



## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

#### Raza

Blanca

Negra / Afro  
Americano

Asiático

Indio Americano / o Nativo de Alaska

Nativo de Hawái/  
Otra Isla del Pacífico

Origen Étnico

Origen Étnico

Desconocido

El paciente se niega a  
proporcionar información

#### Origen Étnico

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

El paciente se niega a proporcionar información

#### Sexo

Hombre

Mujer

Otro

#### Idioma Preferido

Inglés

Francés

Creole

Español

Otro: \_\_\_\_\_

### FARMACIA

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS ACTUALES

Ninguno

Nombre

Dosis

Cómo se toma?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## CONDICIONES MEDICAS PASADAS O PRESENTES

- Ninguna
- |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AICD/Marcapasos           | <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                | <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Artritis                |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon           | <input type="checkbox"/> Cáncer - Otro           | <input type="checkbox"/> Cirrosis del Hígado            | <input type="checkbox"/> Colesterol Elevado      | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa        |
| <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Derrame/Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológicos          | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Diverticulitis          |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho            | <input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Celíaca             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn     | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal/Insuficiencia | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple     | <input type="checkbox"/> Fibromialgia            |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis               | <input type="checkbox"/> Hígado Grasoso                 | <input type="checkbox"/> Hipertensión            | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca  |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia a la Lactosa | <input type="checkbox"/> Pólipos en el Colon     | <input type="checkbox"/> Pancreatitis                   | <input type="checkbox"/> Problema de la Vecicula | <input type="checkbox"/> Próstata Agrandada      |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesofágico   | <input type="checkbox"/> Sangramiento Facil      | <input type="checkbox"/> Síndrome del Colon             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis            | <input type="checkbox"/> Úlcera Estomacal        |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                  | <input type="checkbox"/> Otro _____              |   |  |  |

## ALERGIAS

- Desconoce tener alergias
- Desconoce alergias a medicamentos
- |                                     |   |                                 |   |                                      |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Sulfato de Codeína   | <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Yodo o que contenga yodo | <input type="checkbox"/> Morfina     |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Sulfa (Sulfonamidas) | <input type="checkbox"/> Látex  | <input type="checkbox"/> Soya                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

## ESTUDIOS / PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

- Ninguno
- |   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia<br>Cuándo: _____          | <input type="checkbox"/> Gastroscoopia<br>Cuándo: _____       | <input type="checkbox"/> ERCP<br>Cuándo: _____             | <input type="checkbox"/> Biopsia del Hígado<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Enteroscopia:<br>Cuándo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecografía Endoscópica<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Capsula Endoscópica<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Prueba de Estrés<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Ecocardiograma<br>Cuándo: _____     |   |

## PROCEDIMIENTOS ANTERIORES

- Ninguno
- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía Estética del Abdomen<br>Cuándo: _____     | <input type="checkbox"/> Apendectomía<br>Cuándo: _____               | <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica<br>Cuándo: _____     | <input type="checkbox"/> Cirugía de Vejiga<br>Cuándo: _____    | <input type="checkbox"/> Seno<br>Cuándo: _____                              |
| <input type="checkbox"/> Cesárea<br>Cuándo: _____                          | <input type="checkbox"/> Resección de Colon<br>Cuándo: _____         | <input type="checkbox"/> Colostomía<br>Cuándo: _____             | <input type="checkbox"/> Derivación Coronaria<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de la Hernia Umbilical<br>Cuándo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de la Hernia Inguinal<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Vesícula Biliar<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Hemorroides<br>Cuándo: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía<br>Cuándo: _____        | <input type="checkbox"/> Cirugía de Ovarios<br>Cuándo: _____                |
| <input type="checkbox"/> Próstata<br>Cuándo: _____                         | <input type="checkbox"/> Estómago<br>Cuándo: _____                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                             |  |   |

## HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Ningún conocimiento de la historia familiar

No historia familiar de  Cáncer de Colon  Enfermedad de Crohn  Colitis Ulcerosa  Pólipos en el Colon  Enfermedad Hepática

