

BORLAND-GROOVER CLINIC
HIPAA FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MEDICA

| | |
|--------------------------------------|--|
| Nombre completo del paciente | Paciente número de Seguridad Social |
| Dirección | La fecha de nacimiento del paciente |
| Ciudad, Estado, Código postal | () () Casa en contacto con# Celda# |

Por la presente autorizo a la clinica Borland-Groover para usar o compartir mi información medica.

SI SE SOLICITA INFORMACIÓN SOBRE EL USO DE ALCOHOL, USO INDEBIDO DE SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS, VIH/SIDA,
O NOTAS DE PSICOTERAPIA. ¿ESTÁ UD. DE ACUERDO CON COMPARTIR ESTA INFORMACIÓN?

_____ **NO, NO REVELAR** _____ **SÍ, REVELAR ESTA INFORMACIÓN**

1. **FECHA DE CADUCIDAD:** esta autorización vence un (1) año a partir de la fecha escrita debajo de la firma a menos que otra fecha de caducidad o vencimiento se observó aquí: _____

2. **REVOCACIÓN:** entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, sin embargo, entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido enviada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la práctica no se condiciona el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios de si yo firmar este formulario. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi plan de seguro, cuando la ley le brinda a mi aseguradora con el derecho a impugnar una reclamación en mi póliza. Notificaciones por escrito deberán dirigirse a: Privacy Officer, 4800 Belfort Rd, Jacksonville, Florida. 32256.

3. **CONDICIÓN:** entiendo que al completar este formulario de autorización es voluntaria. Comprendo que no se me puede negar tratamiento si me niego a firmar este formulario.

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| Firma del individuo (la persona a quien se refiere la información) | Fecha de firma de la Persona | Fecha de nacimiento o el número de la Seguridad Social |
|--|-------------------------------------|---|

| | | |
|---|---|--|
| Firma del tutor o representante Personal de Bienes Raíces del paciente | Fecha de Guardian's / Firma del Representante Personal | Descripción de la autoridad para actuar en nombre de la Persona |
|---|---|--|

Una copia de este formulario completada, firmada y fechada debe ser entregada al paciente o representante legal.



**BORLAND-GROOVER
CLINIC**

EXCELLENCE IN DIGESTIVE HEALTH SINCE 1947

Reconocimiento de recibo de la notificación

Reconozco que he tenido la oportunidad de revisar una copia del aviso de las practicas de privacidad (aviso) de Borland-Groover Clinic. Yo entiendo que soy responsable de leer este Aviso y notificar Borland-Groover Clínica, por escrito, de cualquier solicitud de restricciones en el uso o la divulgación de mi INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. Entiendo Borland-Groover Clínica tiene el derecho de revisar este Aviso en cualquier momento y una copia de este Aviso en la oficina en un lugar visible en todo momento y en su sitio web en www.borlandgroover.com. Clínica Borland-Groover me proporcionará una copia de su más reciente anuncio de mi solicitud.

Por favor, firmar y devolver una copia de este Aviso a Borland-Groover Clínica.

Nombre del paciente: _____

DOB: _____

Paciente Firma: _____

Nombre(s) de otros autorizados para debatir o solicitar información médica:

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, sino que muchas veces las cuentas no son canceladas.

PRESENTACION DE RECLAMOS

Su plan de seguros es un contrato entre usted y su aseguradora. Nosotros presentamos reclamos de seguros como cortesía hacia usted. Usted es responsable de cubrir con los cargos que no son pagados por su aseguradora. Trabajando juntos podemos resolver la mayoría de asuntos de seguros; sin embargo es responsabilidad del paciente de entender las limitaciones de su plan de seguros. 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. El monto 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 DE CARIDAD

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 pagados por el banco incurrirán cargos por devolución 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 que se encuentran en el mismo.

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: _____ | | | |

