

INFORMACION DEL PAC	IENTE		Fecha de nacimiento:			
Apellido:		Nombre:				
	rección: SS#:					
Raza		Etnicidad				
Ciudad:	Estado:	Código	postal:			
Teléfono de casa:		Teléfono celu	lar:			
Correo electrónico:						
Doy permiso para divulgar la	información de la cita a c	quien responda en	mi número de teléfono indicado: SíNo_			
Idioma principal:		¿Se requieren	servicios de interpretación? Sí No			
Nombre de la farmacia:		Núme	ro de teléfono:			
DIRECCIÓN:						
INFORMACIÓN DEL EMI						
Nombre de la empresa:			Número de teléfono:			
DIRECCIÓN:						
			:			
Ocupación:		coulgo postar				
CONTACTO DE EMERGE	NCIA					
Nombre:		Número de te	léfono:			
Relación:		Dirección:				
AUTORIZACIÓN HIPAA						
Doy permiso a mi médico pa	ra discutir y/o divulgar cu	alquier información	n médica relacionada con mi atención			
		ente de que puedo	revocar o modificar este permiso en			
cualquier momento por escr	ito.					
Nombre:	Telé	fono#:	Relación:			
Nombre:	Telé	fono#:	Relación:			
Nombre:	Telé	fono#:	Relación:			
Asignación de boneficios. Des l		hanafiaias mádiaas	(a suivissiana inaluidas las svissianias			
			/o quirúrgicos, incluidos los principales in de salud al médico/instalación registrado.			
			do que soy financieramente responsable de			
			a dicho cesionario a divulgar toda la			
información necesaria para gar		a presente, autorizo	a dicito cesionario a divulgar toda la			
		nédico registrado y ale	(los) asociado(s) a tratar al paciente			
mencionado anteriormente.	or in presente, autorizo di ili	iculto registrado y al	(103) asociado(3) a tratar ar paciente			
Firma del paciente:			Fecha:			

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Acuerdo Financiero

- Servicios prestados al paciente, no a la compañía de seguros. Como cortesía, nuestra oficina presentará su seguro si se recibe la información adecuada.
 - a. Usted es responsable de los copagos, los deducibles, los servicios no cubiertos, el coseguro y los artículos que su compañía de seguros considere "no necesarios desde el punto de vista médico".
 - b. Para reclamos impagos durante más de 45 días, es su responsabilidad hacer un seguimiento con su seguro y el saldo adeudado se considera vencido y pagadero.
- 2. Es su responsabilidad notificar a nuestra recepción de cualquier seguro o cambio de dirección. Usted será responsable de cualquier cambio que ocurra si no se nos notifica.
- Infórmenos si por alguna razón no puede asistir a su cita con al menos 24 horas de anticipación. En caso de no presentarse sin notificación, cobraremos \$25.00 para cubrir el costo incurrido por la preparación de su visita.

Autorizo a Katy GastroHealth & Nutrition a presentar reclamos de seguro con mi firma en el archivo a continuación. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta asignación en el reclamo,

Autorización del paciente

Consentimiento general para el tratamiento

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para recibir tratamiento en la instalación. Permito que el centro y sus empleados, médicos y otras personas involucradas en mi atención me traten de la manera que consideren beneficiosa para mí. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información sobre mi atención y tratamiento, y el derecho a retirar mi consentimiento para el tratamiento y/o la prueba. Doy mi consentimiento para exámenes, análisis de sangre (incluido el análisis de sangre para enfermedades transmisibles como la hepatitis y el VIH/SIDA cuando los proveedores de atención médica han estado expuestos a mi sangre/líquidos), procedimientos de laboratorio e imágenes, medicamentos, infusiones, atención de enfermería y otros servicios o tratamientos. prestados por el personal del centro bajo las instrucciones, orden o dirección de dicho(s) médico(s).

Firma del paciente:	Fecha:	_
Firma dei paciente:	Fecha:	



Historial del paciente

Nombre del paciente :			Fecha de nacimient	o: Fecha:
Casado	Soltero	D	ivorciado	Viudo:
Educación:		0	cupación:	
Número de embarazos/ Número	de hijos:	/_		
Consumo de tabaco: Si / No	¿Cuánto?	por día	a ¿Cuánto tiempo? _	Fecha de salida:
alcohol: Sí / No	Cafeína : (Ca	ıfé, té, refre	escos de cola) ¿cuánto	o por día?
Describa brevemente su problem	na de gasto /colo	n:		
Enfermedad pasada de usted mis	smo (encierre en	un círculo):	:	
Anemia / Hemorragia gastrointes	stinal	Asma / E	POC	Cáncer / Tumor
Depresión / Enfermedad mental		Diabetes		Epilepsia / Convulsiones
Enfermedad cardíaca		Hepatitis	/ Ictericia	Presión arterial
alta Colesterol alto		VIH / Dia	gnóstico inmunológi	co Enfermedad renal
Enfermedad hepática Enfermeda	d	pulmona	r	Osteoartritis / ArtritisOsteoporosis
Accidente cerebrovascular		Enfermed	dad de la tiroides	Úlcera en el tracto GI
Otro:				
Fecha de la última colonoscopia:		no	ormal / anormal	
Fecha de la última EGD:	_ no	normal / anormal		
Antecedentes quirúrgicos pasad	os			
Nombre de la cirugía			Fecha mes año)	FOLDS AND CONTRACTOR PROMISE

lista de medicamentos	☐ Sin medicamentos actual	ales
-----------------------	---------------------------	------

