



INFORMACION PERSONAL

Título Dr. Srta. Sr. Sra. (Por favor seleccione uno)

Apellido _____ **Nombre** _____ **Inicial** _____

Nombre Anterior _____ **Dirección** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Teléfono/Casa (____) _____ - _____ **Celular** (____) _____ - _____ **Teléfono/Trabajo** (____) _____ - _____

Correo Electrónico _____ **Doctor Primario** _____

Doctor de Referencia _____ **Fecha de Nacimiento (mes/día/año)** ____ / ____ / ____

Estado Civil Divorciado Casado Pareja Soltero Viudo Separado Legalmente (seleccione uno) **Sexo** M F TG

Seguro Social _____ - _____ - _____ **Paciente empleado por** _____

Estado de Empleo _____ **Ocupación** _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido _____ **Nombre** _____

Relación con el paciente: _____ **Teléfono/Celular** (____) _____ - _____

SEGURO MEDICO

Marque todo lo que aplica: **MEDICARE/MEDICARE REPLACEMENT * AHCCCS * SEGURO MEDICO * CUENTA PROPIA**

Seguro Primario: Nombre y/o Red (Network): _____

Numero de Suscriptor/ID de Miembro _____ **Numero de Grupo** _____

Nombre del asegurado _____ **Fecha de Nacimiento (de asegurado)** ____ / ____ / ____

Relación del paciente con el asegurado _____ **Co-Pay \$ de Especialista** _____

Seguro Secundario: Nombre y/o Red (Network): _____

Numero de Suscriptor/ID de Miembro _____ **Numero de Grupo** _____

Nombre del asegurado _____ **Fecha de Nacimiento (de asegurado)** ____ / ____ / ____

Relación del paciente con el asegurado _____ **Co-Pay \$ de Especialista** _____

RECUPERACION Y REINVERSION ACTO DE DATOS ESTADISTICOS (seleccione uno)

Raza Indio Americano/Alaska Asiático Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico Afroamericano Blanco Hispano Otro

Origen Étnico Hispano o Latino No es hispano o Latino Se Niega a Contestar

Idioma Preferido Ingles Indio (incluye Hindi/Tamil) Español Ruso otro _____

FARMACIA DE PREFERENCIA

Nombre _____ **Dirección/Ubicación** _____

Número de Teléfono (____) _____ - _____ **Numero de Fax** (____) _____ - _____

FARMACIA DE PREFERENCIA PARA ORDENES POR CORREO

Nombre _____ **Dirección/Ubicación** _____

Número de Teléfono (____) _____ - _____ **Numero de Fax** (____) _____ - _____

Patient Name _____

RAZON DE LA VISITA

MEDICAMENTOS ACTUALES

Por favor anote todos los medicamentos recetados que está tomando actualmente: Ninguno

¿Toma aspirina, ibuprofeno, o cualquier otro anti-inflamatorio que no es esteroide? Sí No

Anote todos los medicamentos sin receta que está tomando actualmente y/o suplementos a base de hierbas:

ANTECEDENTES MEDICOS

¿Ah sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes? Y (Si) N (No)

Cáncer de ano	Y N	Trombosis venosa profunda	Y N	Enfermedad Renal/piedras	Y N
Asma	Y N	Demencia	Y N	Intolerancia a la Lactosa	Y N
Fibrilación Auricular	Y N	Depresión	Y N	Leucemia	Y N
Trastorno Bipolar	Y N	Diabetes Mellitus	Y N	Infarto de miocardio	Y N
Trastorno de coagulación	Y N	Diabetes, tipo II	Y N	Enfermedad de Parkinson	Y N
Cirrosis	Y N	Epilepsia/convulsiones	Y N	Cáncer de próstata	Y N
Cáncer de colon/recto	Y N	Fibromialgia	Y N	Embolia pulmonar	Y N
Pólipos en el colon	Y N	Enfermedades GI (ulceras, etc.)	Y N	Derrame Cerebral	Y N
Insuficiencia Cardiaca congestiva	Y N	Hepatitis	Y N	Enfermedad de la Tiroides	Y N
EPOC	Y N	Presión arterial alta	Y N	Enfermedad Vascular	Y N
Enfermedad de arteria coronaria	Y N	VIH positivo	Y N	Otro _____	

ALERGIAS

Haga una lista de cualquier droga/medicamento y/o alimento y/o alergias de tipo látex y su reacción a ellos.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y ENDOSCOPICOS Ninguno

Por favor indique su historial de cirugías y/o colonoscopias:

Procedimiento	Razón	Instalación	Año	Medico

HOSPITALIZACIONES NO QUIRURGICAS Ninguno

Por favor indique su historial de hospitalizaciones por admisiones no quirúrgicas:

Razón/hospitalización	Instalación	Año	Medico

Patient Name _____

HISTORIAL MEDICO DE FAMILIA No hay historial de familia relevante Historial de familia desconocida

Por favor describa cualquier antecedente familiar relevante de gastrointestinal. Si existe historia familiar, por favor indique la edad aproximada a la que se le diagnosticó la enfermedad.

