



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 _____
 PCP (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 _____ Enfisema _____
 EPOC _____ Fecha: _____
 Transfusión de sangre _____
 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 _____

Su última historia quirúrgica:

Fecha _____
 Apendectomía _____
 Válvula de corazón artificial _____
 Articulación artificial _____
 Obstrucción de los intestinos _____
 Reparación/resección de intestinos _____
 CABG/derivación vascular de corazón _____
 Extracción de vesicular _____
 Bypass gástrico _____
 Marcapasos _____
 cirugía pancreática _____
 Cirugía de reflujo y Hernia Hiatal _____
 Cirugía para úlceras _____
 La vasectomía _____
 Otro _____
 Lista de problemas médicos/razón de la visita _____

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 _____

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 _____
 Número 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 pecho	_____	_____	P/M
Cáncer de colon	_____	_____	P/M
Cáncer de ovario	_____	_____	P/M
Cáncer de útero	_____	_____	P/M
Cáncer _____	_____	_____	P/M
Polyps 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: _____			

La Clínica Borland-Groover

Revisión de sistemas GI – Hombre

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Instrucciones: ¿Durante los últimos 6 meses ha tenido alguno de estos síntomas?

No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resfriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en hábito intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de músculos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al calor	No	Sí	Dolor en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	No	Sí	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento fácil
No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematomas de la piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estremecimientos/ temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de ganglios linfático
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de senos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en el vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	No	Sí	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Garganta adolorida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en el excremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia de comidas
No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excremento negro	No	Sí	Estres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema inmunológico alterado/debilitado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gástrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estres	No	Sí	Hinchazón del estómago
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movimientos incontrolados del intestino
No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en el orine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en el orine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel amarilla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	palpitaciones	No	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al tragar
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flujo del pene				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal