



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Primero _____ 2do _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Zip _____ Condado _____

Teléfono: Domicilio _____ Trabajo _____ Celular _____

Email: _____

(# SS para presentar reclamos de seguro)

Seguridad Social: _____ - _____ - _____ # Licencia de conducir: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ___ / ___ / ___ Sexo: M F Etnia: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Idioma hablado: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del asegurado: _____ # Seguro Social del asegurado: _____ - _____ - _____

Telf. Trabajo del asegurado: (____) _____ Empleador del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado (dd/mm/aa): ___ / ___ / ___ Parentesco: _____

Contacto de emergencia: _____ Telf.: (____) _____ Parentesco _____

Médico de referencia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (El paciente DEBE notificar a la compañía del seguro antes de la admisión, si la precertificación es necesaria)

Compañía aseguradora principal : _____ # Póliza: _____

Dirección de reclamos: _____ Línea de reclamos: (____) _____

Médico de referencia: _____

Compañía aseguradora secundaria: _____ # Póliza: _____

Dirección de reclamos: _____ Línea de reclamos: (____) _____

Certifico que toda la información de arriba es correcta.

Firma del paciente o responsable: _____ Fecha: _____

POR FAVOR DEJE QUE EL RECEPCIONISTA HAGA UNA COPIA DE SU TARJETA DE ASEGURADO. GRACIAS



HISTORIA DEL PACIENTE

Proveer la siguiente información es muy importante para su salud. Tómese su tiempo. Complete la información completa y correctamente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

MOTIVO DE SU CONSULTA

¿Cuál es la razón principal de esta visita?

Visto por la solicitud de: _____

Ha tenido alguna prueba, rayos -x o laboratorio anteriormente: Sí No

De ser así, explicar: _____

HISTORIA MEDICA PASADA

¿Tiene usted o alguna vez tuvo cualquiera de lo siguiente?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Prótesis articulares |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Otro tipo de cáncer | <input type="checkbox"/> Válvula cardiaca artificial |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Daños psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Prótesis articulares | <input type="checkbox"/> Daños psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos |
| <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Daños psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermo de la tiroides | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | | |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Asma | | |
| <input type="checkbox"/> Hemorroides | | | |

MEDICAMENTOS TOMADOS ACTUALMNETE

Haga una lista de todas los medicamentos prescritos y no prescritos

ALERGIA A MEDICAMENTOS Ninguno

HISTORIA SOCIAL

- Sí No
- ¿Toma alcohol? Si es cierto, ¿Cuánto? _____
- ¿Fuma cigarrillos? Si es cierto, ¿Cuánto? _____
- Si los deja, ¿Cuándo? _____
- ¿Toma bebidas cafeinadas? _____
- Si es cierto ¿Cuál? _____ ¿Cuánto? _____
- ¿Está usted en el grupo de alto riesgo de contraer el VIH o el virus del SIDA? Si no sabe, pregunte por favor.

HISTORIA DE LA FAMILIA

¿Alguien de su familia (padres, hermanos, hijos) ha tenido?:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Otros cánceres | <input type="checkbox"/> Afeción al hígado | <input type="checkbox"/> Cirrosis |
| <input type="checkbox"/> Úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> Afeción al riñon | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Dolencia psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Afeción pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Otras enfermedades digestivas | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades digestivas | <input type="checkbox"/> Afeción en la tiroides | |

SISTEMA DIGESTIVO (Personalmente para usted)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Dolor al comer | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Excesiva fatiga | <input type="checkbox"/> Incremento de estrés | <input type="checkbox"/> Despierta en la noche con dolor | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente |
| <input type="checkbox"/> Nauseas frecuentes | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente | <input type="checkbox"/> Sangra al defecar |
| <input type="checkbox"/> Vomita sangre | <input type="checkbox"/> Dificultad al tragar | <input type="checkbox"/> Heces negras/alquitranadas | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Indigestiones frecuentes | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Toma laxantes | <input type="checkbox"/> Toma antiácidos |
| <input type="checkbox"/> Al comer, el estómago se llena rápido. | <input type="checkbox"/> Al comer, el estómago se llena rápido. | <input type="checkbox"/> Cambio de tamaño/ forma/ color en las heces | |

¿EXPERIMENTÓ CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE MÁS DE SEIS VECES AL AÑO?

