identidad, y proporcionarle una copia de este aviso, que describe la privacidad de la información de salud prácticas de nuestra práctica, su personal médico y afiliados prestadores de salud que realizan conjuntamente actividades de pago y las operaciones del negocio con nuestra práctica. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y genética información y se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y servicios de salud relacionados.

Por la presente reconozco que he recibido de Gastroenterology Associates de Nueva Jersey, LLC ("GANJ") una copia del aviso de prácticas de privacidad de GANJ. Entiendo que el aviso de Política de privacidad establece mis derechos relativos al uso y divulgación de mi salud personal información y explica cómo puede utilizar y divulgar mi información de salud personal con GANJ y sin mi autorización. Entiendo que puedo contactar oficial de privacidad de GANJ si me tiene alguna pregunta sobre el contenido de este aviso, o presentar una queja.

Firma de paciente / agente de cuidado de la salud / tutor / pariente
(Esta firma indica haber recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad).

____ Paciente es incapaz de firmar por razones médicas

____ Patient se niega a firmar

____ Otra (sírvase explicar) ____

Este reconocimiento formulario pasarán a formar parte de su expediente médico permanente.

POLÍTICA FINANCIERA DE LA OFICINA

Todos los pacientes deben completar nuestra hoja de información para el paciente antes de ver al doctor.

REGARDNG LOGRADO ATENCIÓN SEGURO PARTICIPAMOS CON:

Usted es responsable de suministrar a nuestro personal con sus tarjetas de identificación y todas referencias y o formas de autorización antes de ver al doctor (si corresponde). No será excepciones.

Si no tienes correctamente formas, tarjetas de identificación o copagos aplicables tal como se describe en el manual seguro, Usted debe ya sea reprogramar o pagar para los servicios en completo.

EN CUANTO A TARIFAS NORMALES Y HABITUALES NO PARTICIPANTES SEGUROS":

Nuestra práctica está comprometida a proveer la más alta calidad del tratamiento de nuestros pacientes, y cobramos lo que es habitual y costumbre de nuestras áreas. Usted es responsable de pago independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de tarifas normales y habituales.

SEGURO SECUNDARIO CON RESPECTO A:

No somos responsables para la presentación de balances a sus aseguradoras secundarias. Con mucho gusto le proporcionaremos la información que necesaria a recoger de su aseguradora secundaria.

Devuelto por cheque : \$50.00

Gracias por entender nuestra política financiera de la oficina. No dude en saber nuestra oficina de facturación si usted tiene alguna pregunta o inquietud o si desea discutir arreglos de pago.

He leído la anterior política financiera; Estoy de acuerdo y comprender sus términos.

Firma del paciente o la persona responsable

fecha

Firma del Co responsable

fecha