

Fecha de hoy:		PCP:		Account #:	
Apellido:		Nombre:		M.I.	Número de seguro social:
					Fecha de nacimiento: / /
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático/pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Más de 1 raza <input type="checkbox"/> Otro		
origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		Estado matrimonial: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Otro		Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Teléfono de casa: ()		Teléfono de trabajo: ()		teléfono celular: ()	

Domicilio:

Ciudad: Estado: Código postal: Correo electrónico:

INFORMACION DEL EMPLEO

Empleado Retirado Desempleado Otro

Nombre del empleador: Ocupación:

CONCEDER ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted puede discutir mi información de salud con las siguientes personas (cuidadores, miembros de la familia, etc..)

¿Podemos dejar mensaje en el contestador automático de su casa, o cualquier otra persona? **SÍ O NO**

Nombre	Número de teléfono	Relación con el paciente
	()	
	()	

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

**Porfavor proporcione tarjeta (s) de Seguro médico e identificación a la recepcionista **
Por favor llene la siguiente sección Completamente. Su compañía de seguros no pagará si no tenemos la información correcta.

Persona responsable de la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro	Número de teléfono: ()
Domicilio de la calle (Si es diferente):		Ciudad:	Estado: Código postal:

Nombre de Seguro médico primario:		Nombre de Seguro médico secundario:	
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento: / /	Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento: / /
Relación del paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro	Número de Seguro social del suscriptor:	Relación del paciente con el Suscriptor: <input type="checkbox"/> propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro	Número de Seguro social del suscriptor:
Número de identificación:		Número de identificación:	
Número de grupo:		Número de grupo:	

Firma del paciente

Fecha

WESTGLEN GASTROINTESTINAL CONSULTORES (WGGI)
DBA: KANSAS CITY NORTE GI

POLÍTICA DE PAGO DEL PACIENTE
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

Responsabilidad del Paciente:

*Usted es responsable de todos los gastos resultantes por cualquier tratamiento recibido por los Consultores de Westglen Gastrointestinal. Nosotros facturamos la mayoría de las compañías de seguros. Sin embargo, el responsable principal de cualquier estado de cuenta será usted. Su copago debe ser colectado el día de su cita, cualquier saldo restante debe ser pagado en el momento que reciba su primera factura a menos que se hagan otros arreglos financieros. Si usted tiene un saldo con nosotros, podemos pedirle que haga un pago en su próxima cita con nosotros.

*Ver forma de tarjeta de crédito paciente.

*Menores de edad: Pacientes menores de 18 años serán la responsabilidad de los padres.

Fracturación de Seguros:

*Es su responsabilidad, (o la de la persona responsable financieramente) de proporcionar, la información correcta y precisa del seguro médico. Si hay cambios en su seguro médico, favor de proporcionar la nueva información antes de recibir atención médica. Si su seguro médico no está en vigente al momento que usted recibió atención médica, o si su plan no cubre los servicios recibidos, usted será responsable de los cargos.

***Medicare:** Participamos con Medicare.

***Medicaid:** Por favor traiga su tarjeta de su seguro médico actual con usted a cada cita.

Pago Privado:

*Usted será responsable del pagar por el servicio dado el día de su cita y antes de cualquier procedimiento que se programe.

Cheque Devuelto:

*Nuestra política de oficina es de cobrar **una cuota de \$ 35** por cheques sin fondo o devueltos por su banco.

Autorización para Divulgar Información:

*Para obtener el pago de servicios, autorizo Consultores Westglen Gastrointestinales proporcionar información de mi expediente médico a cualquier empresa elegible por el pago de sus servicios otorgados, incluyendo mis compañías de seguros y sus representantes, mi empleador o sindicato si están envueltos en el procedimiento. Para más información con respecto a la divulgación de información médica de salud, por favor consulte el Aviso de información Privada.

*Si he sido referido por, o estoy siendo referido a otro proveedor de salud médica, autorizo a Consultores Westglen Gastrointestinales relevar mi información médica a ese proveedor para la atención continua de mi salud.

*Por la presente autorizo el pago de beneficios a Consultores Westglen Gastrointestinales. Yo entiendo que soy responsable financieramente de todos los gastos incurridos en el curso de mi tratamiento por Consultores Westglen Gastrointestinales.

YO, O MI REPRESENTANTE DESIGNADO, HEMOS LEÍDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES ANTERIORES. PUEDO PEDIR UNA COPIA DE ESTA POLÍTICA EN CUALQUIER MOMENTO.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Fecha

Firme abajo si la divulgación de la información no está autorizada:

Por lo tanto, estoy de acuerdo en pagar los costos de todos los servicios de tratamiento personalmente.

Firma del paciente o representante

Fecha

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO ESCRITO

Yo, _____ me han ofrecido y he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente o representante

Fecha