- Sí No
- Distensión abdominal visible
- Evacuación incompleta al defecar
- Mucosa en las heces
- Calambre abdominal antes de defecar
- Alivio de dolor al defecar
- Dolor abdominal relacionado frecuentemente con deposiciones sueltas.

HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS ANTERIORES

Fecha	Motivo
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Confirмо que todo lo anterior es verdadero y correcto

Firma del paciente _____ Fecha: _____



REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

Información del paciente

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gastrointestinal

Sí No Ninguno de los siguientes

- Acidez
- Indigestión
- Nauseas
- Vómitos
- Dificultad al tragar
- Dolor al comer
- Llenarse rápidamente
- Dolor abdominal
- Inflamación abdominal
- Distensión abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Cambio en hábitos de defecar
- Sangrado del recto
- Hemorroides
- Dolor en el recto
- Intolerancia los lácteos
- Intolerancia a trigo/ gluten
- Ictericia

Constitucional

Sí No Ninguno de los siguientes

- Pierde peso
- Gana peso
- Fatiga
- Fiebre
- Sudoraciones
- Escalofríos

Otorrinolaringología

Sí No Ninguno de los siguientes

- Dolor de garganta
- Problemas en los senos nasales

Cardiovascular

Sí No Ninguno de los siguientes

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Disnea
- Hinchazón de las piernas

Respiratorio

Sí No Ninguno de los siguientes

- Tos
- Asma

Genitourinario

Sí No Ninguno de los siguientes

- Dificultad al orinar
- Orina con frecuencia
- Infección en el tracto urinario

Tegumentario

Sí No Ninguno de los siguientes

- Sarpullido
- Urticaria
- Picazón

Hematológico/ Linfático

Sí No Ninguno de los siguientes

- Sangrado prolongado
- Hematomas con facilidad

Neurológico

Sí No Ninguno de los siguientes

- Jaquecas
- Desmayos
- Convulsiones

Psiquiátrico

Sí No Ninguno de los siguientes

- Depresión
- Ansiedad
- Excesivo estrés

Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA REPRESENTANTE PERSONAL

Por favor llene con letra de imprenta toda la información, después firme y coloque la fecha al final

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): ___ / ___ / ___ Telf. Domicilio: (____) _____ Telf. Trabajo: (____) _____

Objetivo de la Solicitud

Autorizo la *práctica* de comunicar o proporcionar mi información médica protegida a los siguientes individuos, quienes están autorizados para tomar acción como mis representantes personales con el objetivo de obtener toda mi información médica protegida. Yo informaré a mi representantes personales sobre los últimos cuatro dígitos de mi seguro social con objetivos de identificación cuando busquen mi información médica. Como mis representantes personales, ellos podrán ejercer mi derecho de examinar, copiar y solicitar correcciones de mi información médica. Ellos también podrán aprobar o autorizar el uso o publicación de mi información médica protegida:

Nombre del Representante Personal:

_____ Teléfono: _____
_____ Teléfono: _____
_____ Teléfono: _____

Descripción de la Información a comunicar

Autorizo la comunicación de toda mi información médica protegida a mis representantes personales designados.

Expiración o Finalización de la Autorización

Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que usted le ponga fin, sus representantes personales o algún otro individuo(s) de entidad legal autorizada que lo haga por orden de la corte o ley.

Derecho a Revocar o Finalizar

Como se puso de manifiesto en nuestro Aviso de Privacidad, usted tiene derecho a revocar o finalizar esta autorización presentando una solicitud escrita a nuestro Gerente de Privacidad. Esto puede realizarse en persona o mandando por correo una solicitud a:

Consultores en gastroenterología

Atención: Gerente de Privacidad
131 Summerplace Drive
West Columbia, SC 29169

Divulgación posterior

Comprendo que esta *práctica*, no tiene control sobre las personas que he listado como mis representantes personales. Por lo tanto, cualquier información médica protegida divulgada bajo esta *práctica* dejará de estar protegida por los requerimientos del Reglamento de Privacidad y ya no será responsabilidad de la *práctica*.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

AVISO DE PRIVACIDAD

West Columbia | Columbia | St Andrews | Lexington
803.794-4585 | info@SCGastro.com | SCGastro.com



— CONSULTORES EN —
GASTROENTEROLOGÍA

— CAROLINA DEL SUR —
CENTRO DE ENDOSCOPIA

— CAROLINA DEL SUR —
CENTRO DE ENDOSCOPIA
NORESTE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA O REVELADA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A LA MISMA, POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Entendiendo su historial médico e información.

