



**Pediatric
Gastroenterology
& Nutrition of
Tampa Bay**

Main Office
3003 W. Dr. Martin Luther King Jr. Blvd.
Tampa, Florida 33607
Phone: (813) 870-4438 Fax: (813) 870-4153

Thiru S. Arasu, M.D., Medical Director * Rosa J. Cuenca, M.D. * Shivinder Narwal, M.D.
Kristin Phillips, A.R.N.P. * Jennifer Millett, A.R.N.P. * Melissa Berner, A.R.N.P. * Ellen Carson, A.R.N.P. * Toni Gonzales, A.R.N.P. * Kelly Terranova, P.A.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento: ___/___/___
Direccion del Paciente:	Seguro Social #:	RAZA: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Asiatico
Numero de Telefono 1: ()	Grupo Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Latino	Que idioma prefiere para comunicarse?
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mama Celular <input type="checkbox"/> Papa Celular <input type="checkbox"/> Mama Trabajo <input type="checkbox"/> Papa Trabajo <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro	Numero de Telefono 2: ()	Correo Electronico:
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mama Celular <input type="checkbox"/> Papa Celular <input type="checkbox"/> Mama Trabajo <input type="checkbox"/> Papa Trabajo <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro		

INFORMACION DE LOS PADRES O GUARDIAN (RESPONSABILIDAD FINANCIERA)

Nombre del padre, madre o guardian:	Relacion al Paciente:	
Direccion: <input type="checkbox"/> Marque si es la misma direccion del Paciente	Nombre y Direccion de su Farmacia:	
Telefono de la casa: ()	Telefono de la Farmacia: ()	
Seguro Social #:	Fecha de nacimiento:	Otro Padre o Guardian:
Nombre de empleador:	Telefono: ()	Extension:

USTED FUE REFERIDO POR ESTE MEDICO

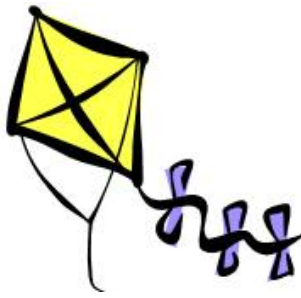
Nombre del medico:	Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Fue este el medico que lo refirio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Numero de telefono:	Numero de Fax:		
Si este no fue el medico que lo refirio, diganos quien fue?				

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del seguro primario:	Nombre del seguro secundario:
Nombre del asegurado:	Nombre del asegurado:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Numero de seguro social del asegurado:	Numero de seguro social del asegurado:

Yo autorizo a Thiru S. Arasu, MD, Rosa J. Cuenca, MD, Shivinder Narwal, MD, o/a Kristin Phillips, ARNP, Jennifer Thayer, ARNP, Jennifer Millett, ARNP, Ofelia Chou, ARNP o Ellen Carson, ARNP para que traten al paciente arriba mencionado. Yo autorizo pago directo a los medicos mencionados anteriormente en relacion a la cantidad debida por servicios pagables bajo mi seguro. Yo estoy de acuerdo en pagar cualquier balance no cubierto por mi seguro, si mi seguro decide que es mi responsabilidad. Yo tambien autorizo a cualquier medico, hospital o clinica a que sedan detalles completos de mi o de mi historial clinico y tratamientos a los medicos arriba mencionados.

X	
Firma de padre/madre/guardian o persona con responsabilidad financiera	Fecha de Firma



Thiru S. Arasu, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Rosa J. Cuenca, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Shivinder Narwal, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Pediatric Gastroenterology & Nutrition of Tampa Bay

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Consentimiento de Paciente

Nuestro aviso sobre los Procedimientos de Privacidad provee información de cómo podemos usar y compartir la información sobre su salud. El aviso contiene una sección sobre los Derechos del Paciente que describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro aviso antes de firmar este consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si nosotros lo cambiamos, usted puede obtener una copia llamando nuestra oficina.

Usted tiene el derecho a pedir que se restrinja como nosotros usamos y compartimos su información para su tratamiento, y para obtener pago, o para llevar a cabo nuestras funciones. No estamos obligados a acceder a estas restricciones, pero si estamos de acuerdo, entonces haremos lo que se nos pide.

A la firma esta forma, usted nos da su consentimiento a usar y compartir la información medica para su tratamiento, para cobrar por nuestros servicios y para las funciones del servicio de salud. Usted tiene el derecho a cancelar este consentimiento, por escrito, con su firma. Sin embargo, esta cancelación no va a afectar cualquier divulgación que hayamos hecho previamente. Nuestra práctica provee esta forma para cumplir con el Acto 1996 Contabilidad y Portabilidad del Seguro de la Salud.

El paciente entiende que:

Información sobre su salud puede divulgarse o ser usada para proveerle tratamiento, cobrar por nuestros servicios o para la operación de nuestra oficina.

