



Formularios para Pacientes Nuevos:

En preparacion para su primera visita con nosotros, **solicitamos se sirva imprimir estos formularios y completarlos tanto como le sea posible.** Si usted tiene dudas al respecto, puede traer sus formularios el dia de la visita y nosotros trataremos de asistirlo durante su entrevista.

Usted tambien necesitara aplicarse 1 fleet enema de 2 a 3 horas antes de su cita programada.

La aplicacion del enema no sera necesario en los siguientes casos:

- Si tuvo cirugia anorectal dentro del tiempo de 6 semanas.
- Si su consulta es para planear una colonoscopia.
- Si su visita con nosotros no trata de revision por malestar anorectal.
-

Por favor contactenos si no esta seguro si necesita o no la aplicacion del enema, o si tiene cualquier pregunta o inquietud al respecto.

Por favor traiga consigo su tarjeta de seguro e identificacion personal y copago el dia de su primera visita.

Para copagos, nuestra oficina acepta pagos en efectivo, cheque y la mayoria de tarjetas de credito.

Estaremos atentos de poder servirlo.



REGISTRACION DEL PACIENTE

Dr. Sr. Sra. Srta. Nombre: _____ Jr. Sr.

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____ Sexo: M F

Raza: _____ Idioma: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____ Fax#: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Estado Civil: C S D V Nombre del Conyuge: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion con el paciente: _____

Telefono: _____

Referido por : _____ Telefono: _____

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

| | |
|------------------------------|-------|
| Nombre del asegurado: _____ | _____ |
| Relacion : _____ | _____ |
| Nombre de plan: _____ | _____ |
| ID/Numero de poliza #: _____ | _____ |
| Numero de Grupo #: _____ | _____ |

CONSENTIMIENTOS/ AUTORIZACIONES

Consentimiento para revelar su informacion medica: En ocasiones es dificil hablar con los pacientes en persona, es por ello que debemos tener su permiso para encontrar la major forma para comunicarnos con usted.

La practica podria revelar mi informacion medica en mi presencia y cuando yo no este fisicamente presente, incluyendo revelar via forma telefonicamente, mensaje de voz, fax, correo electronico, o correo normal, a los siguientes individuos: Doy consentimiento a esta practica (The CCCSF) para revelar mi informacion medica a los siguientes individuos:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para Examen y Tratamiento Anorectal

Parte de su evaluación puede incluir un examen anorectal. Esto puede incluir, pero no se limita a:

- Examen rectal digital: introducir un dedo enguantado en el área anal.
- Anoscopia: introducir un instrumento en el ano.
- Proctosigmoidoscopia: introducir un instrumento en el recto y la parte inferior de su colon.
- Para las mujeres, con ciertas condiciones, esto también puede incluir un examen vaginal limitado que incluye
 - introducir un dedo enguantado en la vagina
 - introducir un espéculo para examinar la vagina.

Estas pruebas se usan para buscar crecimientos anormales (como tumores o pólipos), inflamación, sangrado, hemorroides y otras afecciones. Durante este examen, también está de acuerdo con el tratamiento de ciertas afecciones anorectales que incluyen, entre otras, hemorroides, crecimientos o lesiones anorectales e infecciones.

Entiendo y acepto un "EXAMEN ANORECTAL MEDICAMENTE INDICADO, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO TODAS LAS MODALIDADES ANTERIORES". Esto puede ser realizado por uno de nuestros médicos, y / o un representante designado, todos los cuales serán identificados por adelantado. Este consentimiento permanecerá activo hasta que retire mi consentimiento por escrito.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Firma de Testigo: _____

CONSENTIMIENTO

Por favor escriba sus iniciales:

1. ___ **Consentimiento para recibir tratamiento:** Yo autorizo y doy consentimiento para recibir evaluacion y tratamiento por el Doctor de Colorectal Care Center of South Florida (CCCSF). Yo doy permiso para que una copia de esta autorizacion se utilice en lugar de la original.
2. ___ **Consentimiento para fotos:** Yo doy mi consentimiento que fotos puedan ser obtenidas que tengan relacion con mi tratamiento medico. Las fotos pudieran ser utilizadas como parte de su historial medico o para propositos de investigacion o educacion medica. Ademas, quiero se reconozca que dichas fotos van ser solamente parte de mi expediente. Dichas fotos o descripciones en ellas no deben revelar mi identidad.
3. **Responsabilidad Financiera:**

