

CUESTIONARIO DE PRE-EVALUACION DEL COVID-19

Su salud y bienestar son de suma importancia y estamos tomando medidas para mantener el instalación / oficina un entorno seguro para los empleados, así como para las personas a nuestro cargo y el público. Por lo tanto, cualquier persona que ingrese a la instalación / oficina será examinada y será parte de nuestro proceso de selección incluirá tomar su temperatura y hacer las siguientes preguntas.

1. En los últimos 14 días, ¿ha experimentado una nueva tos que no puede atribuir a otra condición de salud?

SI

NO

2. En los últimos 14 días, ¿ha experimentado una nueva dificultad para respirar que no puede atribuir a otra condición de salud?

SI

NO

3. En los últimos 14 días, ¿ha experimentado un nuevo dolor de garganta que no puede atribuir a otra condición de salud?

SI

NO

4. En los últimos 14 días, ¿ha experimentado nuevos dolores musculares que no puede atribuir a otra condición de salud o una actividad específica como el ejercicio físico?

SI

NO

5. En los últimos 14 días, ¿ha tenido una temperatura igual o superior a 100.4 ° o la sensación de tener fiebre?

SI

NO

6. En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto cercano, sin el uso del EPP adecuado, con alguien que está actualmente enfermo con COVID-19 sospechado o confirmado? * (Nota: Cerrar el contacto se define como dentro de los 6 pies durante más de 10 minutos consecutivos)

SI

NO

Si la persona responde **SÍ** a cualquiera de las preguntas, no se le permitirá ingresar a la instalación / oficina a menos que un profesional médico designado por el DOC determine lo contrario.

PRODIGEST GASTROENTEROLOGY & ASSOCIATES 5750

Downey Ave., Suite 202

Lakewood, CA 90712

Phone: 562-634-4939 Fax: 562-634-4939

INFORMACION DEL PACIENTE (escribir a mano)

Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Dirección De Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono De Casa _____ Teléfono celular _____ Idioma Principal _____

Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____ Sex: _____ M _____ F

Contacto Preferido # _____ Dirección De Correo Electrónico _____

Dirección de Facturación (si es diferente) _____

Estado Civil: S M D W Cómo te Enteraste De Nosotros _____

Raza _____ Etnicidad (*circule uno*) Hispano o Latino No Hispano o Latino

Empleador _____ Teléfono de su Empleador _____

Nombre De La Persona Responsable (PADRE/SEGURO [ENVIE EL COBRO]):

Apellido De Guardián (si es aplicable) _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

La Fecha del Nacimiento _____ Seguro Social _____ Relación _____

Nombre Del Empleador _____ Dirección _____ Teléfono _____

Nombre de Su Seguro Principal _____

INFORMACION DE SEGURO

~~Nombre De La persona Asegurada _____ Fecha de Nacimiento _____ # Seguro Social _____~~

~~Dirección En Donde Mandar El Cobro _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____~~

~~Numero De La Aseguransa: _____ Cert. o Numero De Miembro _____ Local Unión # _____ Cantidad de~~

~~su Co-pago _____ Fechas de Vigencia Desde: _____ Hasta: _____~~

~~La Relación De El Paciente al Poseedor del Seguro: el mismo esposo/a hijo/a Otro: _____~~

~~Seguro Secundario: _____~~

~~Nombre De La persona Asegurada _____ Fecha de Nacimiento _____ # De Seguro Social _____~~

~~Dirección En Donde Mandar El Cobro _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____~~

~~Numero De La Aseguransa _____ Numero Del Certificado _____ Unión local # _____~~

~~Cantidad de su Co-pago _____ Fechas de Vigencia Del Seguro: Desde: _____~~

~~La Relación De El Paciente al Poseedor del Seguro el mismo esposo/a hijo/a Otro: _____~~

Información de farmacia

Nombre de farmacia _____ Dirección _____

Teléfono _____

Nombre de farmacia de enviar por correo _____ Teléfono# _____

de fax _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Por favor de listar dos personas que no vivan con usted a las que podamos llamar en caso de que no podamos comunicarnos con usted y tengamos un asunto urgente que discutir con usted.

Nota: NO SE DIVULGARÁ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL, SIMPLEMENTE PARA SOLICITAR QUE SE CONTACTE CON NUESTRA OFICINA.

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACION	NUMERO DE TELEFONO

Firma del paciente (o padres de menor de edad) _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA COMUNICARE LA INFORMACION MEDICA DEL PACIENTE

Por favor nombre a los miembros de la familia u otras personas que puedan participar en la coordinación de su atención o pago por atención. Además, indique qué tipos de información se pueden compartir con cada individuo.