Nombre del Medicamento	Fortaleza	Dosis	Frecuencia	PM
				FIVI
Alergias a medicamentos: Sin alergias conocid	as			
Nombre del medicamento	Reacción	TENEST P		



Gastro Salud y Nutrición 6404 Nursery Dr Ste 201, Victoria, TX 77904

ROS: Marque SÍ o NO

CONSTITUCIONAL	SÍ	NO	RESPIRATORIO	SÍ	NO	HEMATOLOGÍA / LINFA	SÍ	NO
Pérdida de peso		22222	Tos			Moretones con facilidad		
Fatiga			tos con sangre			Las encías sangran fácilmente		
Fiebre			sibilancias			glándulas agrandadas		
			Escalofríos					
OJOS	SÍ	NO	GASTRO	SÍ	NO	MSK	SÍ	NO
Anteojos		-	Acidez estomacal / Reflujo			Dolor/hinchazón articular		-
Dolor de ojo			Náuseas vómitos			Rigidez		
Visión doble			BM negro o sangre			Dolor muscular		
cataratas	T		Constipación			Dolor de espalda		
			Diarrea					
			Ictericia					
	\vdash		Dolor abdominal					
Otorrinolaringología	SÍ	NO	GU	SÍ	NO	NEURO	SÍ	NO
Dificultad Auditiva		-	Quema / Frecuencia			Pérdida de fuerza		
zumbido de oídos			Sangre en la orina			Entumecimiento		
Vértigo			Disfunción eréctil	\vdash		dolores de cabeza		
Problema sinusal			Descarga anormal			Temblores		
Congestión nasal			Fuga de la vejiga			Pérdida de memoria		
Dolor de garganta								
frecuente								
CARDIO	SÍ	NO	ALÉRGICO/INMUNOLÓGICO	SÍ	NO	PSIQUIÁTRICO	SÍ	NO
Murmullo			Urticaria / Eczema			Ansiedad	2000	
Dolor en el pecho			Fiebre del heno			Cambios de humor		
palpitaciones						Dificultad para dormir		
Mareo						Depresión		
Desmayos								
Dificultad para respirar								
Hinchazón de tobillos	+							



Padre

Historia familiar

Madre

(Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

0	Hipertensión	0	Hipertensión
0	Hiperlipidemia	0	Hiperlipidemia
0	Nefropatía	0	Nefropatía
0	Enfermedad pulmonar	0	Enfermedad pulmonar
0	Diabetes	0	Diabetes
0	VIH	0	VIH
0	Enfermedad de tiroides	0	Enfermedad de tiroides
0	Ataque	0	Ataque
0	Cáncer / Tumores	0	Cáncer / Tumores
0	Asma / EPOC	0	Asma / EPOC
0	Otro:	0	Otro:
	antecedente familiar de cáncer de colon? Sí		
	CIÓN:		
	cia de pedido por correo:		
	no#:		
	o de fax:		
rumen	o de las.		
	cione la siguiente información para la continuidad	de la atenci	ón:
Su prov	veedor de atención primaria:		
Nombre:			o#:
Númer	o de fax:		
Su prov	veedor de referencia (si no es su PCP):		
Nombr	e:	_	
Teléfon	no#:		
Númer	o de fax:		



Gastro Salud y Nutrición

6404 Nursery Dr Ste 201, Victoria, TX 77904

FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente :	Fecha de nacimiento :
de Seguro Social :	Teléfono :
Práctica autorizada para divulgar mi información Nombre:	
DIDECOLÁ!!	
Ciudad, Estado y Código Postal:	
Teléfono:	Fax:
Por favor entregue mis registros médicos a: Nombre: Gastrosalud y nutrición - Dha	rmendra Verma, MD Richard LaCamera , MD
Dirección: 6404 Nursery Dr Ste 201, Victoria, TX 7	
☐ Historial y examen físico ☐ Consulta ☐ Im La información de salud que se puede usar/divulg La información de salud que se divulgará a la age los siguientes propósitos:	□ laboratorio □ Formulario de contacto nágenes/ Rayos X □ Nota del médico □ Otro □ gar se limita a las siguientes fechas de tratamiento: □ □ encia/individuo mencionado anteriormente se utilizará/divulgará para e □ Investigación □ Comercialización □ Facturación/Pago de
"información de salud" puede incluir, entre otros : reg presente libero a la práctica de divulgación, a sus ager reclamos. que pueda surgir de la divulgación de informenfermedades transmisibles, incluido el estado del VI hacer copias de los mismos de acuerdo con las política. La información de salud protegida utilizada o divulgación divulgación por parte del destinatario y ya no está pro con la investigación se usa o divulga con fines de investa La autorización vencerá automáticamente 60 días des a menos que se especifique una fecha anterior o al finautorización en cualquier momento, por escrito, como práctica ya haya hecho divulgaciones en base a mi autorización si la Ley de Portabilidad y Responsabilida condicionamiento, la negativa a firmar la autorización ************************************	da de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva otegida por esta regla de privacidad. Si la información de salud relacionada stigación continua, no se aplica una fecha o evento de vencimiento. Espués de la fecha de la firma a continuación (excepto como se indica arriba), nalizar un evento específico. Entiendo que tengo derecho a revocar esta o se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad, excepto cuando la
de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Se	
Firma :	Fecha :