



Patient General Info

Gracias por permitirnos ser su centro de cuidado Gastrointestinal excelente!

GREGORY S. SMITH, MD
Board Certified Gastroenterology & Hepatology

Patient Demographics/ Demográfico del Paciente:

Nombre Completo: _____ Nombre Anterior/Sobrenombre: _____

Dirección de Correo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Marque la caja si su dirección de facturación es igual a su dirección de correo o si **no**

Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico (distingue mayúsculas de minúsculas): _____ o Marque si **NO** tienes

Mejor momento de llamar: AM / PM . Necesidades telefónicas: circular Llamada retransmitida/Hablar alto/Hablar despacio

Telé. Hogar: _____ ¿Dejamos mensaje en su hogar? (Marque uno): Si o No

Telé. Celular: _____ ¿Dejamos mensaje en su celular? (Marque uno): Si o No

Telé. Trabajo: _____ ¿Dejamos mensaje en su trabajo? (Marque uno): Si o No

Médico de Atención General: _____ Referido por (Médico): _____

Contacto de emergencia sólo será contactado en situaciones de emergencia. Si quiere que nosotros hablemos con esta persona sobre su información médica, por favor también listarlos en el otro lado de la forma bajo liberación de información.

Contacto de Emergencia: _____ Celular: _____ Hogar/ Trabajo: _____

Estado Civil: _____ Sexo: circular Hombre/ Mujer/ Transsexual previamente mujer / Transsexual previamente hombre

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____ Rasa: _____

Need tranlator? / ¿Se necesita traductor? (Marque uno): Si o No

Por favor, para el beneficio completo de su visita, venga acompañado de un adulto que puede traducir por usted si no habla o comprende el Ingles basico.

Empleo: circular Retirado(a)/ Autónomo/ No empleado/ Empleado a tiempo completo/ Empleados a tiempo parcial

Nombre de Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Insurance Information/ Información Sobre el Seguro:

(*Se necesita presentar su ID y tarjeta de seguro medico a la oficina adelante.)

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

*Es la responsabilidad del paciente saber cuales médicos, hospitales, radiología, laboratorios, y facilidades están en red con su seguro. Por favor verifique con su seguro antes de ir a cualquier médico, hospital, radiología, laboratorio, y facilidad.

Hospital: circular Athens Regional/ St. Mary's/ Athens Endoscopy, LLC / Cualquier de éstos esestá bien por mí

Facilidad radiología preferido: _____ Facilidad Laboratorio preferido: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

*Si el seguro no esta bajo el nombre del paciente, por favor anote la información sobre el subscriptor:

Nombre del subscriptor: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Patient Agreement/Acuerdo del Paciente: Por la presente autorizo el pago de beneficios médicos, que se han cargado a mi seguro, a Athens Gastroenterology Center, P.C. (AGC)/Gregory S. Smith, M.D. **Por la presente acepto responsabilidad por el pago para cualquier servicio(s) que me han dado que no sea cubierto por mi seguro.** También acepto responsabilidad por los honorarios que exceden el pago que mi seguro a hecho, si es que la Practica **no participe** con mi seguro. AGC no es responsable por enterarse en mi seguro contratado. **Estoy de acuerdo en pagar todos los co-pagos, si es que hay, a la hora que el servicio sea ofrecido.** Entiendo que esta Practica acepta dinero en efectivo, cheques personales, giros postales, y los principales tarjetas de crédito y debito. Si no tengo seguro médico, **estoy de acuerdo en pagar todos los cargos y tarifas a la hora que el servicio sea ofrecido.**

Certifico con mi firma que la información es correcta:

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____ Fecha: _____

Completar
frente y
atrás.



PATIENT CONSENT and HIPPA FORMS/
**CONSENTIMIENTO del PACIENTE y
 FORMA de HIPAA**

GREGORY S. SMITH, MD
 Board Certified Gastroenterology & Hepatology

NOTICE OF PRIVACY POLICY/AVISO DE POLITICA DE PRIVACIDAD: Yo entiendo que puedo leer la práctica política de privacidad revisada en línea en www.athensgicenter.com, o según lo fijado en el vestíbulo y en mi solicitud pueda recibir una copia.

FINANCIAL RESPONSIBILITY and ASSIGNMENT OF BENEFITS/ RESPONSABILIDAD FINANCIERO y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo, el/la abajo firmante, certifico que yo (u mi dependiente) estoy (o esta) cubierto por el seguro que esta citada en la pagina anterior. Por la presente autorizo el pago de beneficios médicas, cargado a mi seguro, a Athens Gastroenterology Center P.C./Gregory S. Smith, M.D. Entiendo que Athens Gastroenterology Center, P.C. presentara una reclamación a mi seguro como una cortesía hacia mi, y que sigo económicamente responsable por los pagos de co-pagos, deducibles anuales, servicios no cubiertos, y otros cargos que no ha pagado el seguro entre 30 días. Por la presente autorizo a Athens Gastroenterology Center P.C. revelar toda la información necesario para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma para todos los reclamaciones al seguro, para comprobar la elegibilidad de mi seguro y Rx. Entiendo que Athens Gastroenterology Center, P.C. no es responsable por saber lo que cubre mi seguro.