Nombre de la persona autorizada para recibir la información	Relación con el / la paciente	Toda information	Medica	Cita	Cobros

Información requerida informativa

Directiva anticipada dada: SI / NO iniciales: _____ Directiva anticipada completada y archivada SI / NO

Firma del paciente (o padres de menor de edad) _____ Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

ACUERDO PARA EL CONTRATO DE PAGO: Reconozco que he recibido una copia del contrato financiero de parte de la compañía ProHealth Partners, Inc., y ProDigest Gastroenterology & Associates., Mehrdad Saliminejad M.D., Fariba Javadi M.D., José L. Pantoja M.D. Y Barton Ueki. Y estoy de acuerdo con los términos de pago.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Yo autorizo la divulgación de la información de mi expediente médico, en conformidad con las leyes federales y estatales, reglas y regulaciones, a los pagadores terceros y otros proveedores que participan en mi cuidado médico; que se comprometan a manejar mis datos de manera confidencial, conforme con todas las leyes federales, estatales y locales. Además, autorizo a cualquier otra persona o entidad que me ha proporcionado atención médica, para que proporcione a ProHealth Partners, Inc., todas y cada una de mi información en los registros médicos, ya sea en formato impreso o electrónico, para que me provean cuidado informativo. Yo puedo anular mi consentimiento para la divulgación de esta información en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada en relación con la autorización.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por medio la presente solicito que el pago de mis servicios autorizados de Medicare, Medi-cal y todos los beneficios de otras aseguranzas, se hagan a mi favor a nombre de ProHealth Partners, Inc., por los servicios prestados a mí y / o mis dependientes. Autorizo a cualquiera que guarde información médica acerca de mí y / o mis dependientes, a divulgar a la entidad correspondiente y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

GARANTIA DE PAGO: Estoy de acuerdo de pagar todos los cargos aplicables, que no sean pagados en su totalidad por mi seguro. Si las cantidades que se le deben a ProHealth Partners, Inc., no son pagadas en conformidad con este acuerdo financiero, la cuenta será considerada atrasada. En el caso de que no cumpla con el pago de mi cuenta, yo entiendo que soy responsable por cualquier y todos los costos incurridos en el cobro de mi cuenta, incluyendo los costos judiciales y honorarios razonables de abogados. Si la deuda se asigna a una agencia de colección, me comprometo a ser responsable por los gastos de la compañía de colección incluyendo intereses por las cantidades en retraso.

Cancelaciones / Citas Reprogramadas/ o no presentación el mismo día:

Para asegurar la mejor disponibilidad de citas para nuestros pacientes, le pedimos que nos notifique al menos 24 horas antes de su cita programada, si necesita cancelar o reprogramar la cita.

Si no nos avisa con 24 horas de anticipación, se aplicarán las siguientes tarifas:

Citas canceladas en menos de 24 horas \$35

Citas reprogramadas en menos de 24 horas 35.00

No presentación el mismo día \$35.00

Cirugía reprogramada en menos de 48 horas \$100.00

Cirugías canceladas en menos de 24 horas \$125.00

No presentación el mismo día de cirugía \$150.00

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Relación de la Persona Responsable con el paciente: _____

HISTORIA CLÍNICA Y REVISIÓN DEL FORMULARIO DEL SISTEMA

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA: ____/____/____

PROVEEDOR DE REFERENCIA: _____

MOTIVO DE LA VISITA: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES			Alergias

REVISE Y MARQUE CADA ELEMENTO RELACIONADO CON SU SALUD

Gastrointestinal	HÍGADO / VESÍCULA BILIAR	HISTORIA QUIRÚRGICA	HISTORIA SOCIAL
<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Drogas recreativas
<input type="checkbox"/> Acidez	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia	Fumar:
<input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Hepática C	<input type="checkbox"/> Apéndice	<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Problema para tragar	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Exfumador
<input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Fumador actual
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Rodilla	Beber:
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Hígado graso	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> E n f e r m e d a d hepática alcohólica	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Ocasional
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	Páncreas	<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca	<input type="checkbox"/> Ex bebedor
<input type="checkbox"/> Hernia hiato	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Cirugía estomacal	<input type="checkbox"/> Bebedor actual
<input type="checkbox"/> Hinchazón	<input type="checkbox"/> Quiste en páncreas	<input type="checkbox"/> Cirugía de colon	ESTADO CIVIL
<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable	EFERMEADES GENERALES	<input type="checkbox"/> Cirugía mamaria	Divorciado / viudo / soltero casado
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata	Ocupación:
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Cirugía para bajar de peso	ESTUDIOS PREVIOS
<input type="checkbox"/> Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> ¿Problema con la anestesia?	<input type="checkbox"/> Endoscopia superior
<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Colonoscopia
<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sin cirugía previa	<input type="checkbox"/> Cpre

<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Epoc	HISTORIA FAMILIAR	<input type="checkbox"/> Ultrasonido endoscópico
<input type="checkbox"/> Fisura anal	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> No hay enfermedad en mi familia	<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Mri
<input type="checkbox"/> Deficiencia de hierro	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ultrasonido
<input type="checkbox"/> Infección de H. Pylori	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Detección de cáncer de colon
<input type="checkbox"/> Colitis o enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Migraña / dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Cáncer(en caso afirmativo, por favor explique)	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Intolerancia a la lactosa	<input type="checkbox"/> Problema para orinar		
<input type="checkbox"/> Pólipos de colon	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Pólipo colónico	
<input type="checkbox"/> pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Coágulo o trastorno hemorrágico	
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Otro	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea		
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Cáncer		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Convulsiones		
<input type="checkbox"/> Golpe	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso		
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar		
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho		
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Palpitación		
<input type="checkbox"/> Válvula artificial	<input type="checkbox"/> Problema durmiendo		
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Otro		
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes			
<input type="checkbox"/> Stent en el corazón			



AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(No utilice este formulario si registros a ser liberado relacionadas con resultados de la prueba del VIH, Salud Mental o Alcohol y las drogas de abuso)

EXPLICACIÓN: Esta autorización es necesaria para nosotros cumplir con leyes estatales y federales relacionadas con el uso o divulgación de información médica protegida ("PHI") sobre el paciente identificado más abajo. Por favor proporcione que toda la información solicitada. Falta de proporcionar que toda la información solicitada puede impedirnos actuar sobre esta autorización.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Otros nombres: _____ Número de cuenta #: _____

1. PERSONAS AUTORIZADAS PARA DIVULGAR SU PHI. Yo autorizo a la siguiente persona o categoría de personas a revelar la información médica sobre paciente tal como se describe en la sección 2 siguiente (Nombre del Estado de médico o de identificación específico de la persona o grupo de personas)

2. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN. Esta autorización permite el uso y/o divulgación de la información siguiente acerca de paciente: (marque todas las cajas aplicables y selección inicial según sea necesario).

(Inicial) Toda mi información de salud marcado abajo pertenecientes a cualquier historia clínica, condición física y tratamiento recibido. Excepto (opcional):

Registros de consultorios médicos Registros hospitalarios Películas de rayos x e imágenes
 Resultados de laboratorio

O, solamente los siguientes registros o tipos de información médica o solamente en la fecha especificada (s): fecha (s) de tratamiento: _____ Type of Treatment: _____

(Inicial) Otro: _____

3. LOS USUARIOS AUTORIZADOS Y LOS DESTINATARIOS. Autorizo a la siguiente persona o categoría de personas para recibir y/o utilizar la información de salud descrita en la sección 2 anterior: (indicar nombre y título si es aplicable). Nombre: _____ Título (si es aplicable) _____

dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

4. PROPÓSITO. Por la presente autorizo la información comprobada en la sección 2 anterior para ser usada o divulgada para los siguientes propósitos: (marque todas las casillas aplicables) (investigadores deben tener en cuenta que esto debe ser el estudio de investigación específicos, no para el lanzamiento de futuras investigaciones no especificado)

Solicitado por el representante de pacientes o personal Otro: _____

Médico o en la práctica a ser remunerado por esta información Si No

5. DERECHO DE REVOCACIÓN. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que mi revocación por escrito y se ajusta a los requisitos descritos en el ProHealth aviso socios/Argus de prácticas de privacidad.
6. LÍMITES DE REVOCACIÓN. Entiendo que mi revocación será efectiva a partir de su recepción por la persona que lo autorizado en la sección 1, pero no sería eficaz en la medida en que dichas personas han actuado de conformidad con esta autorización y en dependencia al respecto. Con respecto a la persona autorizada a recibir y utilizar información de salud descrita en la sección 3, si el paciente (o representante personal) solicitó la autorización, cualquier revocación será efectiva sólo cuando me comunico mi revocación directamente a ellos.
7. REVELACIÓN. Yo entiendo que, si el destinatario de mi información en la sección 3 avove no es un proveedor de atención médica, un plan de salud o una asistencia sanitaria limpiando casa o no una entidad necesaria para cumplir con las regulaciones de privacidad federales o estatales de salud, mi información de salud puede ser revelada más por tal destinatario y mi información ya no puede ser protegida por leyes federales y estatales. Si esta autorización es para la divulgación de información de abuso de sustancias, el destinatario puede prohibirse a revelar la información de abuso de sustancias bajo los requisitos de confidencialidad federal abuso.
8. CALIFORNIA RESTRICCIONES. Entiendo que un destinatario de la información médica en California puede no más divulgar información médica acerca de mí (paciente) a menos que un nuevo formulario de autorización firmado por mí o mi representante personal o a menos que la divulgación es específicamente requerida o permitida por la ley.
9. DERECHO A DENEGAR EL SIGNO. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que mi fracaso a firmar esta autorización no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pagos o beneficios.
10. AUTOMÁTICA DURACIÓN DE UN AÑO. Esta autorización caducará automáticamente después de un 1 año desde la fecha de ejecución salvo que se especifique una fecha final diferente o un evento.

Fecha Final _____ O Evento _____

11. COPIAR RECIBIDO. Acuso recibo de una copia firmada de esta autorización _____ (Inicial)

Firma del paciente o representante personal	Fecha

Escriba el nombre de representante personal (si procede)	Relación de representante personal a paciente

Dirección	Número telefónico

Tipo de identificación presenta. Adjunte copia (opcional) Verificada verificaron	Si	No	Iniciales que

ATENCIÓN RECEPTOR: CUALQUIER DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EXPEDIENTE POR EL RECEPTOR SE PROHÍBE EXCEPTO CUANDO implícito en el objetivo de la divulgación