

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 Zavala Fernandez

Su Doctor de familia: _____ Otro Doctor: _____

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

Tipo de Seguro: HMO PPO POS Medicare Militar Medicaid Pago Propio Otro: _____

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 decirnos 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 excepci3n 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 Gastroenterologia 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.

Firma: _____ Fecha _____