

Bayview Gastroenterology Medical Corporation

Ali Khademi, D.O.

Fecha de hoy:			Doctor primario:		
Informacion Del Paciente					
Apellido de paciente:	Nombre:	Medio:	Sr. Sra.	Srta. Sr.	Estado Matrimonial(circule) Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a
Es su nombre legal? SI NO	Si no, cual es su nombre legal?	(Nombre anterior):	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: M F
Dirección :		Seguro Social:	Número de telefono: () -		
P.O BOX:	Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Ocupación :	Empleador:		Número de telefono de trabajo: () -		
Escojo esta clinica por/ Referido por (marque caja):		Dr.	Aseguranza	Hospital	
Un familiar	Amigo/a	Cerca de casa or trabajo	Paginas amarillas	Otro	
Correo electrónico :					

En Caso De Emergencia		
Nombre de relativo o amigo (que no vive con usted):	Relación al paciente:	Número de teléfono : () - Número de teléfono : () -
<p>Esta información es correcta. Autorizo que mi aseguranza page directamente al Dr. Khademi. Yo se que soy responsable por cargos ademas de que tenga aseguranza todos los pagos tendran que pagarse por compello en 45 dias.</p>		
Firma del paciente o Guardia:		Fecha:

BAYVIEW GASTROENTEROLOGY

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de telefono: _____

Fax: _____

Fecha: _____

Yo autorizo/solicito _____
(médico / clínica / institución), empleados y médicos a compartir mi historial medica
incluyendo todos mis registros de salud, a Bayview Gastroenterology.

Bayview Gastroenterology

Ali Khademi, D.O.

4145 Clares Street STE A

Capitola, CA 95010

Numero: (831) 662-9999

Fax: (831) 662-9998

Firma: _____ (paciente) Fecha: _____

_____ (o representante legal) Fecha: _____

_____ (relacion con pt) Fecha: _____

BAYVIEW GASTROENTEROLOGY
Autorización Para Revelar Información De Salud

Yo autorizo a Bayview Gastroenterology, sus empleados, funcionarios y médicos a revelar información de mi historial medica incluyendo todos mis registros de salud y la siguiente información:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Número : _____
_____ Fax: _____

Cubriendo el periodo de atención medica: Fecha: _____

1. Entiendo que la divulgación de información de salud puede ser requerida por ley en algunos casos, como la notificación de enfermedades transmisibles.
 2. También autorizo a Bayview Gastroenterology, sus empleados, funcionarios y médicos a que me llamen, envíen un fax y / o me envíen cartas a lo anterior (teléfono, fax y dirección) para revelar mi información médica y / o cualquier otra información relevante a mi relación con Bayview Gastroenterology.
 3. Esta información se divulgará con fines de facturación médica, transcripción y comunicación con sus médicos tratantes.
 4. Entiendo que esta autorizacion puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en virtud de esta autorizacion. A menos que se revoque lo contrarion, esta autorización caducara a su solicitud:
- **Autorizo la divulgación de registros al siguiente representante (persona) a cargo de mi cuidado:**

Nombre, dirección, número de teléfono y fax

5. Bayview Gastroenterology, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento:

Firma: _____ (Paciente) Fecha: _____
_____ (o representante legal) Fecha: _____
_____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

BAYVIEW GASTROENTEROLOGY

RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD DEL CONSULTORIO
--

He recibido el aviso de prácticas de privacidad de Bayview Gastroenterology y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Estimados pacientes de Bayview Gastroenterology

Estamos aquí para servirle y proveerle la mejor atención posible. Le pedimos que por favor tome en cuenta las siguientes políticas de Bayview Gastroenterology:

1. Tenemos un sobrecargo de \$50-\$100 si usted no se presenta a su cita o hace una cancelación tardía. Se requiere de 48 horas de notificación para cancelar o reprogramar una cita (los días festivos y domingos no están incluidos en el aviso de 48 horas).
Iniciales: _____
2. Todos los copagos serán colectados antes del servicio. Todos los deducibles deben colectarse al menos 2 días antes de los procedimientos. Si su deducible aplica, colectaremos \$300.
Iniciales: _____
3. Para ser justos con nuestros pacientes, si llega tarde (mas de 10 minutos) a una cita en el consultorio, se le va poder atender hasta el final del día o tendremos que reprogramar su cita para otro día.
Iniciales: _____
4. Se permiten 2 citas perdidas por emergencias. Si pierde su tercera cita, reservamos el derecho de darle de baja de nuestra consultorio. Para procedimientos, si no se presenta una vez será dado de alta de nuestro consultorio.
Iniciales: _____
5. Para poder rellenar su receta necesitamos que el Dr. Khademi lo/a haya evaluado en un periodo de 6 meses desde la última consulta, al menos 6 semanas antes de necesitar un relleno para programar su consulta.
Iniciales: _____
6. Si necesita una receta médica y ha visto al Dr. Khademi en los últimos 6 meses, llame primero a su farmacia y luego a nuestra oficina. Llámenos al menos una semana antes de que necesite su relleno, ya que puede tomar hasta una semana para procesar su solicitud.
Iniciales: _____

Yo he leído las políticas y reconozco que estoy familiarizado/a con ellas y las entiendo completamente. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas y recibí una explicación de las políticas anteriores.

Firma del paciente / Padre / Tutor o Representante Autorizado

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____