EL PAGO ES EFECTUADO EN EL MOMENTO DEL DIA DE SERVICIO

TODOS LOS CO-PAGOS Y DEDUCIBLES DEBEN SER EFECTUADOS ANTES DE SU VISITA

- a. ___ **PRUEBA DE SEGURO:** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de paciente nuevo antes de pasar consulta con el doctor. Debemos obtener copia de su licencia de conducir y su actual tarjeta de seguro para verificacion de los mismos. Si por el contrario usted no nos proporciona informacion correcta de su seguro dentro del tiempo necesario, usted podria ser responsable del saldo de su factura. **Nosotros estamos dentro de la red con la mayoria de seguros, sin embargo es responsabilidad del paciente verificar esta informacion, pues el paciente debe saber y entender los requerimientos de su plan de seguro. Como parte del contrato que usted hizo con su compañía de seguro, todos los co-pagos, porcentajes del total y deducibles deben de ser pagados en el momento de su visita medica.** Si fracasamos en cobrar los co-pagos y deducibles de los pacientes podrian ser considerados fraude. **Recuerde que si usted falla en proporcionar informacion correcta de su seguro de manera oportuna, usted podria ser responsable del balance de su reclamo.**
- b. ___ **SERVICIOS SIN COBERTURA:** Por favor tomar nota que es probable que algunos o todos los servicios que usted reciba no sean cubiertos o no sean considerados razonables o necesarios por Medicare u otros seguros. De ser asi, usted debera efectuar el pago total de estos servicios en el momento de su visita.
- c. ___ **HMO/REFERIDOS:** **Es responsabilidad del paciente obtener el referido de su doctor primario si su compañía de seguro asi lo require.** Si usted llega sin su referido a la cita, teniendo conocimiento que debia traerla con anticipacion, su cita sera reprogramada.
- d. ___ **PACIENTES MENORES:** El padre o guardian acompañante del menor es responsable del pago de servicios proporcionados.
- e. ___ **PAGO PRIVADO:** Si usted paga personalmente por gastos medicos, o es miembro de una compania de seguros con la que no participamos, usted es responsable de pagar los cargos incurridos en su totalidad cuando los servicios medicos son ofrecidos.
- f. ___ **SERVICIOS PREVENTIVOS:** Ciertos servicios que inicialmente son categorizados como preventivos o de diagnostico, pueden dar resultados que necesitan tratamiento. Es ese caso los servicios pudieran ser re-clasificados como terapeuticos. En algunas situaciones usted pudiera ser responsable de los deducibles, porcentajes del total o co-pagos.
- g. ___ **POLITICA DE COBRO:** Si su cuenta se ha vencido, el paciente o deudor asume todos los costos de la cobranza, incluyendo pero no es limitado: los gastos de cobro de agencia de cobranza, costos de corte, gastos de intereses y legales. Todas las cuentas morosas seran reportadas al bureu de credito.
- h. ___ **SALDOS ATRASADOS:** Nosotros estamos con la disposicion de ayudarlo y recibir arreglo de plan de pago. Sin Embargo, cualquier saldo o deuda que exceda los 90 dias sera sujeto al 18% de interest anual.

- i. **CHEQUES DEVUELTOS:** Cualquier cheque rechazado por fondos insuficientes sera sujeto a cargos bancarios (La cantidad que el banco aplique a la practica).
 - j. **FORMAS:** Hay una tarifa fija de \$ 15.00 por cada juego de formulario que la oficina complete a su nombre.
4. **Divulgacion de Datos:** Yo autorizo al medico y personal de CCCSF a divulgar mi informacion medica y datos de mi expediente a terceras partes (como una compania de seguros o agencia gubernamental) cuando se requiera con referencia a una demanda de pago.
5. **Designacion de pago por la compania de seguro:** Yo autorizo parte de mis beneficios, servicios no cubiertos por la compania de seguro seran reconocidos por mi como mi responsabilidad financiera.
6. **Medicare/Medicaid:** Yo certifico que la informacion que se me entrego para aplicar por pagos bajo titulo XVII/XIX de la Acta del Social Security es correcta. Yo autorizo informacion medica o otra informacion necesaria para determinar pago de demandas por tratamiento o diagnostico que sean entregados por la Administracion de Asistencia Social, o sus intermediarios u organizaciones representantes. Yo certifico que todos los pagos relacionados con mi tratamiento o diagnostico sean asignados al doctor que me esta tratando.

