



Records Request and/or Release

Name/Nombre: _____

DOB: _____

I hereby authorize Desert Valley Gastroenterology to:

Request and Obtain my medical records for my continuing medical care.

Release medical records FROM Desert Valley Gastroenterology for the purpose of continuing medical care.
(This will allow the office to disclose my medical records to all providers and facilities participating in my ongoing medical care.)

I authorize the use and disclosure of my entire medical record in the possession of Desert Valley Gastroenterology. Any further disclosure of medical record information by the recipient(s) is not authorized without specific written consent of the person to whom it pertains. I understand that if the recipient authorized to receive the information is not a covered entity, e.g. Insurance company or Health Care Professional, it may no longer be protected by the federal and state privacy regulations. For the purpose hereof, "Entire Medical Record" shall include ALL confidential and HIV-related information (as defined in A.R.S. section 36-661), confidential Alcohol or drug Abuse related information (as defined in 42 CF section 2.1 ET SEQ), and confidential Mental Health Diagnosis/Treatment information. This authorization may be revoked in writing by the undersigned at any time prior to the release of the information from the disclosing party. Written revocation will not affect any action taken in reliance on this authorization before the written revocation was received. I am aware that this authorization shall become effective immediately and shall remain in effect for one year from the day of signature. A copy of this signed authorization is valid as an original.

Yo autorizo el uso y divulgación de toda mi historia clínica en posesión de Desert Valley Gastroenterology. Cualquier otra divulgación de información de los registros médicos por el destinatario no está autorizada sin el consentimiento expreso y por escrito de la persona a quien pertenece. Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, la compañía de seguros o profesional de atención médica, es posible que ya no estén protegidos por los reglamentos federales y estatales de privacidad. A los efectos del presente documento, "Historia Clínica completa" deberá incluir toda la información confidencial y relacionada con el HIV (como se define en la sección ARS 36-661), alcohol confidencial o información relacionada con el abuso de drogas (como se define en 42 CF sección 2.1 y siguientes), y diagnóstico/tratamiento de la información confidencial de la salud mental. Esta autorización podrá ser revocada por escrito por el firmante en cualquier momento antes de la publicación de la información de la parte que la comuniqué. Revocación escrita no afectará a las medidas adoptadas en virtud de esta autorización antes de recibir la revocación por escrito. Soy consciente de que esta autorización entrará en vigor de inmediato y permanecerá vigente por un año desde el día de su firma. Una copia de esta autorización firmada es válida como el original.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



Nombre: _____ DOB: _____

Género: _____

Dirección: _____ unidad/Apt: _____

Estado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Numero Primario: _____ Numero Secundario: _____

Dirección de Correo Electronico: _____

Medico de referencia: _____ Medico de atención Primaria: _____

Hispano o Latino?: _____

Raza del paciente: Americano native o nativo de Alaska Afro-Americano Asiático Blanco/caucásico

Hawaiano I de las Islas del Pacífico Otra Raza: _____ el paciente no quiere proveer esta información

Empleador: _____ Ocupación: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Por Favor, autorizar a cualquier persona, sin incluir sus médicos (ejemplo: cónyuge, padres, hijos), que le gustaría que estemos autorizados a divulgar información, o quién se le llame en su nombre haciendo una lista de su información a continuación. No vamos a hablar con nadie que no esté autorizado.

Igual que el contacto de emergencia Nombre: _____ Nombre: _____

Información de seguros

Nombre de aseguranza: _____ Numero: _____ Nombre de grupo: _____

Nombre de aseguranza: _____ Numero: _____ Nombre de grupo: _____

Al firmar, reconozco que esta información del paciente es correcta y entiendo que debo proporcionar inmediatamente cualquier cambio de los datos consignados por escrito.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



Políticas Financieras

- Todos los con-pagos y otros pagos que le asigne su plan de salud deben realizarse en el momento de su visita. Después de que su compañía aseguradora haya procesado la reclamación, si existe un balance por su parte, como un deducible o copago, le enviaremos una fractura. El balance debe pagarse al recibir la facture. Si el balance no puede pagarse en 30 días, contacte con nuestra oficina para un posible plan de pago. Si no se hacen planes de pago, puede que se le envíe a una agencia de colecciones. La oficina de colecciones que usamos, decidirá qué cargos de financiación se le cobrarán sobre su balance. Una vez se le envíe a la oficina de colecciones, no poseemos control sobre su cuenta y no podemos comentar detalles de su cuenta con usted.
- Los cheques devueltos por falta de fondos conllevaran un cobro adicional por servicio de \$25.
- Aceptamos la mayoría de los planes médicos de salud. Debemos tener una copia de su tarjeta de su seguro médico para poder enviar una factura por usted. Si no nos provee con su tarjeta, o si seguro determina que los cargos no están cubiertos por su póliza, usted deberá pagar por los servicios enteramente en el momento de su visita o procedimiento médico.
- Si nuestros proveedores no están contratados con su plan, le podemos ofrecer los servicios, pero usted será responsable de los cargos en el momento de la visita o procedimiento. En este caso, le proveeremos, a documentación necesaria para que usted pueda someter los cargos a su plan médico para solicitar el reembolso.
- Si su seguro médico requiere una autorización, por favor recuerde que es su responsabilidad obtenerla previamente. Si usted no está al tanto de si una autorización es necesaria o no, por favor llame a su seguro directamente previamente a recibir sus servicios. Si no obtiene la autorización previa a su cita, podemos ofrecerle una nueva cita para darle tiempo a obtener la autorización. Si requiere asistencia en esta materia, nuestra oficina intentará ayudarle. Recuerde: Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro médico y tener la autorización para servicios.
- Para aquellas citas médicas o de procedimientos que no sean canceladas con 24 horas de antelación, cobraremos una tarifa de \$25.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Forma de Registro del Paciente