- La práctica tiene un aviso sobre los Procedimientos de Privacidad, y el paciente tiene el derecho a revisarlo.
- La práctica se reserve el derecho a cambiar el aviso.
- El paciente tiene derecho a pedir que se restrinja el uso de su información, pero la practica no esta obligado a acceder.
- El paciente puede cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento, y todas las divulgaciones futuras serán canceladas.
- La práctica puede condicionar su tratamiento a que usted firme este consentimiento.

Por favor escribe los nombre(s) de las personas que pueden obtener información médica y diagnósticos del paciente. Incluyendo: archivos medico o pagos.

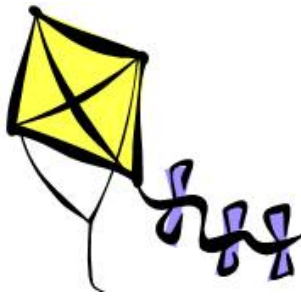
Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Tele: _____

Padre(s)/Guardián imprintar nombre: _____ **Relacion:** _____

Padre(s)/Guardián Firma: _____ **Fecha:** _____



Thiru S. Arasu, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Rosa J. Cuenca, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Shivinder Narwal, M.D.
Pediatric Gastroenterologist

Pediatric Gastroenterology & Nutrition of Tampa Bay

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
PADRE /MADRE O GUARDIAN: _____

Al firmar debajo, reconozco que he leído y entiendo las pólizas impuestas por la práctica.

CO-PAGOS Y BALANCES PENDIENTES EN CUENTA:

Son colectados antes de prestar un servicio. Este cargo ha sido determinado por su seguro médico para servicios prestados y será colectado antes de cada visita. Balances pendientes en cuentas deberán ser pagadas en su totalidad o un plan de pago deberá ser gestionado a través del Departamento de Cuentas a Cobrar.

LABORATORIOS Y/O RAYOS X:

Cuando el médico o enfermera ordenan laboratorios y/o rayo-x, es importante que usted obtenga estos en seguida. Esto permitirá tiempo para reparar los resultados antes de su cita. Si ellos no son completados en tiempo, usted será sujeto de cancelar esa cita hasta que todos los resultados sean hechos. Requerimos que todos los pacientes vuelvan para una cita con nuestros médicos y/o enfermeras para recibir los resultados de cualquier laboratorio y/o rayo-x. Esto es necesario de modo que nuestros médicos puedan contestar cualquier pregunta que usted pueda tener de su niño, como hablar de cualquier futuro planes y/o opciones de tratamientos con usted.

CITAS Y CANCELACIONES:

Si usted tiene una cita con nuestra oficina y es incapaz de atender, usted debe dar a nuestra oficina 24 horas de aviso antes de la cita, y así nosotros podemos dar la cita a otro niño necesitado. En el caso de que no pueden dar aviso 24 horas antes, por favor de a nuestra oficina una llamada de cortesía lo antes posible. Si no recibimos una llamada de cancelación a par hacer otra cita, usted será responsable de pagar \$25.00. Si usted tiene un procedimiento y no es cancelado con 24 horas de anticipación, usted será responsable por \$50.00 por no cancelar. Esto no es cubierto por su compañía de seguro y debe ser pagado ante de la próxima cita. Después de que falte la tercera (3) cita, no vamos ofrecer la asistencia médica para su niño.

CARGOS POR CHEQUES DEVUELTOS:

Si recibimos un cheque devuelto de su banco debido a fondos se suficiente dinero, cuentas cerradas, etc.... usted será encargado de los honorarios administrativo de \$35.00. Estos honorarios y cualquier balance tendrán que ser pagados ante de su próxima cita. Por favor note que esto no es cubierto por su compañía de seguros.

COLECCIONES SOBRE CUENTAS:

Si su cuenta es colocada con una agencia de colección debido al no pago para cualquier balance de garante, usted será responsable de cualquier gasto asociado con estos esfuerzos de colecciones. El coste podría incluir el porcentaje de colección para honorarios de abogado/corte que pueden aplicarse.

CARGOS POR LLENAR FORMULARIOS:

Habrán un cargo mínimo de \$25.00 por llenar formularios. El pago por el cargo debe ser pagado antes de que el documento(s) sea enviado de vuelta, recogido personalmente o enviado via fax. Cargos para documentación de FMLA, Short Term or Long Term Disability (papeles para incapacidad) será de \$35.00. Para documentos de escuela para (Homebound) el cargo es \$25.00.

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (Marque el cuadro de comprobación)

Si No En conjunto con su farmacia podemos tener acceso electrónico a todas las medicinas que toma el paciente. Esto nos ayuda a poder evitar cualquier complicación entre medicamentos. Además podemos saber que otras medicinas el paciente esta tomando recetadas por otro médico.

FOTOGRAFIAS DE PACIENTES: (Marque el cuadro de comprobación)

Si No Apruebo que una foto sea tomada para el expediente del paciente.

Imprimir Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____