Nosotros mantenemos un registro de todas sus visitas documentadas, de sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos. Esta información es su historial médico. Éste sirve como base para planificar su cuidado y tratamiento, nos permite comunicarnos efectivamente con los muchos profesionales médicos relacionados con su cuidado en general, describir legalmente su cuidado, verificar los servicios provistos a terceras partes y educar a profesionales médicos.

Uso y difusión

Utilizaremos su información de salud para tratamientos

Por ejemplo: información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de asistencia médica será registrado en su historial para determinar el curso del tratamiento que mejor sea para usted. Miembros del equipo de asistencia médica, entonces documentarán las acciones que tomaron y sus observaciones. Nosotros también proveeremos a su médico o a un subsiguiente proveedor de asistencia médica, copias de varios reportes que puedan asistir a él o ella en su tratamiento para cualquier condición subsecuente que pueda surgir.

Utilizaremos su información de salud para pagos

Por ejemplo: La factura podría ser enviada a usted o a un tercero para pagar. La información en la factura puede incluir información que lo identifica, así como su diagnóstico, tratamientos y suministros utilizados.

Utilizaremos su información de salud para regular las operaciones de asistencia médica.

Por ejemplo: Los médicos y los miembros de su equipo de cuidado de salud podrían utilizar información en su historia médica para evaluar la calidad del cuidado recibido así como también el cuidado que haya recibido gente como usted. Esta información entonces será enviada como iniciativa para mejorar continuamente la calidad y efectividad de la asistencia médica y el servicio que proveemos.

Socios comerciales: Hay algunos servicios provistos en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Entre varios ejemplos están los procesos o administración de reclamos; de análisis, procesos o administración de datos; revisión de la utilización; seguros de calidad; facturación; gestión de beneficios; gestión de prácticas; ajuste de precios; servicios legales; servicios actuariales; servicios de sitio web; de contabilidad; consultoría; incorporación de datos; gestión; administrativos; de acreditación; y financieros. Cuando estos servicios son contratados, podríamos revelar su información médica a nuestros socios comerciales de modo que puedan desempeñar el trabajo que les exigimos que realicen. Para proteger su información médica, no obstante, exigimos a nuestros socios comerciales resguardar apropiadamente su información.

Notificación: Podríamos utilizar o revelar información para notificar o asistir al momento de informar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su localidad, sobre información acerca de su condición general o muerte.

Comunicación con la familia: Profesionales médicos, bajo su mejor juicio, podrían revelar información a un miembro de la familia u otro



CONTACTO PARA INFORMACIÓN
803.794-4585 | info@scgastro.com | Scgastro.com

pariente, un amigo personal cercano u otra persona que usted identifique, información médica relevante para esa persona implicada en su cuidado o relacionada con los pagos de su cuidado.

Recordatorios de consultas y alternativas de tratamientos: Podríamos contactarlo a usted para proveerle recordatorios de sus consultas o información acerca de las alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados a su salud que podría interesarle.

Investigación: Podríamos revelar información a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por un comité de revisión institucional que haya revisado la propuesta de la investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica. Nosotros obtendremos una autorización por escrito de usted para revelar información para otros propósitos de investigación.

Directores de funerarias: Podríamos revelar información médica a directores de funerarias de acuerdo con la ley aplicable que les permita llevar a cabo sus deberes.

Organización para la procuración y ablación de órganos: De acuerdo con la ley aplicable, podríamos revelar información médica a organizaciones para la procuración y ablación de órganos u otras entidades comprometidas con la procuración, bancos o trasplantes de órganos con el propósito de donación de tejido o trasplante.

Recaudación de fondos: Podríamos contactarlo a usted como parte de una iniciativa de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de optar por no recibir cualquier comunicado de este tipo.

Administración de alimentos y medicinas (AAM): Podríamos revelar a la AAM información médica con relación a sucesos adversos respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia

post-comercialización para habilitar el retiro de los productos, reparación o reemplazo.

Salud pública: Bajo la ley de Carolina del Sur, podríamos revelar su información médica al departamento de salud para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad.

Institución correccional: Si usted es un recluso de una institución correccional, nosotros podríamos revelar a la institución u otros agentes de salud información necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Aplicación de la ley: Podríamos revelar información médica para propósitos de aplicación de la ley como lo requiere la misma o en respuesta a una citación válida.