Nombre _____ DOB _____

Alergias:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> El paciente no tiene alergias conocidas | <input type="checkbox"/> Yodo (Iodine) | <input type="checkbox"/> Fentanilo (Fentanyl) |
| <input type="checkbox"/> El paciente no tiene alergias conocidas a medicamentos | <input type="checkbox"/> Penicilina (Penicillin) | <input type="checkbox"/> Huevos (Eggs) |
| <input type="checkbox"/> Látex (Latex) | <input type="checkbox"/> Propofol | <input type="checkbox"/> Versed |
| | <input type="checkbox"/> Demerol | Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Sulfa | _____ |

Condiciones de salud del paciente:

Neurología:

- Stroke
- Convulsiones/Epilepsia
- Demencia
- Parkinson's

Endocrino:

- Trastorno de la tiroides
- Diabetes
- Osteoporosis
- Colesterol elevado

Cardiaco:

- Infarto
- Fibrilación auricular
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Presión arterial alta

Pulmones:

- Asma
- COPD
- Fiebre del valle
- Apnea del sueño

Digestiva:

- Esófago de Barrett
- GERD
- Úlcera de estómago
- H-Pylori
- Pólipos del colon
- Cáncer de colon
- Colitis ulcerosa
- Enfermedad de Crohn
- Diverticulitis
- Síndrome del intestino irritable
- Intolerancia a la lactosa
- Enfermedad celíaca
- Pancreatitis
- Cirrosis
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Urinario:

- Agrandamiento de la próstata
- Cálculos renales
- Insuficiencia renal

Reumatología:

- Fibromialgia
- Lupus
- Artritis reumatoide

Sangre:

- Anemia
- Leucemia
- Linfoma
- Trastorno hemorrágico

Psiquiátrico:

- Trastorno de ansiedad
- Depresión
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia

Circulación:

- Trombosis venosa profunda
- Embolia pulmonar
- Enfermedad vascular periférica
- Enfermedad de la arteria carótida

Cáncer: _____

Otro: _____

Prueba

Laboratorios recientes? Sonora Quest Lab Corp Otro _____

Imágenes recientes? Simon Med Aztech Banner Img (EVDI) SMIL Az Adv Img Otro _____

Ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses? Dónde: _____

Colonoscopia

Cuando: _____

Gastroscopia (EGD)

Cuando: _____

Medicamentos actuales: Ninguno Lista adjunta (incluyendo vitaminas y suplementos)

Nombre Dosis Cómo de toma?

Revisión de sistemas

Constitucional

- Fatiga
- Fiebre
- Escalofríos
- Pérdida de apetito
- Aumento de peso
- Pérdida de peso (involuntario)

ENMT

- Dificultad para tragar
- Ronquera de la voz

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Hinchazón del tobillo

Respiratorio

- Asma
- Tos
- Expectoración excesivo
- Dificultad para respirar
- Sibilancia

Digestiva

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Retortijones
- Acedía
- Gas
- Náuseas
- Vómito
- Cambio en hábitos intestinales
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangrado rectal
- Heces negras
- Dolor rectal
- Incontinencia fecal
- Enzimas hepáticas elevadas
- Pancreatitis

Genitourinario

- Ardor urinario
- Micción frecuente
- Incontinencia urinaria
- Vacilación irinaria

Hematológica/Linfático

- Moretones fáciles

- Sangrado prolongado
- anemia

Integumentario

- Alergias
- Picazón
- Ictericia
- Erupciones

Musuloesquelético

- Artritis
- Dolor de espalda
- Debilidad muscular
- Rigidez

Neurológico

- Mareos
- cefaleas
- Entumecimiento u hormigueo
- Convulsiones

Psiquiátrico

- Ansiedad
- Ataques de pánico
- Depresión
- Dificultad para dormir