7. INFORMACION DE REGLA SOBRE NO ASISTIR A UNA CITA

ESTAMOS HACIENDO TODO LO POSIBLE PARA RECORDARLE SU CITA PARA CONSULTA O PROCEDIMIENTO. MIENTRAS QUE USTED NOS HAYA PROPORCIONADO SU INFORMACION EXACTA DE CONTACTO, RECIBIRA UN MENSAJE DE CORREO ELECTRONICO, DE TEXTO, Y/O LLAMADA RECORDANDOLE SU PROXIMA CITA MEDICA.

POR FAVOR TOME NOTA QUE DE FALLAR EN CANCELAR O NOTIFICARNOS QUE USTED NO PODRA ASISTIR A SU CITA O PROCEDIMIENTO PROGRAMADO POR LO MENOS CON **24 HORAS DE ANTICIPACION** INCURRIRA EN **UNA TARIFA DE CANCELACION**. PARA UNA CITA SERA **IGUAL A SU COPAGO O EL MONTO MINIMO DE \$ 25, Y PARA UN PROCEDIMIENTO LA TARIFA SERA DE \$100. DESPUÉS DE 3 VECES PODEMOS ELEGIR TERMINAR NUESTRA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.**

AL FIRMAR A CONTINUACION USTED RECONOCE LA RECEPCION DE ESTA POLITICA Y ESTA DE ACUERDO EN PAGAR LA CUOTA POR NO NOTIFICARNOS DE SU IMPOSIBILIDAD DE ASISTIR A SU CITA PROGRAMADA.

FIRMA

LA FECHA

NOMBRE



The Colorectal Care Center
of South Florida, LLC

RESPONSABILIDAD DE DECLARACION FINANCIERA DE LA FLORIDA

Como lo requiere la ley de la Florida 458.320, he publicado mi firma en el area de la recepcion de esta practica, así como he proporcionado por escrito lo siguiente:

Bajo ley del Estado de la Florida, los médicos en general estan obligados a llevar seguros por negligencia médica o de lo contrario demostrar responsabilidad financiera para cubrir las posibles solicitudes de indemnización por negligencia médica. **Su médico ha decidido no llevar seguros por negligencia médica.** Esto está permitido por ley de la Florida sujeto a determinadas condiciones. La Ley de la Florida impone sanciones en contra de los médicos no asegurados, especialmente aquellos que no satisfacen juicios adversos que surgen de las reclamaciones de negligencia médica. Este aviso se proporciona conforme a la ley de la Florida.

He de reconocer que he recibido y entiendo esta notificación, entiendo lo que es seguro de responsabilidad, y doy consentimiento para ser tratado por los médicos del Centro de Colorectal del Sur de la Florida (The Colorectal Care Center of South Florida, LLC)

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



The Colorectal Care Center
of South Florida, LLC

Notificación de Privacidad

Este aviso describe la forma en que podemos utilizar o divulgar su información de salud y cómo usted puede obtener acceso a él. Por favor, revise con cuidado, si usted tiene cualquier pregunta, por favor, comuníquenoslo.

Cada vez que se ven en nuestras oficinas, un registro de su visita es creada para documentar lo que ha ocurrido. Podemos utilizar este registro para el tratamiento. También podemos revelar esta información a los médicos u otros proveedores de salud que participan en su atención médica. También podemos proporcionar a otros médicos con copias de varios informes que pueden ayudar a su tratamiento posterior. También podemos divulgar su información médica a otros individuos que se han autorizado a actuar en su nombre para ayudar en el cuidado de su salud.

Asimismo podemos utilizar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que proporcionamos puedan ser cobrados y que el pago pueda ser recolectado de usted o a su compañía de seguros.

