

Clínica de Borland-Groover

Consentimiento de Recibo de Aviso e Información Protegida de Salud y Autorización de Divulgación

Nombre Completo del Paciente

Fecha de Nacimiento

1. Por la presente, autorizo a la Clínica de Borland-Groover a compartir información de mi salud a las siguientes personas. Por favor escriba "N/A" en cualquiera de los 3 espacios de abajo si no escribe nombre de una persona:

	Individuo Autorizado #1	Individuo Autorizado #2	Individuo Autorizado #3
Nombre			
Dirección			
Ciudad, Estado Código Postal			
Teléfono			

2. Comprendo que la información usada o compartida puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por la persona(s) o instalaciones que lo reciben, y entonces ya no estarían protegidos por las regulaciones privacidad federales.
3. Esta autorización expira o puede ser revocada en cualquier momento por medio de un aviso. La revocación debe ser escrita y entregada la siguiente dirección: Privacy Officer, 4800 Belfort Rd, Jacksonville, FL 32256
4. Comprendo que ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios se verán condicionados por la firma de esta autorización.
5. **Aviso:** Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar una copia del aviso de las practicas de privacidad de BGC ("Aviso"). Comprendo que soy responsable de leer este aviso y notificar a BGC, por escrito, de cualquier solicitud para restricción en el uso o divulgación de mi información Protegida de Salud. Entiendo que BGC tiene el derecho de revisar este aviso en cualquier momento y publicar una copia del aviso actual en la oficina en un lugar visible en todo momento y en su pagina web en www.borland-groover.com. BGC me proporcionara una copia de su más reciente aviso sobre mi petición.

- 6. Entiendo que la versión más reciente de este formulario sustituye a cualquier versión anterior en mi historial de salud con BGC. Las versiones anteriores serán anuladas. La información Protegida de Salud compartida se basará en la versión actual de esta autorización.
- 7. La Clínica Borland-Groover no discrimina a ninguna persona en base a raza, color, origen nacional, discapacidad o edad (y cualquier otra base que desee incluir) en la admisión, tratamiento o participación en sus programas, servicios y actividades, O en el empleo, o sobre la base del sexo en sus programas y actividades de salud. Para más información sobre esta póliza, comuníquese con: Chad Bailey, CAO, 904-398-3262 o escribanos a: 4800 Belfort Road, Jacksonville, FL 32256.

Firma del Paciente	Fecha de la Firma

O

Firma del Representante del Paciente	Fecha de la firma del Representante	Descripción de la Autoridad
		para actuar Para el paciente

Una copia de este formulario completado, firmado y fechado debe ser entregado al individuo oa otro firmante.

Póliza financiera de Borland-Groover Clinic

Es la póliza de Borland-Groover Clinic proveer a nuestros pacientes acceso al cuidado gastrointestinal de más alta calidad disponible. Para hacer esto debemos asegurarnos de poder cumplir nuestros gastos operacionales. Les pedimos que lean, comprendan y firmen nuestra póliza financiera antes de recibir tratamiento.

PAGO AL MOMENTO DEL SERVICIO

Como cortesía nosotros facturamos al su seguro medico por todos los servicios; sin embargo, le pedimos que usted pague cualquier costo que no sea cubierto por su seguro debido a deducibles, co-seguros o co-pagos el día de servicio. Si enviamos la factura no solo es más costoso también resulta en un aumento de los costos tanto para usted como para nuestros otros pacientes.

PRESENTACION DE RECLAMOS

Su plan de seguros es un contrato entre usted y su seguro de médico. Aunque presentamos reclamaciones de seguros como cortesía, los cargos no pagados por su compañía de seguros son su responsabilidad. Trabajando juntos podemos resolver la mayoría de asuntos de seguros; sin embargo es la responsabilidad del paciente de entender las limitaciones de su plan de seguro. En el caso que su compañía de seguros determine que no va a cubrir un servicio que usted ha recibido, usted será responsable del pago.

SALDOS PENDIENTES

Le insistimos que mantenga su cuenta al día para evitar malentendidos con nuestra oficina. Cuando un saldo de su cuenta no ha sido pagado por más de 45 días, este saldo será referido a una agencia de cobros. Cualquier cargo adicional a la cuenta será responsabilidad del paciente. Si usted necesita crear un plan de pagos especial, es su responsabilidad contactar a nuestros asesores financieros antes de que su cuenta sea enviada a la agencia de cobros. Se podrán realizar pagos mínimos mensuales no menores de \$50.00 a no ser que sean aprobados por el Director de Finanzas. Como último recurso, pacientes que dejen de hacer sus pagos podrían ser expulsados de la clínica.

