

La INFORMACION PACIENTE:

El nombre: _____
La Dirección: _____
Ciudad, el Estado, zona postal _____
Teléfono _____ Tipo _____
Teléfono _____ Tipo _____
Correo electrónico _____

ACCT PACIENTE: _____ El Dr : _____

Fecha Nacimiento: _____
Seguridad social: _____
Estatus Marcial: Se Casó Solo Divorció viuda
Sexo Masculino Femenino
El Estatus del Empleo de Empleó Parado se Jubiló
Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

El SEGURO PRIMARIO

Portador _____
Aseguró identificación _____
Grupo de Política _____
Aseguró Nombre _____
Aseguró DOB _____ SSN: _____

SECUNDARIO de SEGURO

Portador _____
Aseguró identificación _____
Grupo de Política _____
Aseguró Nombre _____
Aseguró DOB _____ SSN: _____

ESPOSO/el PARTIDO RESPONSABLE:

El nombre: _____
Ciudad, el Estado, zona postal _____
Teléfono _____ Tipo _____

Lugar de trabajo _____
Teléfono del Trabajo _____
Contacto Nombre de Emergencia _____
Contacto Teléfono de Emergencia _____

ACUERDO FINANCIERO

Comprendo que soy responsable de deductibles, copays, servicios de noncovered, el coaseguro y los artículos consideraron "no médicamente necesario" por mi compañía de seguros. Concuero en pagar co-pagos y coaseguro como servicios son rendidos. Comprendo que mi seguro es un contrato entre yo mismo y mi compañía de seguros y Tejas Central la Enfermedad Digestiva facturará mi seguro como una cortesía a mí. El equilibrio restante será cuidado de dentro de 30 días de nota de la compañía de seguros. Aunque mi compañía de seguros pueda estimar lo que ellos pueden pagar, ser la compañía de seguros que hace la determinación final. Concuero en pagar ninguna porción de las cargas no cubrió por seguro. Si una referencia y/o preauthorization son requeridos por mi seguro, yo ayudaré Tejas Central la Enfermedad Digestiva a obtener la referencia y/o preauthorization. Comprendo que soy últimamente responsable de cualquier equilibrio en mi cuenta.

TAREA DE BENEFICIOS

yo por la presente asigno a Tejas Central la Enfermedad Digestiva tales beneficios de seguro a que son permitidos bajo mi plan de seguro (planes).

La LIBERACION DE INFORMACION

yo por la presente permito Tejas Central la Enfermedad que Digestiva proporcionar cualquier información que pertenece a mi tratamiento médico a mi portador del seguro, a representante de la compensación de trabajador, al abogado, o a otros proveedores de servicio para obtener como sea necesario pago para servicios y cuidado adicional demostrado.

CONSENTA PARA TRATAMIENTO

yo por la presente autorizo Tejas Central la Enfermedad que Digestiva a examinar, tratar y realizar procedimientos diagnósticos de pruebas y oficina que el proveedor cree necesario.

La INTIMIDAD PRACTICA

Tejas Central la Enfermedad que Digestiva es requerida por la ley a mantener la intimidad de una salud protegida de paciente información. Además, somos requeridos por la ley a proporcionar a individuo con esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Usted debe listar cualquier restricción en la liberación de su información protegida de la salud abajo. Soy 18 años o más viejo y autorizo la liberación de esta información a mis padres y/o niños: Sí no verifica por favor uno: No restricciones Restricciones _____

El MEDICO REVELACION DE PROPIEDAD:

Yo, MD Chang/Derbes/Gray/Pham/Moore, puede y/o ha recomendado que usted recibiera tratamiento y/o servicios médicos del Centro Central de Endoscopia de Tejas, LLC y por la presente le informa que tengo interés de propiedad en esta facilidad. Usted debe estar enterado que esas facilidades alternativas de asistencia médica pueden estar disponibles a usted. Por favor signo debajo de reconocer que su recibo y comprendiendo de esta revelación y que usted ha tenido una oportunidad de preguntar y recibir respuestas a cualquier pregunta que usted puede tener acerca de esta revelación, inclusive sus opciones, si cualquiera, para el tratamiento en otras facilidades.