Por otra parte, nosotros podemos usar y revelar esta información en relación con nuestros esfuerzos para recordarle las citas o procedimiento programado.

También podemos revelar su información médica como lo especifica la ley federal, estatal o local. El uso o divulgación se hará en cumplimiento de la ley y se limita a los requisitos pertinentes de esta.

No vamos a utilizar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este anuncio.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer nuevas disposiciones eficaces para toda la información médica protegida que mantenemos. Si usted lo solicita, se le proporcionará cualquier política de privacidad revisada.

Si usted cree que sus derechos han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Reconocimiento:

He de reconocer que me han proporcionado esta notificación en el Centro de Atención Colorectal del Sur de la Florida con respecto a la política de privacidad que he leído y entendido claramente su contenido.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Declarante: _____



The Colorectal Care Center
of South Florida, LLC

Aviso de no discriminación

Esta práctica médica cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Esta práctica médica no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Esta práctica médica:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el administrador de la oficina.

Si considera que esta práctica médica no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: el administrador de la oficina. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para hacerlo, el administrador de la oficina está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles Al Departamento de Salud y Servicios Humanos y Derechos Civiles de los Estados Unidos de manera electrónica a través de El Portal de la Oficina de Reclamos de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o por teléfono a la siguiente dirección y números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Reconocimiento: He de reconocer que me han proporcionado con el Aviso de no discriminación que he leído y entendido completamente su contenido.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

Aviso de Práctica de Privacidad

The Colorectal Care Center of South Florida, LLC ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USAR Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CON ATENCIÓN.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica: Se describe como sigue es las maneras en que podemos usar y divulgar información de salud que le identifica a usted (información de salud). Excepto para los siguientes propósitos, vamos a utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso por escrito. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento por escrito a nuestra práctica.

Tratamiento:

Podemos usar y divulgar su información médica para su tratamiento y para proporcionarle los servicios de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información médica a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal, incluyendo personas fuera de nuestra oficina, que participan en su atención médica y necesitan la información para proporcionarle atención médica.

Pago:

Podemos usar y divulgar su información médica para que nosotros u otros podemos facturar y recibir pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos dar su información de plan de salud para que pagarán por su tratamiento.

Operaciones de atención médicos:

Podemos utilizar y divulgar información médica para fines de atención médica de la operación. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información para asegurarse de que el cuidado obstétrico o ginecológico que recibe es de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de atención médica de la operación.

Recordatorios de citas, salud y alternativas de tratamiento, beneficios y servicios relacionados. Podemos utilizar y divulgar información médica para contactarle y recordarle que usted tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

Individuos involucrados en su cuidado o el pago de su atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir información médica con una persona que participa en su atención médica o el pago de su atención, como su familia o un amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad en un esfuerzo de alivio de desastre.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin autorización especial, podemos permitir los investigadores registros para ayudarles a identificar a los pacientes que pueden incluirse en su proyecto de investigación o para otros propósitos similares, siempre y cuando no retire ni tomar una copia de cualquier información de salud.

Las actividades de recaudación de fondos. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para poder ubicarte para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. (Opcional) Si no quieres recibir estos materiales, por favor envíe una solicitud por escrito al oficial de privacidad.

SITUACIONES ESPECIALES:

Requeridas por la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo requiere la ley internacional, federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Revelaciones, sin embargo, se hará sólo a alguien que puede ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados de negocios. Podemos divulgar información médica a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para realizar la facturación de servicios en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que como se especifica en el contrato.

Violación de datos con fines de notificación. Podemos utilizar su información de contacto para proporcionar avisos requeridos legalmente de adquisición no autorizada, el acceso o la divulgación de su información médica. Podemos enviar aviso directamente a usted o notificar al patrocinador de su plan a través del cual recibe cobertura.

Donación de órganos y tejido. Si usted es un donante de órganos, podemos utilizar o divulgar información de salud a organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades que participan en licitaciones; banca o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar de órganos, ojos o tejidos donación; y trasplante.

Militares y veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica según lo requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar información médica a la autoridad militar extranjera correspondiente si eres un miembro de un ejército extranjero.

