



Fecha de hoy:

Información del paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial medio:	Género: H M
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de teléfono:
Correo electrónico:			
Farmacia Preferida:		Número de teléfono de farmacia:	
Dirección de farmacia:			
Paciente vive actualmente con:		Padres actualmente estan: Casado/Divorciado/Separado	

Información del Padre o Tutor			
Relación con el paciente: Madre / Padre / Otro: _____			
Apellido:	Nombre:	Inicial medio:	Género: H M
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de teléfono:
Correo electrónico:			
Ocupación:		SS:	
Relación con el paciente: Madre / Padre / Otro: _____			
Apellido:	Nombre:	Inicial medio:	Género: H M
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Número de teléfono:
Correo electrónico:			
Ocupación:		SS:	

Información de seguros			
Nombre del seguro primario:		PPO HMO	
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	
Número de identificación:	Número de grupo:		
Nombre del seguro secundario:		PPO HMO	
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	
Número de identificación:	Número de grupo:		

Doctor Primario	
Nombre:	Número de teléfono:
Dirección:	Número de fax:



<b>Historial médico del paciente</b>	
Nombre del paciente:	Fecha De Nacimiento:
Síntomas/Diagnóstico:	
Hospitalizaciones:	
Cirugías:	
Alergias a medicamentos	Alergias alimentarias
Medicamentos actuales	Dosis

<b>Historia Médica Familiar</b>			
Nombre del padre:	Edad:	Altura:	
Nombre de la madre:	Edad:	Altura:	
Número de embarazos:	Número de niños vivos:	Número aborto espontáneo:	
Problemas médicos durante el embarazo:			
Problemas médicos después del embarazo (si se amamanta):			
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Por favor indique todos los antecedentes familiares relacionados con gastroenterología:			
Miembro de la familia afectado (Elaciona paciente)		Diagnóstico/Síntomas	



**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA  
OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_ Entiendo que, si bien este consentimiento es voluntario, el Dr. Bahar puede negarse a tratarme si me niego a firmar este consentimiento.

Una copia del *Aviso de Normas de Privacidad*, que describe más formalmente los usos y divulgaciones que se pueden hacer de mi información de salud identificable individualmente para el tratamiento, pago, y operaciones de atención médica, está disponible bajo petición.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando al Dr. Bahar, por escrito, pero si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectará ninguna acción que el Dr. Bahar haya tomado antes de recibir mi revocación.

Entiendo que el Dr. Bahar se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener dicho aviso cambiado previa solicitud.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que el Dr. Bahar restrinja cómo se utiliza y/o divulga mi información de salud identificable individualmente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u salud. Entiendo que el Dr. Bahar no tiene que aceptar tales restricciones, pero que una vez que se acuerden tales restricciones, debe adherirse a estas restricciones.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o del padre/tutor (si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Padre/Tutor (si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA  
(PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS)**

Yo, \_\_\_\_\_ le doy consentimiento a la oficina de la Dr. Ron Bahar que le de información a:

Nombre	Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**POLÍTICA DE FACTURACIÓN MÉDICA**

Como práctica médica, nuestro objetivo es brindarle la mejor atención médica disponible en un ambiente positivo y de apoyo. Como pequeña empresa, nos esforzamos por controlar nuestros gastos y el costo de hacer negocios. Lo que un paciente debe una vez que su seguro ha pagado su parte es una función del plan de seguro de cada paciente. Para agilizar este sistema y hacerlo más rentable para todos, estamos pidiendo a la familia de cada paciente que nos proporcione una tarjeta de crédito o débito en el momento del servicio para que podamos mantener esta información en el archivo de manera segura. No se cargará nada a su tarjeta de crédito hasta después de que se haya facturado el seguro y recibamos una "Explicación de beneficios" (EOB) de su compañía de seguros. Lo que se cargaría a su tarjeta sería la parte de "Responsabilidad del paciente" según lo definido por la EOB de su compañía de seguros. Nunca se le cobrará más de la parte de responsabilidad del paciente y recibirá una confirmación por teléfono o correo electrónico con el monto adeudado por las fechas de servicio en la EOB. Gracias por su cooperación y comprensión.