	Pólipos en el colon/recto	Cáncer de colon/recto	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa	Cáncer de Mama	Edad cuando fue diagnosticado
Padre					n/a	
Madre						
Hermano					n/a	
Hermana						
Hijo (s)					n/a	
Hija (s)						
Abuelo					n/a	
Abuela						

HISTORIA SOCIAL

Consumo de Tabaco/fumar

Por favor lea la siguiente pregunta y marque con un círculo la respuesta que mejor describa su situación actual:

¿Es usted un: fumador actual ex fumador no fumador?

¿El tiempo ocurrido desde la última vez que fumo? N/A < 1 año 1-5 años 5-10 años >10 años

¿Está interesado en recibir información sobre el abandono del tabaco? N/A Sí No

Detección de alcohol

¿Ha tenido una bebida que contiene alcohol en el último año? Sí No

¿Con que frecuencia consumió alguna bebida que contenga alcohol en el último año?

Nunca Mensual o menos 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

REVISION DE LOS SISTEMAS

¿Está teniendo algunos de los siguientes síntomas?

CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho Y N

Falta de aliento Y N

Palpitaciones Y N

GASTROINTESTINAL

Dolor abdominal Y N

Nausea Y N

Vomito Y N

Estreñimiento Y N

Diarrea Y N

Sangrado Rectal Y N

Cambio en hábitos intestinales Y N

GENERAL/CONSTITUCIONAL

Pérdida de peso Y N

Aumento de peso Y N

Escalofríos Y N

Fiebre Y N

Cambios en el apetito Y N

GENITOURINARIO

Dolor al orinar Y N

Dificultad al orinar Y N

CABEZA Y CUELLO

Disminución de audición Y N

Dificultad para tragar Y N

HEMATOLOGIA

Moretones con facilidad Y N

NEUROLOGICO

Dificultar al hablar Y N

Perdida de uso de extremidad Y N

PSIQUIATRICO

Cambio de personalidad Y N

Ansiedad Y N

Estado de ánimo deprimido Y N

RESPIRATORIO

Dificultad para respirar Y N

Tos Y N

EVALUACION DE RIESGO QUIRURGICO

¿Su peso actual exceda 340 libras? Y N

¿Tiene un desfibrilador implantado? Y N

¿Tiene un marcapasos? Y N

¿Le han dicho que usted tiene apnea del sueño (deja de respirar temporalmente mientras duerme)? Y N

¿Si contesto si a la pregunta anterior, tiene una maquina CPAP? Y N

¿Si tiene máquina, usted usa su máquina CPAP? Y N

¿Se opone a una transfusión de sangre por razones religiosas o alguna otra razón? Y N

Si se opone, explique la **razón porque** rechazaría una transfusión de emergencia, si se necesitara una para salvar su vida.

Patient Name _____

FINANCIAL POLICY:

Thank you for choosing Affiliated Colon and Rectal Surgeons, PC for your care. We welcome you! We are committed to providing the finest care, while minimizing your out-of-pocket expenses. Our financial department is dedicated to informing you, to the best of our ability, of your estimated portion of the charges for your care and assisting you with any billing questions you may have.

INSURANCE: For your convenience, we file medical claims with insurance plans with which we have an agreement, as long as valid insurance information is provided to us. It is your responsibility to make accurate and detailed insurance information is available to us to enable processing of your insurance claim. You are considered self-pay until this information is provided to us.

You are responsible for notifying our office of any insurance changes prior to scheduled appointments. Insurance policies are an agreement between you and your insurance company. All account balances are your responsibility. We collect co-pays and estimated patient co-insurance amounts during office visits. Final payment is due from the patient upon receipt of the first statement from our office.

You are expected to know your insurance benefits including deductible, co-payments and co-insurance percentages. If deductibles are not met, they are to be paid at the time of service with co-payments. If you do not have medical insurance or if Affiliated Colon and Rectal Surgeons, PC is not a participating provider with your insurance carrier, all charges incurred during treatment are due/payable at the time of service. Under certain circumstances, when the estimated amount due exceeds \$500, a deposit will be required prior to the service being rendered.