Compensación. Podemos divulgar información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por accidente de trabajo o enfermedad.

Salud pública riesgos. Podemos divulgar información médica para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen revelaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; nacimientos de informe y muertes; abuso de informe o negligencia; reacciones de informe a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas retiradas de productos que pueden estar usando; una persona que han estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad de gobierno apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted:

Acceso a registros electrónicos. La tecnología de la información de salud para la salud económica y clínica. Ley de alta tecnología permite a las personas para pedir copias electrónicas de su PHI contenida en registros electrónicos de salud o solicitar por escrito o electrónicamente otra persona reciba una copia electrónica de estos registros. Las reglas finales de ómnibus amplían el derecho de una persona para acceder a los registros electrónicos o dirigir que ser enviado a otra persona para incluir no sólo registros electrónicos de salud sino también todos los registros en uno o más conjuntos de registros designados. Si la persona solicita una copia electrónica, deben ser proporcionado en el formato solicitado o en un formato de acuerdo mutuo. Entidades cubiertas pueden cobrar a individuos por el costo de cualquier medio electrónico (como una unidad flash USB) utilizado para proporcionar una copia de la PHI de la electrónica.

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información de salud que pueden utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su atención. Esto incluye registros médicos y de facturación, excepto las notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, debe hacer su petición, por escrito.

Derecho a enmendar. Si usted cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, usted debe hacer su petición, por escrito.

Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hicimos de información médica para fines que no sean de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o que proporcionaste autorización por escrito. Para solicitar una contabilidad de accesos, usted debe hacer su petición, por escrito.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no compartamos información sobre un determinado diagnóstico o tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición, por escrito.

No estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Derecho a la comunicación mediante solicitud confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que sólo te contactamos por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe hacer su petición, por escrito. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Acomodamos las peticiones razonables.

Derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedirnos que le dará una copia de este aviso en cualquier momento.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso a la nueva notificación se aplica a la información de salud que ya tenemos así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestra oficina. La notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Todas las quejas deben hacerse por escrito.

Usted no será penalizado por presentar una queja.

Por favor firmar el "Reconocimiento"

**Nanci Hellingner
2600 SW 3rd Avenue, Suite 650
Miami, FL 33129
Office: (305) 858-1515
Fax: (305) 859-9531**

New Patient Visit Questionnaire/Nuevo Paciente Visita Cuestionario

Fecha: _____ Nombre: _____ Edad: _____ DOB: _____

Médico que lo refiere: _____ Phone #: _____

Dirección: _____

Medico Primario: _____ Phone #: _____

Dirección: _____

Gastroenterologo: _____ Phone #: _____

Cardiologo: _____ Phone #: _____

Oncologo: _____ Phone #: _____

Otro Medico: _____ Phone #: _____

Dirección: _____

Farmacia: _____ Phone #: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Cirugías anteriores

Ninguno

Medicamentos

Ninguno

Alergias

Ninguno

Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes pruebas realizadas? En caso afirmativo, indique la fecha realizada:

Colonoscopia: _____ Sigmoidoscopia: _____

Endoscopia: _____ Radiografía Intestinal: _____

Tomografía: _____

Social History/Historia Social

Consumo algo de lo siguientes?

Tabaco: Actualmente: Si No Cantidad diaria: _____ Anteriormente: Si No

Alcohol: Actualmente: Si No Cantidad diaria: _____ Anteriormente: Si No

Cafe: Si No Cantidad diaria: _____

Drogas: Actualmente: Si No Anteriormente: Si No Que Tipos: _____

Habitos sexuales: Heterosexual Homosexual Bisexual Transexual Practica relacion sexual anal

Recientemente viajar al extranjero: Yes No Locations/Lugar: _____

MUJERES SOLAMENTE: GINECO-OBSTETRA: TELEFONO #:

de embarazos: _____ # de partos vaginales: _____ Sufre de flujos vaginales: Si No

de nacimientos vivos: _____ # de Cesareas: _____ Tiene periodos de menstruacion regulares: Si No

of abortos: _____ # of Episiotomias o cortes durante el parto: _____ Fecha del ultimo Papanicolao: _____

Revision de Sistemas

Usted sufre de algunos de los siguientes problemas/ enfermedades?