Estado de Salud	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallecido/a la edad de	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Diagnósticos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pólipos en el Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer Pancreático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HISTORIA SOCIAL

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de Niños: \_\_\_\_\_

### Estado Civil:

Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

**Alcohol**  Ninguno

	Tipo	Cantidad	Numero
<input type="checkbox"/> Raramente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Menos de 2 días a la semana	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Más de 2 días a la semana	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diariamente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dejé de usar	_____	_____	_____

### Consumo de Tabaco

Fuma diariamente  Fuma ocasionalmente  Ex fumador  Nunca ha fumado  
 Fumador- no se sabe el estatus  Fuma poco  Fuma mucho  No se sabe si ha fumado

Tipo	Comenzó	Dejo de Fumar	Cantidad	Frecuencia
<input type="checkbox"/> Cigarrillo	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cigarro	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tabaco de Mascar	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pipa	_____	_____	_____	_____

### Uso de Drogas

Ninguno

#### Tipo

Nunca he usado drogas recreativas  Actualmente estoy usando drogas recreativas  
 He usado drogas recreativas en el pasado  He sido tratado por abuso de sustancia

# REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

## CONSTITUCIONAL

- Ninguno
- Si No
- fatiga
- fiebre
- pérdida de peso

## RESPIRATORIO

- Ninguno
- Si No
- tos
- falta de respiración

## CARDIOVASCULAR

- Ninguno
- Si No
- dolor de pecho
- palpitaciones

## GASTROINTESTINAL

- Ninguno
- Si No
- gas
- acidez
- náusea
- vómitos
- dificultad para tragar
- dolor abdominal
- cambio en los hábitos intestinales
- estreñimiento
- diarrea
- insuciamiento/incontinencia
- sangrado rectal
- dolor en el recto
- hemorroides
- ictericia

## HEMATOLÓGICA/LINFÁTICO

- Ninguno
- Si No
- sangrado fácil

## GENITOURINARIO

- Ninguno
- Si No
- orina oscura

## MUSCULOESQUELÉTICO

- Ninguno
- Si No
- dolor en las articulaciones

## INTEGUMENTARIO

- Ninguno
- Si No
- erupción

## NEUROLÓGICO

- Ninguno
- Si No
- dolores de cabeza

## PSIQUIÁTRICO

- Ninguno
- Si No
- ansiedad/depresión
- pérdida de memoria/confusión

## VACUNAS

- Ninguna
- Flu                       Hepatitis A                       Hepatitis B                       Neumonía                       HPV (Virus de Papiloma Humano)
- Cuándo: \_\_\_\_\_      Cuándo: \_\_\_\_\_      Cuándo: \_\_\_\_\_      Cuándo: \_\_\_\_\_      Cuándo: \_\_\_\_\_
- Herpes                       Tétanos                       Otra:
- Cuándo: \_\_\_\_\_      Cuándo: \_\_\_\_\_      Cuándo: \_\_\_\_\_

## Política Financiera Gastro Health – Virginia

A continuación se muestran las políticas financieras de Gastro Health Holdco, LLC, y sus subsidiarios y afiliados\*(de aquí en adelante referidas colectivamente como Gastro Health); Todas las referencias de avisos a través de este documento se aplicarán igualmente a todas los subsidiarios y afiliados de Gastro Health Holdco, LLC, sus médicos y servicios, los cuales serán referidos colectivamente como "Gastro Health" en este documento.

