



| INFORMACION PACIENTE   |   |   |        |
|--|---|---|--------|
| Apellido:  | Nombre:   | Inicial mediano:  | Fecha: |
| Estado Civil:  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado | Fecha del nacimiento:   |        |
| Teléfono:  | Celular:  | Correo electrónico:   |        |
| Referirse a Médico:  | SS #:   | Empleado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                   |        |
| Ocupación:   | Employer:   | Teléfono de trabajo:  |        |
| Direccion:   |   |   |        |
| Ciudad:  | Estado:   | Código postal:  |        |
| Contacto de emergencia:  | Relación:   | Teléfono:   |        |
| MENSAJES (HIPAA REQUIRMENT)  |   |   |        |
| ¿Mejor Número para Alcanzarle? Teléfono:   | <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo   | Hora: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche |        |
| ¿Es bueno dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   | Si, el mensaje aprobó para: <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Persona [Nombre de persona: _____]  |   |        |
| INFORMACION PRIMARIA DE SEGURO   |   |   |        |
| Suscriptor Apellido:   | Nombre:   |   |        |
| Suscriptor ID:   | Grupo #:  | SS#:  |        |
| Relación:  | <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otra   | Fecha del nacimiento:   |        |
| INFORMACION SEGUNDO DE SEGURO  |   |   |        |
| Suscriptor Apellido:   | Nombre:   |   |        |
| Suscriptor ID:   | Grupo #:  | SS#:  |        |
| Relación:  | <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Otra   | Fecha del nacimiento:   |        |
| NORTHSHORE CENTER FOR GASTROENTEROLOGY POLITICA DE INTIMIDAD Y POLITICA CORPORATIVA  |   |   |        |
| <p>Su intimidad es importante al Northshore Center for Gastroenterology. Nuestra oficina reúne ambas información personal y médica de usted asegurar que proporcionemos el nivel más alto de servicio para sus necesidades médicas. Su información puede ser soltada a su compañía de seguros para recibir reembolso para servicios rendidos. NSG puede revelar su información personal a sus agentes o el subcontratista para estos fines, el agente o el subcontratista en la pregunta serán obligados a utilizar esa información personal para proporcionar servicios médicos y recibir reembolso. Además de las revelaciones razonablemente necesario para el tratamiento y el reembolso médicos, NSG puede revelar su información personal hasta el punto que es requerido a hacer así por la ley, con respecto a cualquier proceso o procesos futuros, y para establecer, ejercitar o defender sus derechos legales. NSG tomará precauciones razonables, técnicas y organizativas para prevenir la pérdida, el maltrato o la modificación de su información personal. NSG almacenará toda la información personal que usted proporciona en sus servidores seguros.</p> <p>NSG archiva reclamos de servicio a su compañía de seguros como una cortesía a usted. Los saldos de cuenta son la única responsabilidad del garante. Esperamos arreglo oportuno de su cuenta, y del pago en aquel momento de servicio es esperado. Cualquier cuenta morosa será susceptible a honorarios de pena, y puede ser reportado a la Oficina del Crédito. Nuestra oficina reserva el derecho de cargar un honorario por citas o procedimientos perdidos. Una cita perdida es definida como fracaso para mostrar para su cita planificada o un cancelación/programa revisado dentro de menos de 24 horas de la ranura de tiempo de cita (procedimientos cancelados para la preparación inadecuada son excluidos de tarifas por cancelación).</p> |   |   |        |
| PACIENTE/GAURDIAN FIRMA  |   |   |        |
| <p>Yo por la presente reconozco recibo, antes que algún servicio médico fuera proporcionado, del Northshore Center for Gastroenterology política de intimidad y política corporativa. Reconozco que he sido dado la oportunidad de preguntar cualquier pregunta que puedo tener con respecto a tal política. Comprendo que NSG puede utilizar o puede revelar información personal de salud que relaciona me a para propósitos de tratamiento, del pago, y de operaciones de salud como revelado en la nota. Yo, el abajo firmante, comprende que soy financieramente responsable de todas las cargas sin tener en cuenta si pagado por mi seguro (a menos que sea exento hace al proveedor obligaciones contractuales). Yo por la presente autorizo NSG a soltar toda la información necesaria para facilitar el procesamiento de todos los reclamos relacionados a mi cuidado. Autorizo el uso de esta firma en todos mis sumisiones de seguro, y en la petición que pago es hecho directamente a NSG o su' agentes o subcontratistas para servicios rendidos.</p>   |   |   |        |
| Firma:   | Fecha:  |   |        |