- Perdida de peso Cuanto? _____ Por cuanto tiempo? _____
- Fatiga Fiebre Escalofrios Sudores
- Ansiedad Depresion Desordenes psiquiatricos
- Glaucoma Cataratas Otros problemas de los ojos
- Zumbido en los oidos Perdida de la audicion Mareos
- Ronquidos Frecuente dolor de garganta Problemas de sinus
- Ataque del corazon Soplo cardiaco Angina
- Enfermedad del Corazon
- Dolor del pecho Palpitaciones Latidos irregulares del corazon
- Presion Alta Desvanecimientos
- Inflamacion de los pies/ tobillos/ piernas Falta de respiracion
- Tos fuerte Asma Bronquitis Enfisema pulmonar
- Jadeos Neumonia Dolor abdominal/estomacal
- Hernia inguinal Reflujo Acidez Ulceras estomacales
- Hernia hiatal Dificultad para tragar Nausea/vomito
- Perdido de apetito Hepatitis Ictericia
- Problemas biliares (Higado) Vesicula
- Cancer del colon/ rectal Polipos en el colon/ rectal Colitis
- Enfermedad del Crohn Colitis ulcerativa Proctitis
- Diverticulosis Diverticulitis Sindrome de colon irritable
- Hemorroides Fisura anal Fistula anal o absceso
- Dolor/ ardor al orinar Orina frecuente
- Dificultad para orinar Sangre en la orina Piedras en los riñones
- Frecuente orina nocturna Infecciones del riñon/ urinarias
- Historia de enfermedad de transmission sexual: _____
- Artritis Dolor de pierna Gota Problemas de la columna
- Lesiones en la piel Erupciones cutaneas
- Convulsiones Strokes Paralisis/debilidad Adormecimiento
- Perdida de la vision temporal Perdida de memoria
- Diabetes Problemas de tiroides Facilidad para moretones/ sangramiento
- Anemia Transfusiones de sangre previas
- HIV/AIDS Tuberculosis
- Historia personal de cancer—tipe: _____
- Otras enfermedades _____

Physician notes

Physician notes:

- Dolor abdominal: Cuanto tiempo: _____ Constante Intermitente
- Dolor anal/ rectal: Cuanto tiempo: _____ Constante Intermitente
 - Relacionado con las defecaciones
- Sangrado rectal: Cuanto tiempo: _____ Constante Intermitente
 - Cuando defeca Rojo brillante Rojo oscuro Heces oscuras
 - En el papel En el inodoro En/dentro de las heces
- Inflamacion anal/ elevaciones
- Picazon anal o ardor Flujo rectal/ drenaje
- Cambio en las defecaciones --Explique: _____
- Defecaciones normales Estrinimiento
- Numero de defecaciones por semana _____
- Heces duras Necesita pujar/ empujar con fuerza
- Dificultad para evacuar/ vaciar
- La sensacion de que su recto no esta vacio
- Diarrea Acuoso Sangriento Con mucosidad #/day _____
- Usa enemas o laxantes? Con que frecuencia? _____
Cuales: _____
- Se aplica medicamentos en el area anal?
Cuales: _____

Si usted sufre de algunos de los sintomas relacionados con Incontinencia fecal, por favor complete lo siguiente:

- Defeca o mancha en la ropa interior
 - Usted necesita correr inmediatamente al inodoro para evitar un accidente?
 - Defecaciones sin control o accidentes Es frecuente? _____
- Si es asi es relacionado con: Heces solidas Heces liquidas Gas
- Poca cantidad Cantidad abundante
- Usted usa pañal o almohadillas protectoras?

Por favor proporciones la relacion de los parientes con lo siguiente:

- Ninguna:
- Cancer de Colon/rectal: _____
- Polipos de Colon/rectal : _____
- Enfermedad de Crohn: _____
- Colitis Ulcerativa: _____
- Otro tipo de cancer:
 - Pariente: _____ Tipo: _____
 - Pariente: _____ Tipo: _____
 - Pariente: _____ Tipo: _____
 - Pariente: _____ Tipo: _____

Firma del paciente _____

I have reviewed and documented the above findings.

Physician signature: _____