MEDICAL LIFETIME SIGNATURE ON FILE (IF APPLICABLE)/UNA FIRMA PERMANENTE MEDICA EN EL ARCHIVO (SI ES APLICABLE): Solicito que los pagos de beneficios autorizados de Medicare se extiende a Athens Gastroenterology Center P.C./Gregory S. Smith, M.D. para cualquier servicio(s) dado. Autorizo a cualquier titular de mi información médica revelar dicho información a la Administración Financiero de Servicios Médicos y sus agentes; cualquier información que se necesita para determinar esos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

CONSENT FOR TREATMENT AND COMMUNICATION/ CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y COMUNICACION: Presentando por voluntad propia (o presentando mi dependiente) reconozco el hecho que la evaluación y tratamiento recibido, aconsejado, o que se considera necesario, será el juicio de los Proveedores Médicos de AGC.

Autorizo a Athens Gastroenterology Center, P.C. y sus terceras empresas comunicar con migo por teléfono, enviarme mensajes de texto, correo electrónico, mensajes pregrabados / voz artificial y / o dispositivo de marcación automática en diferido al número de teléfono que he proporcionado para la correspondencia en cuanto a mi salud y para la facturación.

Para la correspondencia de cuidado de la salud, marque la casilla de optar por no para:

- text messages e-mails voice messages

RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION/ AUTORIZACIÓN de ENTREGA DE INFORMACIÓN:

Autorizo a otros médicos, o facilidades revelar toda la información médica que es reciente y pasado a Athens Gastroenterology Center, P.C., incluso mi historia de las drogas farmacéuticas, registros de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), historial psiquiátrico(a), abuso de drogas/alcohol, enfermedad venérea, y cualquier otra enfermedad que este bajo protección del publico regulada por la ley, para obtener reembolso de el seguro, o cumplir con revisión de la utilización de servicios médicos, o como sea necesario para continuación de asistencia médica mientras estoy bajo la atención médica del AGC.

Por la presente autorizo a Athens Gastroenterology Center, P.C. usar o revelar mi información médica que me identifica especialmente, o mi condición, o cual puede identificarme razonablemente para continuar mi tratamiento, pagos, y operaciones médicas.

Athens Gastroenterology Center P.C. valora y hace todo en su poder para proteger la privacidad del paciente. Mi **información médica no se revelará** a *algún individuo (incluso esposo(a), padres, hijos, o alguna otra persona significativo) sin mi consentimiento por escrito o sin presentar una Carta Poder Legal (Presente Poder Notarial de Representación). Si quiero que alguien tenga acceso a mi información médica, apuntare su nombre en la lista abajo. La fecha de nacimiento de las personas listadas será utilizado como un código de acceso para que podemos discutir su información con ellos. Este consentimiento de revelación NO se aplica al contacto de emergencia anotado en la pagina anterior si no esta en la lista abajo. Entiendo que el uso y revelación de mi información médica se puede permitir sin consentimiento previo en el caso de emergencia. Para obtener copias de mi información médica, entiendo que debo firmar el formulario de liberación de información médica (una forma aparte de este) y que la Practica puede aplicar un cargo por copias de información médica.*

(Traducido) RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION: I authorize the release of all of my previous and current medical records from other physicians, or medical facilities to Athens Gastroenterology Center, P.C., including human immunodeficiency virus, psychiatric, drug/alcohol abuse records, venereal disease, and any other statutory protected disease, in order to obtain insurance reimbursement, or to comply with utilization review, or as necessary for continued medical care for as long as I am under the care of AGC's Medical Providers.

I hereby authorize Athens Gastroenterology Center, P.C. to use or disclose my health information which specifically identifies me/my condition or which can reasonably be used to identify me to carry out my treatment, payment, and health care operations.

Athens Gastroenterology Center P.C. values and does everything in its power to protect the patient's privacy. My **medical information will not be given** to any individual (including spouses, parents, children, or any significant others) **without my written consent or without presenting a Power of Attorney.** If I want anyone to have access to my medical information, I will list their name below. Their date of birth is used as an access code for us to discuss information with them. This disclosure does NOT apply to the emergency contact listed on page one if they are not listed below. I understand that uses and disclosures may be permitted without prior consent. To obtain copies of my medical records, I understand I must sign a Release of Medical Information form (apart from this form) and the Practice may apply a fee.

Nombre de pariente/amigo con quien podemos discutir su Información Médica:

Nombre:	Parentesco:	Teléfono:	Su fecha de nacimiento:

Certifico con mi firma que estoy de acuerdo; autorizando todo como se demostró más arriba:

Firma del Paciente o Guardián Legal: _____ **Fecha:** _____

