



# GI Excellence, Inc.

MILAN S CHAKRABARTY, M.D.  
SANDRA DEL VALLE, PA-C

TAHIR QASEEM, MD. F.A.C.P., F.A.C.G.  
YAHAIRA SANCHEZ, FNP-C

1003 E FLORIDA AVE. SUITE 101  
HEMET, CA 92543  
PH: (951) 652-2252 FAX: (951) 658-6476

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE / POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE OFICINA

Es habitual que nuestra oficina actualice esta información cada seis meses o cuando lo consideremos necesario cuando se realicen cambios.

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL S M W  
D SEP

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ S.S. # \_\_\_\_\_ CONducir LIC # \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_  
ZIP \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE HOGAR (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO DE TRABAJO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Todo lo que aplica: Métodos de comunicación autorizados.

INICIO NUMERO TRABAJO NUMERO TELEFONO CELULAR

( ) Dejar solo el número de devolución de llamada ( ) Dejar solo el número de devolución de llamada ( ) Dejar solo el número de devolución de llamada

( ) Aceptar para dejar un mensaje detallado con la persona ( ) Aceptar para dejar un mensaje detallado con la persona ( ) Aceptar para dejar el correo de voz detallado

( ) Aceptar para dejar un mensaje detallado en el correo de voz ( ) Aceptar para dejar un mensaje detallado en el correo de voz

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESPOSA \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SS  
# \_\_\_\_\_

EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

RELACIONES \_\_\_\_\_

CONTACTO (aparte del cónyuge) DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

¿Tenemos su permiso para discutir sus condiciones médicas con alguien que no sea usted? \_\_SI NO

Si la respuesta es sí: nombre \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_

¿QUIÉN ES SU DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA? \_\_\_\_\_

¿QUIÉN LE ESTÁ REFERIENDO A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

¿TIENE UNA DIRECTIVA AVANZADA? ( ) SI NO

Una directiva anticipada le informa a su médico qué tipo de atención le gustaría recibir si no pudiera tomar decisiones médicas sobre su

propio. Si ya tiene una directiva avanzada, le recomendamos que nos brinde una copia en su próxima visita. Si no tienes un directiva avanzada y le gustaría obtener más información sobre una, visite [www.advanceddirectivellc.com](http://www.advanceddirectivellc.com)

POLITICAS DE OFICINA

¡POR FAVOR LEE! SU FIRMA AL FINAL DE ESTOS FORMULARIOS ASEGURA QUE USTED HA LEÍDO Y ENTENDIDO TODO LO QUE SE INDICA.

continúa en la página siguiente

Se le pedirá su (s) tarjeta (s) de seguro. Se guardará una copia en su archivo y es estrictamente confidencial. Consideramos que su factura es parte de su atención médica y tratamiento. Si no nos ha proporcionado la información adecuada para facturar a su seguro y no nos mantiene al día sobre cualquier cambio, ser considerado un paciente de EFECTIVO y los servicios se pagarán en su totalidad cada vez que reciba tratamiento. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros.

NO somos parte de ese contrato y no podremos resolver ningún problema que pueda tener con su compañía de seguros. Es tu responsabilidad saber que su seguro cubrirá o no cubrirá, si tiene un deducible, cuánto es el deducible o lo que tiene o no ha alcanzado su deducible. Se proporcionan servicios basados en ser un Medicare / Pvt.Ins.

Si se le niegan los servicios médicos porque está cubierto por una HMO / Other Ins., O no tiene cobertura en absoluto, será responsable del pago total a nuestras oficinas. Usted acepta pagar dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la factura y entiende que NO solicitaremos una autorización previa de la HMO o de otros Ins. por servicios ya prestados. Tenemos el derecho de rechazar el servicio por cualquier saldo no pagado o problemas de seguros no resueltos. Los copagos y / o deducibles deben ser pagado antes de ver al médico. Si no tiene el dinero para pagar según lo solicitado, su cita será reprogramada.

Nuestra oficina no acepta CHEQUES para los copagos que vencen antes de ver al médico. Por favor venga preparado cada vez con EFECTIVO o TARJETA DE CREDITO por sus copagos.

\*\* TODOS LOS PACIENTES deben conocer sus beneficios de seguro, cobertura y elegibilidad del proveedor participante. Nuestra oficina no confirma esta información para usted. ¡Llame a su compañía de seguros directamente!

