

Bienvenido a Nuestra Oficina: GASTROENTEROLOGO ASOCIADOS DEL SUR DE FLORIDA, P.A.

Numero Social: _____ Su Primer Nombre Legal: _____

Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Sexo M F Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Casado Soltero Divorciado Otro Raza: _____

Lenguaje Primario Ingles Espanol Otro Condicion de Empleo Empleado Tiempo Medio Estudiante Retirado

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Empleado por: _____ Empleado Direccion: _____ Dept. _____

Direccion Alternativa: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

*Telefono preferido: Casa Celular Trabajo * Metodo de contacto preferido: Voz Correo electronico Texto *

Tiene acceso a Internet?: Y N (Compruebe Correspoiencia solo en papel) E-mail: _____

Telefono Casa: _____ Trabajo #: _____ Celular #: _____

Su Doctor de familia: _____ Otro Doctor: _____

Como escucho de nosotros? Doctor que refirio Amigo/Familia Paginas Amarillas Programa de Referidos Television
 Papel/Revista Ad

Quien es su doctor de cabecera? _____

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Usted es el principal en la poliza de seguro ? Si No (Si no es el principal favor de llenar debajo) Relacion: _____

Principal en la Poliza: Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Numero Social: _____

Usted es el principal en la poliza secundario? Si No (Si no es el principal favor de llenar debajo) Relacion: _____

Principal en la poliza: Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Numero Social: _____

En caso de emergencia nombre _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo _____ Relacion _____

Telefono de emergencia _____ Telefono Celular de emergencia _____

Que farmacia usted utiliza? _____ Numero de Telefono de la Farmacia _____

Farmacia Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Al usted firmar este formulario le estara dando permiso a Gastroenterologo Asociados del Sur de la Florida, P.A. y a Barkley Centro Sirujico, Inc. para usar, dar y proteger su informacion medica para usos de forma como tratamientos, pagos o para mantener el cuidado medico de usted. Yo autorizo que le den mi historia medica a el doctor o doctores referidos. Reconozco que se ha hecho una copia de la Notificación de Privacidad disponible para mí. Nuestra poliza de privacidad le dara informacion con lugo de detalles, como nosotros planearemos mantener sus datos e informacion privada. Usted tiene el derecho de leer y reviser nuestra poliza antes de firmar este formulario. Si nosotros hacemos algun cambio a esta poliza, usted tiene el derecho de pedir una copia al (239)275-8882. Usted tiene el derecho de decimos como y cuando dirijir o dar su informacion medica para asuntos medicos, de pago o de salud. Aunque nosotros tenemos el derecho de negarle su peticion, estamos unidos por nuestro acuerdo. Usted tiene el derecho de revocar en forma escrita, con la excepcion de la informacion ya dada, para proteger y mantener su informacion y permiso dado. Una copia de este formulario es valida como original.

Asociados de Gastroenterología S. W. Florida, PA cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-954-735-6000 ext 4113. Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-954-735-6000 ext 4113.

Firma: _____ Fecha _____