Si un miembro de nuestro personal o socio comercial cree en buena fe, que nos hemos involucrado dentro de una conducta ilegal o de otra manera infringido las normativas profesionales o clínicas, las cuales están potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o público en general; entonces las leyes estatales y federales realizan disposiciones para que su información médica sea comunicada a autoridades de salud o fiscales.

Otras formas de utilizar y revelar su información que requieren su autorización

Todos los otros usos y formas de revelar su información se realizarán solamente con su autorización escrita. Si usted cambia de parecer después de autorizar el uso o emisión de su información, podría mandar una revocación de dicha autorización por escrito en cualquier momento.

Los derechos respecto a su información médica
Usted tiene ciertos derechos bajo la legislación

federal referente a la privacidad y reglamentos. Esto incluye:

- El derecho de exigir restricciones en el uso y presentación de su información médica protegida;
- El derecho de recibir comunicaciones confidenciales concernientes a su condición médica y tratamiento;
- El derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida (por un precio módico);
- El derecho de exigir una modificación de su información médica protegida;
- El derecho de recibir un estado de cuenta de cómo y a quién ha sido revelada su información médica protegida;
- El derecho de recibir una copia impresa de este aviso después de pedirlo;

Nuestros deberes

Se nos exige por ley mantener la privacidad de su información médica protegida, y mantendremos su privacidad constante de acuerdo a las obligaciones legales. Además, la ley nos exige proveerle a usted nuestro Aviso de Privacidad legalmente obligatorio, conforme a los términos de nuestro Aviso de Privacidad actualmente en ejercicio, notificarle cuando no somos capaces de cumplir una restricción solicitada y satisfacer sus exigencias razonables.

La ley también nos exige notificarle, después de alguna infracción sobre su información médica protegida que no esté asegurada.

Derecho a corregir prácticas de privacidad

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestro Aviso de Privacidad y hacer efectivo el nuevo aviso de disposiciones para toda la información médica protegida que tengamos al momento de corregir nuestro Aviso de Privacidad. Usted podría contactarnos en cualquier momento para recibir una copia revisada de tal Política de Privacidad. A continuación de la creación de cualquier Aviso de

Privacidad revisado nosotros redactaremos una copia de tal aviso revisado para disposición suya cuando visite la oficina, y expondremos dicho Aviso de Privacidad en un lugar claro y prominente en nuestra oficina, así como también en nuestro sitio web: www.scgastro.com/services.

Solicitudes para restricciones de información médica protegida.

Usted tiene el derecho de exigir que restrinjamos usos y presentaciones de información médica protegida perteneciente a usted 1) para seguir un tratamiento, pago u operaciones de asistencia médica; 2) al proveer la "Notificación" descrita antes o 3) al proveer la "Comunicación con la familia" descrito antes.

No obstante, no se nos exige estar de acuerdo con una restricción en particular, al menos que usted solicite que restrinjamos revelar información médica protegida a un plan de salud y a) dicha información presentada sea con el propósito de llevar a cabo los pagos u operaciones de atención médica que la ley así no lo exija; y b) que la información médica se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica para el cual usted, u otra persona distinta al plan de salud en su nombre, nos haya pagado en su totalidad.

Para mayor información de privacidad o reportar un problema.

Si usted tiene preguntas o necesita más información, llame a Doreen Edmondson, Administrador y Oficial de Privacidad al 803.794.4585. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestro Oficial de Privacidad o mandar su queja a: Oficina de derechos civiles, Departamento de Salud & Servicios Humanos, 200 Avenida Independence SW, Sala 509F, edificio HHH, Washington, DC 20201.

Fecha de aplicación: Este Aviso de Privacidad entra en vigencia a partir del 23 septiembre de 2013.



— CONSULTORES EN —
GASTROENTEROLOGÍA

CONFIRMACIÓN DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Sí No Confirmo haber recibido Aviso de Privacidad

He sido provisto con un Aviso de Privacidad y entiendo como mi información médica es usada por la Práctica y como mi privacidad está protegida

Firma del
paciente o
representante
legal:

_____ Fecha: _____

Firma del
testigo:

_____ Fecha: _____



PÓLIZA FINANCIERA DEL PACIENTE

Los Consultores en Gastroenterología y los Centros de Endoscopia de Carolina del Sur están comprometidos en proporcionar atención de alta calidad. El costo de atención es elevado y una póliza financiera es parte de cada práctica.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Los pacientes son finalmente responsables de todos los cargos por servicios proporcionados por Representantes en Gastroenterología y Centros de Endoscopia en Carolina del Sur y los pagos se realizan cuando los servicios son suministrados.