All checks returned for non-sufficient funds will be assessed a \$30 charge.

REFERRALS/AUTHORIZATIONS: It is your responsibility to obtain a referral from your primary care physician prior to the scheduled visit if a referral is required by insurance to obtain services provided by a specialty provider. If a referral is not obtained, the patient accepts full financial responsibility for all services rendered.

CANCELLATIONS/FEES: If you are unable to keep a scheduled appointment or procedure, it is your responsibility to notify our office 24 hours prior to the scheduled appointment or 48 hours prior to the scheduled procedure. Appointments cancelled after this timeframe may be subject to a cancellation fee. **An additional fees of \$25 is applied to requests for medical records and for physicians completing paperwork for patients (i.e. disability, FMLA forms). These fees are NOT covered by insurance and are payable in advance, prior to our completion of these forms.**

RELEASE OF INFORMATION/ASSIGNMENT OF BENEFITS: *I hereby authorize Affiliated Colon and Rectal Surgeons, PC to release information to my insurance company with regard to all treatment as is necessary to obtain payment for services and to review activity related to the provider's participation with my insurance plan. I assign all benefits, to which I am entitled for my treatment and medical services provided to me, to be paid directly to Affiliated Colon and Rectal Surgeons, PC. In the event that payment is made to me, I agree to submit payment in full to provider immediately. I accept financial responsibility for any and all charges incurred by me that are denied or not covered by my medical insurance. I acknowledge that I am bound to pay for services rendered, including all costs of collection and reasonable legal fees, should collection become necessary. I have read and understand this Financial Policy and, by signing, am in agreement and accept all terms and conditions described above.*

Signature

Date

ACKNOWLEDGMENT OF NOTICE OF HIPAA PRIVACY PRACTICES:

I hereby authorize Affiliated Colon and Rectal Surgeons, PC to release or procure all information necessary to secure the payments of benefits for treatment purposes or to another health care provider or destination at my discretion. I may revoke this authorization at any time in writing with the exception of insurance disclosures for billing purposes. I consent to communicate via electronic means for routine matters. I further agree that a copy of this agreement shall be as valid as the original. I understand that HIPAA and privacy policies are available online and in the office. I have reviewed (or have been given the option to review) the Notice of Privacy Practices.

Signature

Date

Patient Name _____

CONSENT TO IMPORT MEDICATION HISTORY:

I understand that ePrescribing (electronic prescriptions) will be utilized, when available. I hereby permit Affiliated Colon and Rectal Surgeons, PC to obtain an electronic history of other medications previously purchased at pharmacies. I understand that obtaining this information is a benefit of ePrescribing and may be utilized for my safety in preventing drug to drug interactions.

Signature

Date

EMERGENCY CONTACT INFO AND CONFIDENTIAL MESSAGES CONCERNING MY MEDICAL CARE: (check all that apply)

- I authorize my physician to leave **BRIEF (ONLY)** confidential medical information on my **cell phone**.
- I authorize my physician to leave **EXTENDED** confidential medical information on my **cell phone**.
- I authorize my physician to leave **BRIEF (ONLY)** confidential medical information on my **home answering machine**.
- I authorize my physician to leave **EXTENDED** confidential medical information on my **home answering machine**.
- I authorize my physician to release health information to my **Emergency Contact**, as previously indicated.

I understand that my authorization(s) can be revoked, at any time, by my indication in writing of same.

Signature

Date

Patient Name _____

Patient DOB _____

EASY PAY AUTHORIZATION

Our "Easy Pay" credit-card-on-file system gives you the opportunity to place a credit/debit card on file for any balance of charges not paid by your insurance or any non-covered charges, **not to exceed the deductible/co-insurance/copayment amounts.**

Upon authorization, your card will be held on file. When the correct amount is ascertained, you will be notified of the amount due. At that time, you will be given an opportunity to make payment by a different method (check, cash, money order). If, after three days, we are not informed about an alternate payment method, your card will be run.

Cardholder Complete Name: _____

Type of Card: Visa MasterCard Discover Card

Card Number: _____ Exp. _____

Security Code (3 or 4 digits) _____ Billing Zip Code _____

Authorization to Pay:

I accept financial responsibility for any and all charges incurred by me that are denied or not covered by my medical insurance. I understand and accept the conditions of the "Easy Pay" plan.

Signature Date

(For Office Use Only)

Patient Account # _____ Date of Procedure _____

Procedure: _____ Est Pt Responsibility: _____