Entiendo que como padre o tutor legal, estoy obligado a pagar por los servicios prestados en el momento de la visita. Entiendo que es mi responsabilidad estar completamente informado sobre lo que está excluido o pagadero de esta compañía de seguros, así como las limitaciones, copagos y deducibles. Dado que hay muchos tipos de planes de seguro, es mi responsabilidad estar completamente informado sobre cuáles son los requisitos, beneficios o limitaciones con respecto a los beneficios médicos del paciente mencionado anteriormente. La oficina no puede asumir esta responsabilidad. Si tengo alguna pregunta sobre la cobertura, me referiré a mi departamento de personal o representante de seguros. Autorizo el pago de cualquier beneficio médico directamente a los médicos por los servicios prestados.

Como condición para atender las necesidades de atención médica del paciente mencionado anteriormente, doy fe de que el paciente es un miembro elegible del Plan de Salud, indicado en esta fecha de servicio. Además, doy fe y acepto que si el paciente más tarde se determina "no elegible" para los servicios prestados por este proveedor, cumpliré con las demandas de pago al proveedor de dinero (que no exceda los costos reales del servicio) que el plan considere como compensación por dichos servicios prestados.

Autorizo a Ron Bahar, MD, Inc., o Brynie Collins, MD, Inc., a cargar mi tarjeta de crédito o débito con el saldo adeudado (responsabilidad del paciente) de la EOB de mi compañía de seguros o cualquier otra tarifa adeudada a la oficina.

Al firmar a continuación, usted reconoce su comprensión de nuestra **POLÍTICA DE FACTURACIÓN MÉDICA.**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre De Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma De Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Número De Visa/Mastercard: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número De 3 Dígitos En El Reverso De La Tarjeta: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha De Experiencia (Mm/Aa): \_\_\_\_\_



**POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN DE CITAS MÉDICAS**

Gracias por confiar su atención médica al Dr. Ron Bahar y a la Oficina del Dr. Brynie Collins. Cuando programa una cita con el Dr. Ron Bahar y la oficina del Dr. Brynie Collins, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y, a más tardar, 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita.

Consulte nuestra Política de cancelación / no presentación de citas a continuación:

Cualquier paciente que no cancele o re programe una **cita** con al menos 24 horas de anticipación será considerado No Show y se le cobrará una **tarifa de \$ 100** o **puede ser despedido de la Oficina del Dr. Ron Bahar y del Dr. Brynie Collins y no será reprogramado.**

La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y se debe pagar antes de la próxima visita al consultorio del paciente. Cargaremos la información de la tarjeta de crédito que ya nos haya proporcionado.

Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, enviamos mensajes recordatorios para citas. Si no recibe una llamada o mensaje de recordatorio, la Política anterior permanecerá vigente.

Entendemos que puede haber ocasiones en que ocurra una emergencia imprevista, y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro Gerente de Oficina.

Puede comunicarse con el Dr. Ron Bahar y la oficina del Dr. Brynie Collins las 24 horas del día, los 7 días de la semana a los números a continuación. Si es después del horario comercial regular de lunes a viernes, o un fin de semana, puede dejar un mensaje.

Al firmar a continuación, usted reconoce su comprensión de nuestra POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTACIÓN DE CITAS MÉDICAS descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o padre/tutor (si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre/tutor (si es menor de 18 años)

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



**Formulario de consentimiento informado de telemedicina**

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, DOY FE Y ENTIENDO LO SIGUIENTE:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será revelada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de la interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. El Dr. Ron Bahar ha explicado las alternativas a mi satisfacción
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar al Dr. Ron Bahar sobre las interacciones electrónicas con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE LA TELEMEDICINA**

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica. Por la presente, autorizo al Dr. Ron Bahar a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o padre/tutor (si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/tutor (si es menor de 18 años)

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