He leído y he aceptado Acuerdo Financiero, la Tarea de Beneficios, la Liberación de Información, Consiente para el Tratamiento, y para el Médico Revelación de Propiedad listó como arriba. Mi firma debajo de indica que yo también he recibido una copia de Tejas Central Nota Digestiva de Enfermedad de Prácticas de Intimidad y yo he indicado cualquier restricción en mi información protegida de la salud arriba. Las firmas escudriñadas son suficientes como originales.

Paciente o Responsable de Firma de Partido Fecha

La Persona deque Firma a favor de Paciente (Nombre de Impresión) la Relación al Paciente Número de telefono

**CENTRAL TEXAS GASTROENTEROLOGY
CONSULTANTS**

HISTORIA GASTROENTEROLOGIA DE SALUD DEL ADULTO

Fecha de hoy _____
Nombre _____ **Sexo** _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Farmacia _____
Nombre de Doctor Primario _____
Que es la razon de tu cita? _____
Por favor listar todo tus problemas adicionales?

HISTORIA MEDICA PASADO:

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Artritis	No	Si	Reflujo	No	Si
Asma	No	Si	Cuanto? _____		
Diabetes	No	Si	Enfermedad del Ulcera Peptica	No	Si
Presion Arterial Alta	No	Si	Infeccion de la H. Pylori	No	Si
Enfermedad del Pulmon	No	Si	Infeccion Hepatitis	No	Si
Ataque al Corazon	No	Si	Tipo A, B, C		
Enfermedad Arteria Coronaria	No	Si	Piedras biliares	No	Si
Colesteral Alta	No	Si	Enfermedad Diverticulosis	No	Si
Cancer (De que Tipo) _____	No	Si	Colon Polipo	No	Si
Enfermedad del Rinon	No	Si	Hemorroides	No	Si
Enfermedad del higado	No	Si	Ansieda/Depresion	No	Si
Puede Dormir	No	Si	VIH(Virus)	No	Si
Enfermedad del Tiroides	No	Si	Transfucion de sangre	No	Si
Anemia	No	Si	Cuando? _____		
Sindrome del Colon Irritable	No	Si	Enfermedad del Pancreas	No	Si
Lupus/Enfermedad Autoinmune	No	Si	Tienes otras Enfermedades? _____		

OPERACION/CIRUGIA:

ANO	TIPO	HOSPITAL

Alergia de Medicinas:

POR FAVOR LISTAR TODOS LAS MEDICINAS Y COMIDAS

ALERGIA	TIPO DE REACCION

MEDICINA:

POR FAVOR LISTAR MEDICINAS OR DROGAS QUE ESTA USANDO ACTUALMENTE

NOMBRE	DOSIFICACION	CUANTO?	NOMBRE	DOSIFICACION	CUANTO?

HISTORIA SOCIAL:

Ocupacion: _____
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
Cuantos Ninos: _____ edad: _____
Usted Fuma? No Si -Cuanto? _____
Usted bebe alcohol? No Si Cuanto? _____
Usted usa Drogas Illegales? No Si
Usted toma sodas, tea, café? No Si Cuanto? _____

HISTORIA FAMILIAR:

Algun miembro de su familia ha tenido Cancer de la Colon, Colon Polipo, o Enfermedad del Hgado? Otra problems de salud que an cuasado muerte in algun en tu familia? Si la historia familiar esta desconocida por favor de indicar abajo.

PADRE: _____ MADRE: _____
HERMANOS: _____ HERMANAS: _____
NINOS: _____

REVISOR DE SISTEMAS:

Ha tenido algunas de las siguientes sintomas?

