

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 _____
Telefono Casa: _____ Telefono Trabajo: _____ Telefono Celular: _____
Empleado por: _____ Empleado Direccion: _____ Dept. _____
Direccion Alternativa: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____
Acceso a Internet: Y N E-mail: _____ comunicaci3n preferido: (marque uno) correo electr3nico seguro Papel
Su cita es con: Sharma Feiock Longendyke Weiss Bays Raju Koka Hazan Perez Garner Other: _____
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 Notificaci3n de Privacidad disponible para m3. 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 revisar 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 dirigir 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 Gastroenterolog3a 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: ATENCI3N: si habla espa3ol, tiene a su disposici3n 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 _____