

Registro para paciente nuevo

Acct # _____
 SS# _____ - _____ - _____

Elsa S. Canales, M.D. Alfredo Camero, Jr. M.D.
Michael A. Tijerina, FNP-C, Griselda Santillan, FNP-C
6999 McPherson Rd. Suite 220, Laredo, Texas 78041

Nombre _____ Fecha-de-Nacimiento _____ Hombre/Mujer _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.Postal _____

Información de Contacto: Casa: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

Preferencia de forma de avisos: Teléfono ___ Texto ___ E-mail ___ **Nombre De Su Medico** _____

Raza: _____ **Etnicidad:** _____ **Permiso de importar lista de medicamentos** Si ___ No ___

Estado Civil: Casado/Soltero/Divorciado/Viudo/Separado/Compañero Domestico _____

Idioma: Español/Ingles/Otro _____ **Farmacia preferida:** _____ (especificar)

Laboratorio preferido: _____

SEGURO-Presente Tarjeta(s)

Nombre de la persona asegurada _____

SS# _____ fecha de nacimiento _____

Seguro primario: _____ ID # _____ Group # _____

Seguro secundario: _____ ID # _____ Group # _____

AVISO DE PRIVACIDAD/PERMISO DE INFORMACION

He recibido el AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD de Gastroenterology Consultants of Laredo. **Autorizo liberación** de mi información medica protegida a la siguiente persona o personas.

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

ENFERMERA PROFESIONAL

Esta clínica cuenta con enfermeros profesionales para mejorar la atención médica a nuestros pacientes. Los enfermeros profesionales en esta clínica son **Michael A. Tijerina y Griselda Santillan**. Ellos están certificados como Enfermeros Profesionales por American Nurses Credentialing Corporation y tienen licencia para practicar como enfermeros avanzados por el Board of Nurse Practitioners del estado de Tejas. Ellos tienen varios años de entrenamiento especializado en gastroenterología con la Dra. Elsa Canales. Pueden consultar, hacer exámenes físicos, recetar medicamentos y referir a cualquier estudio, laboratorio o cualquier médico. **Usualmente ven a los pacientes después de los procedimientos.** Usualmente tienen citas disponibles al diario.

ASIGNACION Y LIBERACION

Autorizo a Gastroenterology Consultants of Laredo para liberar información obtenida durante el curso de mi examen y tratamiento al Health Care Financing Administration o cualquier otro portador para garantizar el pago debido a mi. Asigno el pago de dichos beneficios, incluyendo Medicare, directamente a Gastroenterology Consultants of Laredo. **Entiendo que soy responsable por todos los cargos si no tengo seguro, todos los co-pays, co-seguros, deducibles, y los cargos no cubiertos o negados por mi seguro. Entiendo que hay un cargo de \$25.00 por cada cita de clínica y \$50.00 por cada cita de procedimiento que no ACUDO O CANCELO dos (2) días antes.** Estoy de acuerdo en presentar información para reclamos, incluyendo de información de otros seguros, condiciones preexistentes y seguro anterior. Entiendo que las cuentas atrasadas pueden ser enviadas a una agencia de cobro (como SARMA) y que seré responsable de todos los costos asociados si esta acción debe ser necesaria. Estoy de acuerdo que esta autorización será valida hasta que hay cambio pro escrito o sustituido por uno de fecha nueva. Una fotocopia de esta asignación será considerada tan valida como original. He leído esta página en su totalidad y entiendo los términos del mismo, y doy mi autorización y reconocimiento como se indica.

Firma (paciente o persona responsable): _____ **Fecha:** _____

