

Estimado: _____ Su cita está en: _____ / _____ / _____ a: _____: _____ AM | PM

UD. ESTÁ PROGRAMADO CON EL SIGUIENTE DOCTOR/OFICINA:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Michael Krachman, M.D. | <input type="checkbox"/> 408 Bethel Road
Point Commons – Suite E
Somers Point, NJ 08244 | <input type="checkbox"/> 2500 English Creek Avenue
Building 900, Suite 903
Egg Harbor Township, NJ 08234 |
| <input type="checkbox"/> Kenneth Schwab, M.D. | | |
| <input type="checkbox"/> Paul Ljubich, M.D. | <input type="checkbox"/> 425 Route 9 North
Cape May Court House, NJ 08210 | <input type="checkbox"/> 219 N. White Horse Pike, Suite 104
Hammonton, NJ 08037 |
| <input type="checkbox"/> Lawrence Ognibene, D.O. | | |
| <input type="checkbox"/> Nikhil Deshpande, M.D. | <input type="checkbox"/> 517 Route 72 West
Manahawkin, NJ 08050 | <input type="checkbox"/> 1133 East Chestnut Avenue, Building 2,
Suite A, Vineland, NJ 08360 |
| <input type="checkbox"/> Sujai Jalaj, M.D. | | |
| <input type="checkbox"/> Daniel D'Auria, M.D. | | |
| <input type="checkbox"/> Melissa Diener, M.D. | | |

Para contactarnos, llame:**Somers Point: 609-926-3330 (Fax: 609-926-8578)****Egg Harbor Township: 609-645-1880 (Fax: 609-645-1277)****Cape May Court House: 609-465-0060 (Fax: 609-465-0187)****Vineland: 856-839-2128 (Fax: 856-839-2118)****Hammonton: es posible llamar por nuestra oficina de Somers Point****Por favor, complete los impresos y traerlos a su cita, también con:**

- TARJETA(S) DE SEGURO
- REFERINDO/COPAGO (si cualquiera se requiere – por favor, llame su compañía de seguro si no está seguro)
- MEDICAMENTOS ACTUALES
- CUALQUIER PRUEBAS GASTROINTESTINALES Y/O ANÁLISIS DE LABORATORIO
- Un ELECTROCARDIOGRAMA ECG (si administrado dentro de 6 meses de su cita)

Tenemos ganas de verle a su cita

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

 Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de fijo: _____

Número de celular: _____

Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

 Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ___/___/___

NSS: _____ - _____ - _____

 Estado civil: Soltero Casado Divorciado Enviudado

 Raza: Asiático Indígena de EE.UU o Nativo de Alaska

 Raza negro o Afroamericano Hispánico

 De Hawái o Habitantes de la Polinesia Blanco

 Idioma: Inglés Español Otra

 Etnia: Hispano No-Hispano

 Estado de Empleo: Tiempo completo Media jornada Jubilado

INFORMACIÓN DE EMPLEO

Nombre de Empleador: _____

 Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE MÉDICO

Doctor Remitiendo: _____

Doctor Primario: _____

INFORMACIÓN EMERGENCIA

Persona de contacto: _____

Relación: _____

Teléfono de fijo: _____

Número de celular: _____

 Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre de Seguro: _____

Número de Seguro: _____

Número de Grupo: _____

 Referencia Requerido: Sí No

Cantidad de Copago \$: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Relación de Paciente a Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento de Suscriptor: ___/___/___

NSS de Suscriptor: _____ - _____ - _____

Empleador de Suscriptor: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SEGUNDARIO

Nombre de Seguro: _____

Número de Seguro: _____

Número de Grupo: _____

 Referencia Requerido Sí No

Cantidad de Copago \$: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Relación de Paciente a Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento de Suscriptor: ___/___/___

NSS de Suscriptor: _____ - _____ - _____

Empleador de Suscriptor: _____

Nombre de Farmacia: _____

 Dirección: _____

Número: _____

TRASPASO DE BENEFICIOS/ RENUNCIA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Solicito que el pago de beneficios de Medicare y otras compañías de seguros autorizados se hagan en mi nombre a Jersey Shore Gastroenterology Associates por cualquier servicio me provean por médico o suministrador.

Autorizo cualquier propietario de información médico sobre mí que suelte a la Financiamiento de Atención Sanitaria Administración y otras compañías de seguro y su agentes cualquiera información se necesita para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por

 _____ /_____/_____
 Firma de Paciente o Guardián Fecha

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

HISTORIA MEDICINAL (Marca todos que aplica):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaco | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Úlceras / reflujo ácido |
| <input type="checkbox"/> Asma / Enfermedad de pulmón | <input type="checkbox"/> Trastorno de ataque | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno sangriento | <input type="checkbox"/> Infarto Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón | <input type="checkbox"/> Anemia | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidal | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedad de hígado | |

Por favor, haga unalista de otros problemas médicos que Ud. tiene: _____

HISTORIA QUIRÚRGICO (por favor, haga unalista de TODAS las cirugías que Ud. ha tenido): _____**HISTORIA DE FAMILIA** (p.e. cáncer de colon/estómago, enfermedad de Crohn, colitis, úlceras, enfermedad de vesícula biliar): _____**HISTORIA SOCIAL**

