



Fecha de hoy:

Información del paciente			
Apellido:	Nombre:	Inicial medio:	Género: H M
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Zip:	Número de teléfono:
Correo electrónico:			
Farmacia Preferida:		Número de teléfono de farmacia:	
Dirección de farmacia:			
Paciente vive actualmente con:		Padres actualmente estan: Casado/Divorciado/Separado	

Información del Padre o Tutor			
Relación con el paciente: Madre / Padre / Otro: _____			
Apellido:	Nombre:	Inicial medio:	Género: H M
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Zip:	Número de teléfono:
Correo electrónico:			
Ocupación:		SS:	
Relación con el paciente: Madre / Padre / Otro: _____			
Apellido:	Nombre:	Inicial medio:	Género: H M
Domicilio:		Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Zip:	Número de teléfono:
Correo electrónico:			
Ocupación:		SS:	

Información de seguros			
Nombre del seguro primario:		PPO	HMO
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	
Número de identificación:	Número de grupo:		
Nombre del seguro secundario:		PPO	HMO
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	
Número de identificación:	Número de grupo:		

Doctor Primario	
Nombre:	Número de teléfono:
Dirección:	Número de fax:

Entiendo que como padre o tutor legal, estoy obligado a pagar por los servicios prestados en el momento de la visita. Entiendo que es mi responsabilidad estar plenamente informado sobre lo que está excluido o pagadero de esta compañía de seguros, así como las limitaciones, copagos y deducibles. Dado que hay muchos tipos de planes de seguro, es mi responsabilidad estar completamente informado sobre cuáles son los requisitos, beneficios o limitaciones con respecto a los beneficios médicos del paciente antes mencionado. La oficina no puede asumir esta responsabilidad. Si tengo alguna pregunta con respecto a la cobertura, me referiré a mi departamento de personal o representante de seguros. Autorizo el pago de cualquier beneficio médico directamente a los médicos por los servicios prestados.

Como condición para atender las necesidades de atención médica del paciente mencionado anteriormente, por la presente atestiguo que el paciente es un miembro elegible del Plan de Salud, indicado en esta fecha de servicio. Además, atestiguo y acepto que en caso de que el paciente sea determinado más tarde "inelegible" para los servicios prestados por este proveedor, cumpliré con las demandas de pago al proveedor de dinero (sin exceder los costos de servicio reales) que el plan considera que es compensación por dichos servicios prestados.

Firma de Paciente o Tutor legal (si el paciente menor de 18 años)

Fecha



Historial médico del paciente	
Nombre del paciente:	Fecha De Nacimiento:
Síntomas/Diagnóstico:	
Hospitalizaciones:	
Cirugías:	
Alergias a medicamentos	Alergias alimentarias
Medicamentos actuales	Dosis

Historia Médica Familiar			
Nombre del padre:	Edad:	Altura:	
Nombre de la madre:	Edad:	Altura:	
Número de embarazos:	Número de niños vivos:	Número aborto espontáneo:	
Problemas médicos durante el embarazo:			
Problemas médicos después del embarazo (si se amamanta):			
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Nombre del hermano/a:	Edad:	Altura:	Medio/Completo
Por favor indique todos los antecedentes familiares relacionados con gastroenterología:			
Miembro dela familia afectado (Elaciona paciente)		Diagnóstico/Síntomas	



CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y SALUD

Yo, _____ doy consentimiento de mis operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Entiendo que, si bien este consentimiento es voluntario, el Dr. Bahar puede negarse a tratarme si me niego a firmar este consentimiento.

Una copia del *Aviso de Normas de Privacidad*, que describe más formalmente los usos y divulgaciones que se pueden hacer de mi información de salud identificable individualmente para el tratamiento, pago, y operaciones de atención médica, está disponible bajo petición.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando al Dr. Bahar, por escrito, pero si revoco mi consentimiento, dicha revocación no afectará ninguna acción que el Dr. Bahar haya tomado antes de recibir mi revocación.

Entiendo que el Dr. Bahar se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener dicho aviso cambiado previa solicitud.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que el Dr. Bahar restrinja cómo se utiliza y/o divulga mi información de salud identificable individualmente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u salud. Entiendo que el Dr. Bahar no tiene que aceptar tales restricciones, pero que una vez que se acuerden tales restricciones, debe adherirse a estas restricciones.