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Su seguro médico es un contrato entre usted y su aseguradora. Cualquier cargo no pagado por su aseguradora por cualquier motivo es su responsabilidad. **Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro, incluidas las limitaciones del plan, la diferencia entre los beneficios de atención preventiva o de detección y los beneficios del procedimiento de diagnóstico y la necesidad de derivaciones o autorizaciones previas.** Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios, identificar sus responsabilidades financieras y autorizaciones previas antes de su cita en su nombre; sin embargo, esto no constituye una garantía de pago. Le facturaremos a su seguro todos los servicios que proporcionamos; sin embargo, **le exigimos que pague cualquier parte de su responsabilidad financiera por la atención médica**, incluidos, entre otros, copagos, deducibles o coseguros, **antes del servicio.** Es posible que ciertos servicios prestados por nuestra oficina, para su beneficio, no estén cubiertos por su plan de seguro. Gastro Health sugiere que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprender qué servicios no están cubiertos, ya que estos serán su responsabilidad financiera. Tenga en cuenta que si obtiene una póliza del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y recibe un subsidio, pero no paga su prima durante el período de gracia, su atención médica será completamente su responsabilidad financiera. CIERTOS SEGUROS O EMPLEADORES PUEDEN TENER UNA RED ESTRECHA QUE EXCLUYE A SU MÉDICO. SI NUESTROS SERVICIOS SE CONSIDERAN FUERA DE LA RED Y SU PLAN DE BENEFICIOS NO TIENE BENEFICIOS FUERA DE LA RED, ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS. CONSULTE CON SU PLAN ANTES DE SU VISITA.

### CARGOS ADMINISTRATIVOS

Entiendo que hay un cargo de \$35 por cheques devueltos por cualquier motivo. No reparar el cheque devuelto puede resultar en una acción legal. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas en el consultorio con menos de 24 horas de anticipación, puede resultar en un cargo de \$25. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas para procedimientos con menos de 72 horas de anticipación puede resultar en un cargo de \$200. Nuestra tarifa por completar formularios es de \$25. Hay un cargo por copiar registros médicos de acuerdo con las leyes estatales.

### Consentimiento para recibir mensajes de texto de Gastro Health

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL: Doy permiso a Gastro Health y a su personal y al servicio de notificación al paciente para que se comuniquen conmigo a través de mi dispositivo celular para llamadas telefónicas automatizadas y mensajes de texto SMS. Entiendo que las notificaciones de emergencia están excluidas de este permiso y se enviarán normalmente. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados a través de Gastro Health a mi teléfono móvil. Entiendo que no tengo ninguna obligación de autorizar a Gastro Health a enviarme mensajes de texto como parte de este programa. Al firmar, certifico que soy el propietario de este dispositivo celular y su contrato de usuario.

Además, al firmar a continuación, entiendo y acepto las políticas financieras de Gastro Health. Doy permiso a Gastro Health para aplicar pagos a cualquier saldo entre sus ubicaciones. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de los servicios que recibo de Gastro Health. Si no cumplo con mi responsabilidad financiera, entiendo que se me pueden cobrar tarifas adicionales incurridas en el proceso de cobranza, incluso de agencias de cobranza de terceros.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*\*\*"Afiliado" significa cualquier otra entidad o persona que directa o indirectamente, a través de uno o más intermediarios, controle, sea controlada por, o esté bajo control común con, la primera entidad. El término "control" (incluyendo los términos "controlado por" y "bajo control común con") significa el poder directo o indirecto de dirigir o provocar la dirección de la administración y las políticas de una entidad, ya sea mediante la propiedad de valores con derecho a voto, por contrato o de otro modo/la propiedad de más del 50% de los valores con derecho a voto de dicha entidad.*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE PARA TRATAMIENTO Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

---

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO:** El abajo firmante se ha presentado voluntariamente para recibir atención médica y consiente dicha atención y tratamiento, incluyendo cualquier procedimiento y prueba diagnóstica que el/los médico(s), sus asociados, asistentes y otros profesionales de la salud consideren necesarios o apropiados para el diagnóstico. Los procedimientos o exámenes pueden incluir, entre otros, anoscopia, pruebas de aliento, cápsula endoscópica, fibroscan, ligadura de hemorroides, ecografía y tacto rectal. El abajo firmante entiende que se le explicará previamente la naturaleza, el propósito previsto, los posibles riesgos/complicaciones y las alternativas para cada procedimiento o tratamiento. El abajo firmante entiende y reconoce que no se ha otorgado ni se otorgará ninguna garantía en cuanto al resultado o la curación del tratamiento.

**USO DE DATOS ANÓNIMOS:** Podemos utilizar datos anónimos derivados de su información médica protegida (PHI) para entrenar, validar, supervisar o mejorar los algoritmos de IA utilizados en las herramientas de planificación de tratamientos. Dicho uso cumplirá con las leyes de privacidad y seguridad aplicables, y no se utilizará información identificable sin su autorización.