**SEGURO PRIVADO:** Como cortesía facturaremos a su proveedor de seguros una sola vez. Debe proporcionarnos la información de facturación necesaria y el dirección a su proveedor de seguros. Es su responsabilidad saber si el Dr. Chakrabarty y / o el Centro de Endoscopia de Hemet son proveedores de sus seguros. También es tu responsabilidad de saber qué instalaciones externas (laboratorio, rayos X, etc.) le autoriza a usar su seguro. Si usted no nos informa de antemano, utilizaremos la facilidad de nuestra elección. Servicios considerados "no cubiertos" o no considerados "razonables" y "necesarios" por sus afiliados del proveedor se convertirá automáticamente en tu responsabilidad. Si su proveedor de seguros no ha pagado ni rechazado su reclamo en un plazo de 60 días, el saldo será transferido a usted y debe ser pagado en un plazo de 30 días. Si su compañía de seguros considera que su factura con nuestra oficina es un servicio no cubierto, usted será responsable del saldo total.

**PACIENTE DE MEDICARE:** Somos un proveedor participante en el programa de Medicare y aceptamos la asignación. Si tiene un 2º seguro, le facturaremos ese seguro para ti también. Se le pueden solicitar cantidades deducibles en el momento del servicio. Servicios considerados "no cubiertos" o considerados "Razonable" y "necesario" por su seguro se convertirá automáticamente en su responsabilidad, en su totalidad.

**PACIENTE HMO:** Se le pedirá su copago antes de ver al médico. Si su HMO niega servicios porque no era elegible, la factura será tu responsabilidad. No solicitaremos autorización retroactiva para servicios. Si no está preparado para pagar su copago al momento de su cita, tendremos que reprogramar para una fecha posterior.

**MEDICAID:** Necesitaremos usar su tarjeta antes de ver al médico. Si tiene una parte del costo, deberá pagar esa cantidad antes de que el médico te verá. Si no tiene el pago disponible, tendremos que reprogramarlo para una fecha posterior.

**APLICACIONES PERDIDAS:** a menos que se cancele con 24 horas de anticipación, se le cobrará una tarifa de \$ 80. Si no cumple con las citas no lo haremos. Continúe rellenando sus medicamentos.

**CHEQUES DEVUELTOS:** Se cobrará un cargo por servicio de \$ 30.00 por cada vez que se devuelva el cheque.

**CARTAS / FORMULARIOS / CUOTA MISC:** Debido al tiempo que le lleva al médico y al personal preparar cartas, completar formularios o proporcionar la información que a menudo se solicita, por los pacientes o varias agencias, habrá un cargo por cada solicitud. (Mínimo \$ 35.00) El pago debe hacerse por adelantado y no puede facturarse a su compañía de seguros Estas solicitudes toman tiempo para completar. Por favor permita a nuestra oficina 5-10 días hábiles para procesar las solicitudes. Te llamaremos cuando está listo para su recogida. Para asegurar una entrega adecuada, no podemos enviar sus solicitudes por correo.

**RECARGAS DE RECETAS:** DEBEMOS tener 24 horas (horas hábiles) para procesar su solicitud de refacciones por teléfono / fax. Solicitudes escritas Puede tardar 3-5 días laborables. Para asegurar una entrega adecuada, no podemos enviar sus recetas por correo. Por favor, no te permitas acabar completamente de tus medicamentos.

**REGISTROS MÉDICOS:** Sus registros médicos se convierten en una parte permanente de su archivo en esta oficina. No podemos reproducir copias de fotos o videos, pero nos complacerá reproducir copias de los registros del Dr. Chakrabarty y / o del Centro de Endoscopia de Hemet. No proporcionamos servicios gratuitos de copiado. Sobre su solicitud escrita y firmada o la de su representante legal (se requerirán pruebas), procesaremos su solicitud dentro de los 15 días. Habrá un cargo mínimo de \$ 25. Dependiendo del tamaño de su gráfico, la tarifa puede ser mayor.

**RECIBOS:** Si necesita recibos de sus pagos, ¡pregunte! Debe realizar esta solicitud en el momento en que se realiza el pago. Se aplicará un cargo de \$30 si tenemos que producir esta información para usted en un momento posterior.

**RESULTADOS DE LABORATORIO / RAYOS X:** Debido a las nuevas "Reglas de privacidad" establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, se nos hace difícil verificar su identidad por teléfono. Por lo tanto, no es habitual que nuestra oficina lo llame con sus resultados a menos que exista una anomalía grave. Si no hay nada que ponga en peligro la vida con sus resultados, se analizarán con usted en su próxima visita a la oficina.

**SOLICITUD DE FAMILIA:** A menudo recibimos llamadas de familiares o vecinos preocupados. Debido a las nuevas "Normas de Privacidad" establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, NO podemos divulgar NINGUNA información a ninguna persona no autorizada con un documento legal. Por favor notifique a su cónyuge, Niños, etc., para no llamar a nuestra oficina solicitando información sobre usted. No se nos permitirá responder a sus preguntas. Alentamos a aquellos involucrado en su cuidado para asistir a sus citas programadas con usted.

**PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN:** Si es necesario que nuestra oficina utilice una agencia de cobro para cobrar en su cuenta, se le cobrará un 35% del total del saldo de la cuenta. Se aplicará y será tu responsabilidad. Comuníquese con nuestra oficina regularmente con respecto al estado de su cuenta para evitar procedimientos innecesarios.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO:** Autorizo el pago directo de los beneficios quirúrgicos / médicos a Milan S. Chakrabarty, M.D., Inc./GI Centro de Endoscopia Excellence / Hemet. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Por la presente autorizo a Milan S. Chakrabarty, M.D, Inc./GI Excellence a liberar a cualquier médico o información incidental que puede ser necesaria para la atención médica o para procesar la solicitud de beneficio financiero. **MEDICARE / MEDICAID:** Certifico que la información proporcionada por mí en la solicitud de pago es correcta. Autorizo la liberación de todos los registros a petición. Solicito que el pago de los beneficios autorizados que se hagan en mi nombre.

**UNA FOTOCOPIA DE ESTAS ASIGNACIONES SERÁ VÁLIDA COMO LA EXENCIÓN ORIGINAL:** Si está programado ahora o será programado en el futuro para cualquiera de los siguientes: RUTINAS / FÍSICAS ANUALES, FÍSICAS DEL DMV, INYECCIONES, tenga en cuenta que su seguro (Medicare si aplicable) NO PUEDE CUBRIR estos servicios o su examen físico anual si se facturan como tales. En el caso de que los servicios no estén cubiertos, usted será responsable por la carga completa. Si su seguro pagará por la atención mencionada anteriormente, informe a SU MÉDICO el día de su cita. Esto permitirá al Médico para codificar su servicio de acuerdo con su cobertura de seguro. Si no lo hace, no podremos modificar su diagnóstico ni volver a facturar a su compañía de seguros.

**CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA TRATAMIENTO / EVALUACIÓN:** El suscrito da su consentimiento a cualquier radiografía, anestesia, médico, diagnóstico, procedimientos de laboratorio, tratamiento médico y quirúrgico o servicios hospitalarios prestados al paciente firmado a continuación, bajo la supervisión general o especial de, o con el asesoramiento de cualquier médico empleado por GI Excellence, Inc. **IMPORTANTE,** tenga en cuenta: Si un paciente es menor de edad, el padre que tiene la custodia legal, un tutor legal o una persona autorizada por ellos por escrito, debe firmar. Si un paciente es incompetente, debe firmar un tutor legal o un curador.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:** El Departamento de Salud y Servicios Humanos ha establecido una "Regla de privacidad" para ayudar a asegurar que la atención médica personal La información está protegida por la privacidad. La Regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de los pacientes para el uso y la divulgación de información médica sobre el paciente para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esta información importante. Nos esforzamos por tomar siempre las precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando sea apropiado y necesario, proporcionamos la información mínima necesaria solo para aquellos que consideramos que necesitan su información de atención médica e información sobre tratamiento, pago o atención médica u operaciones, con el fin de proporcionar atención médica que sea lo mejor para usted. Se adjunta una descripción completa del aviso HIPAA de prácticas de privacidad para tu reseña. Una fotocopia también está disponible si se solicita.

Su firma al final de estos formularios reconoce que ha leído y / o recibido una copia de esta "Regla de privacidad". Tu también reconoces que una copia del aviso actual se publica en nuestra área de recepción.

Al firmar a continuación, acepta que ha proporcionado a nuestra oficina un historial completo y preciso de pacientes, seguros e historial médico información. Ha leído y comprendido todos los formularios adjuntos: (páginas 1-4)

- POLITICAS DE OFICINA
- FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA REGLA DE PRIVACIDAD
- LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS
- INFORMACIÓN DIRECTIVA AVANZADA

**AVISO A LOS CONSUMIDORES:** Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California, 800-633-2322. Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado de la salud. Todos los pacientes deben completar y firmar estos formularios antes de ver al médico. Se le puede pedir que actualice esta información anualmente o según sea necesario. Nuestra oficina le ha dado mucho tiempo para leer y hacer cualquier pregunta que pueda tener. Si desea una copia de estos formularios por favor pregunte a la recepcionista.

Firma del paciente (o tutor legal): \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_