Nombre del paciente o del padre/tutor (si es menor de 18 años)

Firma del Paciente o Padre/Tutor (si es menor de 18 años)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA (PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS)

Yo, _____ (nombre del paciente), autorizo a Ron Bahar, M.D., a proporcionar una copia, resumen o narración de mi información de salud que identifique específicamente mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica a las siguientes personas:

Nombre	Relación al paciente

Firma del paciente

Fecha



Como práctica médica, nuestro objetivo es proporcionarle la mejor atención médica disponible en un ambiente positivo y de apoyo. Como pequeña empresa, nos esforzamos por controlar nuestros gastos y el costo de hacer negocios. Lo que un paciente debe una vez que su seguro ha pagado su parte es una función del plan de seguro de cada paciente. En un esfuerzo por agilizar este sistema y hacerlo más rentable para todos, estamos pidiendo a la familia de cada paciente que nos proporcione una tarjeta de crédito o débito en el momento del servicio para que podamos mantener esta información en el archivo de forma segura. Nada se cargará a su tarjeta de crédito hasta después de que el seguro haya sido facturado y recibamos una "Explicación de Beneficios" (EOB) de su compañía de seguros. Lo que se cargaría a su tarjeta sería la porción de "Responsabilidad del Paciente" según lo definido por el EOB de su compañía de seguros. Nunca se le cobrará más que la parte de responsabilidad del paciente y recibirá una confirmación por teléfono o correo electrónico con el monto adeudado para las fechas de servicio en el EOB. Gracias por la cooperación y la comprensión.

AUTORIZACIÓN PARA CARGAR MI TARJETA DE CRÉDITO/TARJETA DE DÉBITO POR LA PARTE DE "RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE" DE MI PAGO DE SEGURO

Autorizo a Ron Bahar, MD, Inc., o Brynie Collins, MD, Inc., a cargar mi tarjeta de crédito o débito con la parte de saldo debido (responsabilidad del paciente) de la EOB de mi compañía de seguros. Si siento que la "responsabilidad del paciente" de mi EOB es inexacta, debo resolver este problema directamente con mi compañía de seguros. Cualquier corrección/cambio en el EOB se reflejará como un cargo de crédito o adicional en mi tarjeta de crédito/débito.

*Los estados de cuenta enviados por correo 30 días de vencimiento se cargarán automáticamente con la información de pago que se proporciona a continuación. *

*Por favor, comuníquese con Alexys Medical Management al 818-708-6848 Ext. 4 para cualquier pregunta con respecto a las responsabilidades del paciente. *

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DE PAGADOR: _____

FIRMA DE PAGADOR: _____

NÚMERO DE VISA/MASTERCARD: _____

3-DIGIT NUMERO EN EL REVERSO DE LA TARJETA: _____ Código Postal: _____

FECHA DE EXPERIENCIA (MM/AA): _____



Ron J. Bahar, MD y Brynie S. Collins, MD

Gastroenterólogos Pediátricos
Diplomáticos, Junta Americana de Pediatría'
Subdirectorío de Gastroenterología Pediátrica

Nota especial sobre la cobertura de seguro y nuestra póliza de "no show"

Con la reciente implementación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, ha habido cambios significativos en algunas de las pólizas de seguro ofrecidas por, entre otros, Blue Cross, Blue Shield, Cigna y la opción Covered California. Para evitar cualquier confusión en cuanto a si el Dr. Bahar o el Dr. Collins están en red con usted o con el plan de seguro específico de su hijo, le sugerimos encarecidamente que verifique este estado iniciando sesión en el sitio web respectivo de su compañía de seguros. Por favor, inicie sesión como miembro para recibir la información más precisa.

- Blue Cross: www.anthem.com
- Blue Shiel: www.blueshieldca.com
- Cigna: www.cigna.com
- Covered California: www.coveredca.com
- Aetna: www.aetna.com
- United Healthcare:www.uhc.com

Recuerde que, en última instancia, es su responsabilidad determinar la cobertura de usted o de su hijo. Para los pacientes que ven al Dr. Bahar o al Dr. Collins y de hecho no se les considera "en la red", ellos/su custodio todavía tendrán que pagar la declaración completa de "responsabilidad asegurada" como se describe en la declaración de explicación de beneficios (EOB) que reciben.

Por último, tenemos una **poliza de cancelación de 24 horas** que requiere que nos llame para cancelar la cita con 24 horas de anticipación para evitar una tarifa de \$ 100 o se le cobrara usando la información de la tarjeta de crédito que ya ha proporcionado.

Al firmar a continuación, usted reconoce su comprensión de las responsabilidades financieras descritas anteriormente.

Nombre del pagador: _____

Firma del pagador: _____

Fecha: _____

Respetuosamente,

Dr. Ron J Bahar