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** El abajo firmante entiende que tiene derecho a revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor antes de firmar este documento y reconoce que dicho Aviso se ha puesto a su disposición. El Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor también se encuentra en la sala de espera.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la Autoridad del Representante Personal

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CONSENTIMIENTO FINANCIERO**

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA? ¿Podemos divulgar su información médica protegida a su: cónyuge, hijos adultos, hermanos/as, abogado, compañía de seguros de vida u otra entidad? En caso afirmativo, escriba su nombre, información de contacto y relación/parentesco.

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Relación/parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona/organización \_\_\_\_\_

Relación/parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR? A continuación indique los elementos que acepta que divulguemos. Para la divulgación de algunos elementos se requiere la firma de un paciente menor de edad. Si acepta que divulguemos toda la información médica, marque solo la primera casilla.

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Toda la información médica</b>      | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico    | <input type="checkbox"/> Notas de progreso                  | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Historia clínica/examen físico         | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Resumen del alta                   | <input type="checkbox"/> Informes de radiología     |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos que tomó/toma actualmente | <input type="checkbox"/> Informes quirúrgicos  | <input type="checkbox"/> Informes de pruebas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Imágenes médicas           |
| <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio                | <input type="checkbox"/> Informes de consulta  | <input type="checkbox"/> Informes de patología              | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |

Para divulgar la siguiente información se requieren sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Registros de salud mental (excluidas las notas de psicoterapia) \_\_\_\_\_ Información genética (incluidos los resultados de pruebas genéticas)

\_\_\_\_\_ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias \_\_\_\_\_ Resultados de prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

**PERÍODO DE TIEMPO EFECTIVO:** Esta autorización es válida hasta que se produzca la muerte del individuo, el individuo alcance la mayoría de edad o se retire el permiso, lo que ocurra primero; o hasta la siguiente fecha específica (opcional):

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**DERECHO A REVOCAR:** Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento por escrito indicando mi intención de revocar esta autorización a la persona u organización mencionada en "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Entiendo que las acciones anteriores tomadas sobre la base de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información médica no se verán afectadas. Si revoco esta autorización, debo enviar una solicitud por escrito a: **GASTRO HEALTH HOLDCO, LLC 9500 S. Dadeland Blvd. Suite 200, Miami, FL 33156 ATTN: Privacy Officer.** Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya revelado en virtud de esta autorización ni a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar una demanda conforme a mi póliza.

**CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN POR TELÉFONO MÓVIL:** Al firmar este documento, usted otorga su consentimiento para que su número de teléfono móvil se use con el fin de comunicarse con usted por mensaje de texto o voz a través de un mensaje automatizado o pregrabado para brindarle información relacionada con su atención médica, cuenta o facturas de servicios de atención médica así como información relacionada con servicios de atención médica adicionales que podrían ser de su interés. No es necesario que nos proporcione su número de teléfono móvil para estos fines.

Si no ha proporcionado a Gastro Health su número de teléfono móvil, puede proporcionarlo aquí: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** Su seguro médico es un contrato entre usted y su aseguradora. Cualquier cargo no pagado por su aseguradora por cualquier motivo es su responsabilidad. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro, incluidas las limitaciones del plan, la diferencia entre los beneficios de atención preventiva o de detección y los beneficios del procedimiento de diagnóstico y la necesidad de derivaciones o autorizaciones previas. Haremos todo lo posible para verificar sus beneficios, identificar sus responsabilidades financieras y autorizaciones previas antes de su cita en su nombre; sin embargo, esto no constituye una garantía de pago. Le facturaremos a su seguro todos los servicios que proporcionamos; sin embargo, le exigimos que pague cualquier parte de su responsabilidad financiera por la atención médica, incluidos, entre otros, copagos, deducibles o coseguros, antes del servicio. Es posible que ciertos servicios prestados por nuestra oficina, para su beneficio, no estén cubiertos por su plan de seguro. Gastro Health HoldCo, LLC sugiere que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprender qué servicios no están cubiertos, ya que estos serán su responsabilidad financiera. Tenga en cuenta que si obtiene una póliza del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y recibe un subsidio, pero no paga su prima durante el período de gracia, su atención médica será completamente su responsabilidad financiera. CIERTOS SEGUROS O EMPLEADORES PUEDEN TENER UNA RED ESTRECHA QUE EXCLUYE A SU MÉDICO. SI NUESTROS SERVICIOS SE CONSIDERAN FUERA DE LA RED Y SU PLAN DE BENEFICIOS NO TIENE BENEFICIOS FUERA DE LA RED, ES RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PAGAR POR TODOS LOS SERVICIOS. CONSULTE CON SU PLAN ANTES DE SU VISITA.