Ocupación: _____

Está: FUMADOR(A) NO-FUMADOR(A) ANTERIOR FUMADOR(A)Bebe alcohol? **SÍ | NO** Si sí, cuánto? _____Usa drogas recreativos? **SÍ | NO** Hay una historia de el uso de drogas? **SÍ | NO** Tiene tatuajes? **SÍ | NO****TODAS LAS MEDICACIONES ACTUALES** (Por favor, use la forma incluida, Medicaciones, si necesite más espacio): _____Tiene alergias a alguna medicación o látex? **SÍ | NO****QUÉ ES LA RAZON POR SU VISITA HOY?:** _____

PRINCIPIOS DE LA OFICINA**PRINCIPIO DE CANCELACIÓN**

Porque todos nuestros pacientes son valiosos para nosotros, nuestro tiempo con ellos es importante. Pedimos que Ud. cancele citas a menos de 24 horas antes de la cita para dejar otros pacientes que utilizan este tiempo. Si este principio no está respetado, un pago de cancelación de \$20 se podría añadir a su cuenta (su seguro no cubrirá este pago). Después de 3 citas falladas, Ud. ya no se puede tratar en nuestra oficina.

REFERENCIAS

Es su responsabilidad de obtener una referencia si es requerido por su seguro Y está requerido al tiempo de servicio. Si no tiene su referencia, cambiaremos su cita. Esto es un requisito de SU compañía de seguro.

COPAGO

Si un copago está requerido por su seguro, está requerido al tiempo de servicio. Note, por favor, que aceptamos efectivo, tarjetas de crédito, o cheques. Hay un pago de \$20 por cheques regresados.

ESTADO DE CUENTA

Saldos no pagados habrá evaluados un recargo de facturación de \$10 en el tercer resumen. Si su cuenta está dada a colecciones, 25% más de interés sera añadido a su cuenta para cubrir pagos legales y de colecciones.

PROCEDIMIENTOS

Es su responsabilidad que verifica las reglas y regulaciones de su seguro con consideración a procedimientos. Jersey Shore Gastroenterology no tiene control de qué su seguro permitirá o no permitirá. Jersey Shore Gastroenterology no es responsable por algunos recargos por médicos, facilidades, anestesia, laboratorio o patología no se cubren por su seguro. Nos recomendamos que contacte su seguro para clarificación de su cobertura.

Firma de Paciente o Guardián_____
Nombre (en letra de molde)____/____/____
Fecha**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS (NPP):**

Mi firma abajo reconoce que ha recibido o ha ofrecido una copia de la Noticia de Practicas Privadas (NPP) por Jersey Shore Gastroenterology (JSG), y estoy informado que tengo acceso a este documento en el sitio web a www.jerseyshoregastro.com

Firma de Paciente o Representante Autorizado _____ Fecha _____

O

En una situación de tratamiento emergencia, obtenga la NPP reconocimiento tan pronto como es razonablemente practicable que hace después de la situación emergencia ha terminada.

El/La Paciente no puede firmar porque

 (marque uno)

Paciente está inconsciente o en un estado crítico

 Paciente rechaza firmar Barreras de comunicaciones se prohibió obtener el reconocimiento**CERTIFICACIÓN DE ESFUERZOS DE BUENA FE PARA OBTENER RECONOCIMIENTO DE LA NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS (NPP):**

Yo por la presente certifico que como un asociado o agente de JSG, yo ha hecho un esfuerzo de buena fe que obtener del paciente o el representante autorizado del paciente un reconocimiento escrito de la NPP de JSG de acuerdo con su Provisión de Noticia de Practicas Privadas.

JSG Nombre de Representativo _____

Posición _____ Fecha _____

Michael Krachman, M.D., F.A.C.P.
 Kenneth Schwab, M.D., F.A.C.P.
 Paul Ljubich, M.D., F.A.C.P., C.N.S.P.
 Lawrence Ognibene, D.O., F.A.C.O.I.
 Nikhil Deshpande, M.D., F.A.C.P.
 Sujai Jalaj, M.D.
 Daniel D'Auria, M.D.
 Melissa Diener, M.D.

OFICINA DE SOMERS POINT
 NÚMERO: (609) 926-3330 FAX: (609) 926-8578

OFICINA DE EGG HARBOR TWP
 NÚMERO: (609) 645-1880 FAX: (609) 645-1277

OFICINA DE CAPE MAY COURT HOUSE
 NÚMERO: (609) 465-0060 FAX: (609) 465-0187

OFICINA DE VINELAND
 NÚMERO: (856) 839-2128 FAX: (856) 839-2118

CONSENTIMIENTO AUTORIZADO Y INFORMADO POR LA RENUNCIA DE REGISTROS MEDICALES

Yo por la presente autoriza Jersey Shore Gastroenterology Associates, P.A. que obtener/ liberar los registros medicales de:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

 LIBERE A:

 OBTENGA DE:

 Registros que se liberará: _____

Firma de Paciente o Guardián

Nombre (en letra de molde)

Fecha

 408 Bethel Road, Point Commons - Suite E, Somers Point, NJ 08244
 2500 English Creek Avenue, Building 900 Suite 903, Egg Harbor Twp, NJ 08234
 425 Route 9 North, Cape May Court House, NJ 08210
 219 N. White Horse Pike, Suite 104, Hammonton, NJ 08037
 517 Route 72 West, Manahawkin, NJ 08050
 1133 East Chestnut Avenue, Building 2, Suite A, Vineland, NJ 08360