



## Patient Registration Form

Today's Date: \_\_\_\_\_

Patient Legal Name: \_\_\_\_\_ Preferred First Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_  Male  Female SSN: \_\_\_\_\_

Primary Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone#: \_\_\_\_\_ Cell#: \_\_\_\_\_

Secondary Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Alternate Phone#: \_\_\_\_\_ Type  Home  Cell  Work

Race:  American Indian or Alaska Native  Asian  Black or African American  
 Native Hawaiian or Other Pacific Islander  White  Other  Decline

Ethnicity:  Hispanic or Latino  Not Hispanic or Latino  Decline

Marital Status:  Single  Married  Divorced  Widowed  Separated

Primary Language: \_\_\_\_\_

Preferred method(s) of contact:  Mail  Email  Home Phone  Cell Phone  Text  Online Patient Portal

Personal Email: \_\_\_\_\_

Pharmacy Name/Location: \_\_\_\_\_ Pharmacy Phone: \_\_\_\_\_

Primary Care Physician (PCP): \_\_\_\_\_ PCP Phone: \_\_\_\_\_

Whom may we thank for referring/recommending you to our practice: \_\_\_\_\_

Employment Status:  Employed  Self-Employed  Retired  Disabled  Unemployed  Student

Occupation: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Employer Address: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

### **EMERGENCY CONTACTS**

#1. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

#2. Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

### **INSURANCE INFORMATION**

Primary Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Eligibility Phone#: \_\_\_\_\_

Policy holder ID: \_\_\_\_\_ Group ID: \_\_\_\_\_

Policyholder's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female

Policyholder's SSN: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance Carrier: \_\_\_\_\_ Eligibility Phone#: \_\_\_\_\_

Policy holder ID: \_\_\_\_\_ Group ID: \_\_\_\_\_

Policyholder's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female

Policyholder's SSN: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_





## Consentimiento HIPAA

Entiendo que como parte de mi salud, la práctica se origina y mantiene el papel y/o registros electrónicos que describen mi historia de salud, síntomas, examen y prueba de los resultados, diagnósticos, tratamiento y planes para el futuro tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- Base para la planeación de mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado, como referencias
- Una fuente de información para la aplicación de mi diagnóstico y tratamiento de la información a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador pueda verificar que realmente se prestan los servicios facturados
- Una herramienta para operaciones rutinarias de cuidado de la salud, tales como evaluación de la calidad y revisar la competencia del personal

### Por favor escriba

#### Restricciones

Solicito las siguientes restricciones para el uso o la divulgación de mi información de salud:

---

Por favor díganos que podemos discutir su información médica protegida:

(Ejemplo: cónyuge (nombre), niños (name(s)), otros familiares (nombre, amigos o cuidadores (name(s)))

---

---

#### **Mensajes o recordatorios de citas**

Podemos dejar un mensaje en su casa con el nombre de /practice del doctor:  Sí  No

Podemos dejar un mensaje en su trabajo usando el nombre de /practice del doctor:  Sí  No

entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, puede ser necesario revelar información de salud a otra entidad, es decir, referencias a otros proveedores de salud. Doy mi consentimiento a tal revelación para estos usos como permitidos por la ley. Entiendo perfectamente y  Aceptar  rechazar la información de este consentimiento.

#### **Aviso de prácticas de privacidad**

**Reconozco que he sido provisto con aviso de privacidad las prácticas** proporciona una descripción del uso de información de salud protegida y revelaciones. Entiendo que tengo el derecho a revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar esta declaración. Entiendo que la práctica reserva el derecho a modificar su aviso de prácticas de Privacidad será efectivo para información de salud que ya cuenta con la práctica sobre mí, así como cualquiera que reciban en el futuro. El Practice3 publicaremos una copia actualizada del aviso. Entiendo que puedo obtener una copia del aviso actual en efecto bajo petición. He leído todo lo anterior y entender/de acuerdo con las disposiciones en esto con respecto a la responsabilidad de pago, permiso para el tratamiento y notificación de prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Paciente / tutor legal Firma fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que firma el formulario de consentimiento

Si no sea el paciente (nombre del paciente) \_\_\_\_ es firma, eres el tutor legal, custodio o tiene poder para este paciente, para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud?  Sí  No



## Consentimiento del paciente

### Solicitud de consentimiento para el tratamiento y cuidado

El abajo firmante presta su consentimiento para la atención médica y tratamiento, como se considere necesario o conveniente a juicio de mi médico u otro proveedor, que puede incluir pero no se limitan a los procedimientos de laboratorio, examen de rayos x, tratamiento médico o quirúrgico o procedimientos u otros servicios prestados al paciente bajo las instrucciones generales y especiales del médico del paciente. Gastro Florida tiene derecho a negarse a tratarlo si se niega a firmar este consentimiento o si decide revocar este consentimiento en cualquier momento.

### Asignación de beneficios del seguro de

Autorizo el pago directamente a la Florida de Gastro de beneficios seguro lo contrario a pagar a mí para servicios, a una tasa no debe exceder los gastos regulares de Gastro de la Florida para tales servicios.

### Autorización para divulgar información

Autorizo la liberación de registros médicos e información relacionada de Gastro de la Florida a representantes autorizados de mi pagador tercero o médico relacionados con mi cuidado. I autorizar la revisión de registros para cualquier auditoría de agencia necesario y el lanzamiento del plan médico de la atención y descarga el Resumen de mi expediente médico sobre mi transferencia a o desde otro centro de atención de la salud.

### Permiso para tratamiento

Por la presente se otorga permiso para que médicos y empleados o agentes de la práctica para el paciente nombrado a continuación de dicho tratamiento médico y quirúrgico como se considere necesario.

### Comunicación

Al proporcionar mi correo electrónico y número (s) de teléfono, autorizo a Gastro Florida a que me proporcione información sobre mi cita (por ejemplo, recordatorio de visita), estado de facturación y / o material educativo que pueda estar relacionado con mi (s) afección (es), además, para informarme periódicamente de los servicios / eventos comunitarios de Gastro Florida y solicitar comentarios sobre mi experiencia con Gastro Florida. Puedo cancelar mi solicitud en cualquier momento enviando un correo electrónico a [service@gastrofl.com](mailto:service@gastrofl.com) para realizar esta solicitud. Entiendo que enviar información confidencial por correo electrónico puede no ser una forma de comunicación segura y compatible con HIPAA y que Gastro Florida no supervisa los correos electrónicos para la atención específica del paciente.

Autorizo a Gastro Florida a inscribirme en su portal de pacientes seguros que también puede incluir la información anterior. Entiendo que no debo confiar en el portal para comunicar información importante o de emergencia con respecto a mi atención específica.

Autorizo a Gastro Florida a incluir mi encuesta de pacientes o comentarios de revisión en línea en su sitio web o material promocional (nota: no se usará su apellido).

El abajo firmante certifica que él / ella ha leído lo anterior, recibió una copia del mismo y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y acepta sus términos.

\_\_\_\_\_  
Paciente / tutor legal Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que firma el formulario de consentimiento

Si no sea el paciente (nombre del paciente) \_\_\_\_\_ es firma, eres el tutor legal, custodio o tiene poder para este paciente, para las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud?  Sí  No