**CARGOS ADMINISTRATIVOS:** Entiendo que hay un cargo por cheques devueltos por cualquier motivo (consulte con el personal del consultorio los cargos específicos que se cobran). No reparar el cheque devuelto puede resultar en una acción legal. Entiendo que no asistir a una cita o cancelar citas con menos de 24 horas de anticipación, para visitas al consultorio y 72 horas para procedimientos, puede resultar en una tarifa de acuerdo con las políticas aplicables de la oficina o la instalación. Además, se puede cobrar una tarifa por completar formularios (consulte con el personal del consultorio para conocer las tarifas específicas que se cobran) y copiar registros médicos de acuerdo con las leyes estatales.

**PAGO:** Gastro Health HoldCo, LLC se compromete a reducir el desperdicio y la ineficiencia y hacer que nuestro proceso de facturación sea lo más simple posible. Realizamos pagos a través de una aplicación de servicios comerciales segura, compatible con HIPAA y PCI. La seguridad de su información privada es nuestra prioridad. Para su protección, solo los últimos 4 dígitos de su tarjeta aparecerán en el sistema. Procesaremos su pago automáticamente, enviándole un recibo por correo electrónico (si tenemos uno registrado). Su capacidad para disputar los cargos de su compañía de seguros no se verá comprometida. Los pacientes sin seguro deberán realizar el pago total el día de la visita.

**SALDOS ABIERTOS:** Es posible que tenga saldos pendientes para más de una ubicación dentro de la práctica. Nos reservamos el derecho de cobrar los saldos de cualquier subsidiaria de Gastro Health HoldCo, LLC. Nota: Los pagos con tarjeta de crédito solo se aceptan en nuestras oficinas o a través de nuestro sitio web y no se procesarán si se envían por correo a nuestra oficina central de facturación. Los pacientes que no cumplan con nuestras políticas financieras pueden ser enviados a cobranzas, incurrir en costos adicionales hasta el 25% del saldo y ser despedidos de nuestra práctica. Los saldos identificados en la cuenta se pueden reembolsar solo durante la última semana del mes.

**DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DEL PACIENTE:** *Al firmar a continuación, entiendo y acepto las políticas financieras de Gastro Health HoldCo, LLC. Autorizo el uso de mi tarjeta de crédito para los saldos pendientes solo después de que mi seguro haya procesado mi reclamo pero no más de seis (6) meses después de mi visita. Doypermiso a Gastro Health HoldCo, LLC para que aplique pagos a cualquiera de los saldos de sus ubicaciones. Entiendo que, en última instancia, soy financieramente responsable de los servicios que recibo de Gastro Health, LLC. Si no cumplo con mi responsabilidad financiera, entiendo que se me pueden cobrar tarifas adicionales incurridas en el proceso de cobranza, incluso de agencias de cobranza de terceros.*

**AUTORIZACIÓN Y FIRMA:** He leído este formulario y acepto el uso y la divulgación de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**FIRMA X**

\_\_\_\_\_   
 Firma del individuo o del representante legal autorizado del individuo

\_\_\_\_\_   
 FECHA

Nombre en letra de molde del representante legal autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Si es representante, especifique la relación/el parentesco con la persona:  Padre/madre del menor de edad  Tutor  Otro \_\_\_\_\_

**FIRMA X**

\_\_\_\_\_   
 Firma del menor de edad

\_\_\_\_\_   
 FECHA