CONSTITUCIONAL: Fiebre / Perdidad de Peso / Aumento de Peso
OJOS: Cambio en vision / Enrojecimiento / Dolor
OJOS/NARIZ/GARGANTA: Inflamacion de la Garganta / Ahogar / Ronquera / Dolor
CARDIACO: Dolor de Pecho / Palpitacoin
RESPIRATORIO: Falta de Aire / Respiracion Sibilante/ Tos
UROLOGIA: Frecuencia / Urgencia / Dolor a Orinar / Sangre en la Orina
SICOLOGIA: Ansiedad / Depresion
PIEL: Erupcion Cutanea / Comezon / Piel Amarillenta / Palidez
NEUROLOGIA: Debilidad / Dolor de Cabeza / Convulsion / Desmayo

CONSULTORES CENTRALES de GASTROENTEROLOGIA de TEJAS
CONFORMIDAD ANUAL de PRACTICA NOTIFICACION

ACUERDO FINANCIERO

Comprendo que soy responsable de deductibles, copays, servicios de noncovered, el coaseguro y los artículos consideraron "no médicamente necesario" por mi compañía de seguros. Conuerdo en pagar co-pagos y coaseguro como servicios son rendidos. Comprendo que mi seguro es un contrato entre yo mismo y mi compañía de seguros y Tejas Central la Enfermedad Digestiva facturará mi seguro como una cortesía a mí. El equilibrio restante será cuidado de dentro de 30 días de nota de la compañía de seguros. Aunque mi compañía de seguros pueda estimar lo que ellos pueden pagar, ser la compañía de seguros que hace la determinación final. Conuerdo en pagar ninguna porción de las cargas no cubrió por seguro. Si una referencia y/o preauthorization son requeridos por mi seguro, yo ayudaré Tejas Central la Enfermedad Digestiva a obtener la referencia y/o preauthorization. Comprendo que soy últimamente responsable de cualquier equilibrio en mi cuenta.

TAREA DE BENEFICIOS

yo por la presente asigno a Tejas Central la Enfermedad Digestiva tales beneficios de seguro a que son permitidos bajo mi plan de seguro (planes).

La LIBERACION DE INFORMACION

yo por la presente permito Tejas Central la Enfermedad que Digestiva proporcionar cualquier información que pertenece a mi tratamiento médico a mi portador del seguro, a representante de la compensación de trabajador, al abogado, o a otros proveedores de servicio para obtener como sea necesario pago para servicios y cuidado adicional demostrado.

CONSIENTA PARA TRATAMIENTO

yo por la presente autorizo Tejas Central la Enfermedad que Digestiva a examinar, tratar y realizar procedimientos diagnósticos de pruebas y oficina que el proveedor cree necesario.

La INTIMIDAD PRACTICA

Tejas Central la Enfermedad que Digestiva es requerida por la ley a mantener la intimidad de una salud protegida de paciente información. Además, somos requeridos por la ley a proporcionar a individuo con esta nota de nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información protegida de salud. Usted debe listar cualquier restricción en la liberación de su información protegida de la salud abajo. Soy 18 años o más viejo y autorizo la liberación de esta información a mis padres y/o niños: Sí no verifica por favor uno: No restricciones Restricciones _____

EL MEDICO REVELACION DE PROPIEDAD:

Yo, MD Chang/Derbes/Gray/Pham/Moore, puede y/o ha recomendado que usted recibiera tratamiento y/o servicios médicos del Centro Central de Endoscopia de Tejas, LLC y por la presente le informa que tengo interés de propiedad en esta facilidad. Usted debe estar enterado que esas facilidades alternativas de asistencia médica pueden estar disponibles a usted. Por favor signo debajo de reconocer que su recibo y comprendiendo de esta revelación y que usted ha tenido una oportunidad de preguntar y recibir respuestas a cualquier pregunta que usted puede tener acerca de esta revelación, inclusive sus opciones, si cualquiera, para el tratamiento en otras facilidades.

He leído y he aceptado Acuerdo Financiero, la Tarea de Beneficios, la Liberación de Información, Consiente para el Tratamiento, y para el Médico Revelación de Propiedad listó como arriba. Mi firma debajo de indica que yo también he recibido una copia de Tejas Central Nota Digestiva de Enfermedad de Prácticas de Intimidad y yo he indicado cualquier restricción en mi información protegida de la salud arriba. Las firmas escudriñadas son suficientes como originales.

Paciente o Responsable de Firma de Partido

Fecha

La Persona deque Firma a favor de Paciente (Nombre de Impresión)

la Relación al Paciente

Número de telefono