OPCIONES DE PAGO

Usted recibirá estados de cuenta mensuales. La cantidad que aparece en el cuadro que dice "PLEASE PAY THIS AMOUNT" es su obligación financiera. Deberá ser pagada cuando se reciba. Para su conveniencia aceptamos pagos en efectivo, cheque y tarjetas Visa, MasterCard, American Express y Discover. Pagos podrán hacerse en nuestra página web www.borland-groover.com, o llamando al (904)398-2183, o por correo 4800 Belfort Road, Jacksonville, Florida 32256.

CUIDADO CARITATIVO

Nuestros consejeros financieros están disponibles para asistir a nuestros clientes en aplicar para recibir asistencia médica de caridad. Esto puede ser disponible para aquellos que ganan hasta un 200% del nivel de pobreza federal establecido.

CHEQUES DEVUELTOS, FONDOS INSUFICIENTES, CUENTAS CERRADAS

Pagos hechos a Borland Groover Clinic que no son honrados por el banco incurrirán cargos de retorno de \$50.00. Si no se cancela la cuenta y cargo adicional en los 15 días después del cheque devuelto, la cuenta de Borland Groover será enviada a las oficinas de Abogados del estado.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Al firmar este documento usted confirma haber aceptado todos los términos y condiciones aquí contenidos.

La Clínica Borland-Groover

Historial médico generado por el paciente

Place Sticker Here

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____
 PCR (médico de la atención primaria) _____ Médico referido _____ Copias enviadas a _____
 Farmacia _____ Número de teléfono de la farmacia _____

Instrucciones: *Por Favor circule si ha tenido alguna de las siguientes durante su vida:*

Su pasado historial médico:

Asma _____
 EPOC _____ Enfisema _____
 transfusión de sangre Fecha: _____
 Cáncer:
 cáncer de Mama _____ cáncer de pulmón _____
 cáncer de Colon _____ cáncer de ovario _____
 cáncer de esófago _____ cáncer de páncreas _____
 Cáncer de Riñón _____ cáncer de estómago _____
 cáncer de hígado _____ cáncer de uterina _____
 otro cancer _____
 Insuficiencia cardíaca congestiva _____
 Enfermedad Coronaria _____
 Enfermedad de Crohn _____ Colitis Ulcerosa _____
 Diabetes Mellitus: _____ tipo 1, tipo 2 _____
 Los cálculos biliares _____
 GERD _____
 Presión sanguínea alta _____
 Síndrome del intestino irritable _____
 Enfermedad hepática _____
 Pancreatitis _____
 Enfermedad de úlcera péptica _____
 Pólipos _____
 Apnea del sueño _____ máquina de CPAP Y / N _____
 Otro _____
 Alergia _____ Reacción _____
 No alergias conocidas _____
 El último ciclo menstrual _____
 ¿Podría usted estar embarazada? Sí / No _____

Su última historia quirúrgica:

Apendectomía	Fecha _____
Válvula de corazón artificial	_____
Articulación artificial	_____
Obstrucción de los intestinos	_____
Reparación/resección de intestinos	_____
CABG/derivación vascular de corazón	_____
Cesárea	_____
Extracción de vesicular	_____
Bypass gástrico	_____
Histerectomía Partial Total	_____
Marcapasos	_____
cirugía pancreática	_____
Cirugía de reflujo y Hernia Hiatal	_____
Cirugía para úlceras	_____
Otro _____	_____

Lista de problemas médicos/razón de la visita _____

 Su historia social: _____
 Ocupación _____ trabajando/jubilado _____
 Fumador Si/No Tipo _____
 El tabaco Estado: Ex nunca Actual
 Tipo: _____ E-Cigs Ctd/day _____
 # Años _____ Edad comenzó _____ Parado _____
 Alcohol: Si/No Bebidas por día _____ social _____
 Anterior _____ Qué año paró _____
 Uso recreacional de las drogas: Si/No Tipo: _____
 Estado civil: casado _____ solo _____ divorciado _____ viuda _____
 Numero de los hijos: chicos: _____ chicas: _____

Instrucciones: *Circule si alguno de los siguientes existe en su familia.*

Sus antecedentes Familiares

Tipo	Relación	Paternal/ Maternal	Edad
Cáncer de seno	_____	P/M	_____
Cáncer de colon	_____	P/M	_____
Cáncer de ovario	_____	P/M	_____
Cáncer de útero	_____	P/M	_____
Cáncer _____	_____	P/M	_____
Pólipos de colon	_____	P/M	_____
Enfermedad de Crohn	_____	P/M	_____
Cálculos/piedras biliares	_____	P/M	_____
Enfermedad de hígado	_____	P/M	_____
Enfermedad de pancreático	_____	P/M	_____
Colitis Ulcerosa	_____	P/M	_____
Úlceras	_____	P/M	_____
Madre: Viva Si/No No si es así, causa _____			
Padre: Vivo Si/No No si es así, causa _____			
Hermana: Viva Si/No No si es así, causa _____			
Hermano: Vivo Si/No No si es así, causa _____			
Otras enfermedades que existen en la familia: _____			