Si se programa un procedimiento, se requiere un depósito no-reembolsable. Este depósito se aplicará a cualquier deducible o copago que se necesita reunir.

Tenemos el derecho de negar tratamientos que nuestros médicos no consideren urgentes por cualquier saldo pendiente con Especialistas en Gastroenterología o con los Centros de Endoscopia de Carolina del Sur.

Aceptamos pagos en efectivo, cheque personal, tarjeta de débito, VISA, MasterCard y American Express.

PACIENTES ASEGURADOS

Como cortesía, vamos a archivar su seguro primario y Secundario. Si participamos con su compañía de seguro, cualquier importe realizado después del ajuste transaccional pertinente, será su responsabilidad. Si NO participamos con su compañía de seguro, cualquier saldo de pago pendiente después del pago del seguro será su responsabilidad.

Por favor facilite para nosotros información actualizada necesaria para archivar su reclamo. Si ésta no se obtiene en la fecha de rendición de servicio, usted será responsable por su cuenta. Usted también es responsable en notificarnos cualquier cambio en su seguro. En cada visita se requiere una copia de su tarjeta. Si no tiene su tarjeta al momento de la visita, se le pedirá que firme un documento de suspensión y se le facturará por los servicios.

Para verificar nuestra participación con su seguro, por favor llame a su compañía de seguro. Cada compañía de seguro tiene diferentes co-pagos y deducibles. Por favor esté enterado de los requerimientos de su póliza individual. Se requiere que usted pague su co-pago y/o deducible en el momento de su visita.

Nosotros participamos con **Medicare** y archivamos el seguro que es secundario para Medicare. Es su responsabilidad pagar su co-seguro y/o deducible al momento de recibir el servicio.

Somos también un proveedor participante para **Medicaid** en Carolina del Sur; sin embargo, usted debe tener su tarjeta actual al momento de recibir un servicio. Su tarjeta debe tener consultas disponibles restantes para ser válida. Por favor verifique con nuestra oficina respecto a nuestra participación con cualquier plan HMO (siglas en inglés) Medicaid.

Es responsabilidad del paciente facilitarnos el formulario de referencia de atención médica primaria. Por favor revise y vea si su seguro requiere una referencia y verifique que sea obtenida antes de su visita. Si se requiere una referencia, pero no se la obtiene, se requerirá un pago completo del paciente al momento de recibir el servicio.

Si su compañía de seguro NO ha pagado su reclamo en su totalidad dentro de 60 días, por favor llame a su compañía de seguro para averiguar sobre su estado.

PACIENTES NO ASEGURADOS

Se requiere que todos los pacientes no asegurados llamen al (803) 939-4100, int. 150 o 169 antes de su visita para realizar los acuerdos de pago. Se ofrecen descuentos por pago puntual del paciente no asegurado. Si los acuerdos no se realizan antes de la visita, se espera un pago completo al momento de recibir el servicio.

CHEQUES REEMBOLSADOS

Se le recargará una tarifa de 30\$ en caso de que su cheque sea reembolsado por cualquier motivo.

CANCELACIÓN Y AUSENCIAS

Visitas a la oficina: Toda cancelación debe ser realizada con anticipación de (1) día laboral. Los pacientes que no manden la notificación con (1) día laboral de anticipación serán considerados "ausentes" y se les recargará 25\$.

Procedimientos: Todas las cancelaciones por procedimientos deben ser realizadas dentro de dos (2) días laborales. Si no notifica en la oficina esto puede resultar en un cargo de 50\$ por cancelación.

RECOLECCIÓN

Nos reservamos el derecho de mandar cuentas con balances sobre los últimos 60 días a una agencia de recolección. La agencia tiene el derecho de reportar el balance vencido a la oficina de crédito.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Si usted necesita más información sobre su póliza financiera o si tiene preguntas sobre sus responsabilidades financieras, por favor llámenos al (803) 939-4100.

Yo he leído y comprendido la póliza arriba mencionada respecto a mi responsabilidad financiera con los Consultores en Gastroenterología y los Centros de Endoscopia en Carolina del Sur.

Nombre del paciente (por favor escriba con letra de molde) _____ Fecha (mm/dd/aa): ____/____/____

Firma del paciente: _____