



## PATIENT INFORMATION FORM / FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

DATE / FECHA \_\_\_\_\_

PATIENT NAME / NOMBRE \_\_\_\_\_ GENDER / GENERO \_\_\_\_\_

DOB / FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SS# - -

ADDRESS / DIRECCION \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_

CITY / CIUDAD \_\_\_\_\_ STATE / ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP / CODIGO \_\_\_\_\_

CELL # \_\_\_\_\_ HOME / CASA# \_\_\_\_\_

WORK / TRABAJO # \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

OCCUPATION / OCUPACION \_\_\_\_\_ MARITAL STATUS / ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

EMERG. CONTACT / CONTACTO DE EMERG.: \_\_\_\_\_ RELATION / RELACION \_\_\_\_\_

PHONE / TELEFONO # \_\_\_\_\_ OTHER / OTRO # \_\_\_\_\_

PRIMARY CARE PHYSICIAN / MEDICO PRIMARIO \_\_\_\_\_

ADDRESS / DIRECCION \_\_\_\_\_ PHONE / TELEFONO # \_\_\_\_\_

PHARMACY / FARMACIA \_\_\_\_\_

ADDRESS / DIRECCION \_\_\_\_\_ PHONE / TELEFONO # \_\_\_\_\_

PRIMARY INSURANCE / SEGURO PRIMARIO \_\_\_\_\_

POLICY / POLIZA # \_\_\_\_\_ EFFECTIVE DATE / FECHA DE VIGENCIA \_\_\_\_\_



## MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MEDICO

CURRENT MEDICATIONS / MEDICAMENTOS:  NONE / NINGUNA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLERGIES (MED, FOOD, OTHER) / ALERGIAS (MED, ALIMENTOS, OTRO):  NONE / NINGUNA

\_\_\_\_\_

ALCOHOL PER WEEK / POR SEMANA  0-5  5+ TOBACCO  CURRENT / CORIENTE  EX  NEVER / NUNCA

PRIOR SURGERIES OR INVASIVE PROCEDURES / CIRUGIA O INVASIVO PROCEDIMIENTOS:  NONE / NINGUNA

1. \_\_\_\_\_ (YEAR / ANO) \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ (YEAR / ANO) \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ (YEAR / ANO) \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ (YEAR / ANO) \_\_\_\_\_

### MAJOR MEDICAL PROBLEMS / PROBLEMAS MEDIOS PRINCIPALES

Gastrointestinal:

\_\_\_\_\_

Diabetes, Cholesterol, High Blood Pressure / Alto Pession:

\_\_\_\_\_

Neurological / Neurologico:

\_\_\_\_\_

Psychiatric / Psiquiatrico:

\_\_\_\_\_

Skin / Piel:

\_\_\_\_\_

Infectious / Infeccioso:

\_\_\_\_\_

Eyes, Ears, Nose, Throat / Ojos, Orejas, Nariz, Garganta:

\_\_\_\_\_

Heart / Coracon:

\_\_\_\_\_

Lungs / Pulmones:

\_\_\_\_\_

Kidneys / Rinones:

\_\_\_\_\_

Liver / Hgado:

\_\_\_\_\_

Joints , Bones / Articulaciones / Huesos:

\_\_\_\_\_

Blood / Sangre:

\_\_\_\_\_

Cancer:

\_\_\_\_\_

Other information / Otro informacion:

### FAMILY HISTORY OF MAJOR ILLNESS OR CANCER / HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD MAYOR O CÁNCER

ILLNESS / ENFERMEDA \_\_\_\_\_ (RELATION/RELACION) \_\_\_\_\_

ILLNESS / ENFERMEDA \_\_\_\_\_ (RELATION/RELACION) \_\_\_\_\_

ILLNESS / ENFERMEDA \_\_\_\_\_ (RELATION/RELACION) \_\_\_\_\_

## LEGAL NOTICES / AVISOS LEGALES

### 1. ASSIGNMENT OF BENEFITS / ASIGNACION DE BENEFICIOS

I hereby assign to Gastroenterology and Liver Associates of Riverdale, P.C., any insurance or other third-party benefits available for health care services provided to me. I understand that Gastroenterology and Liver Associates of Riverdale, P.C. has the right to refuse or accept assignment of such benefits. If these benefits are not assigned to Gastroenterology and Liver Associates of Riverdale, P.C., I agree to forward to Gastroenterology and Liver Associates of Riverdale, P.C. all health benefits and other third party payments that I receive for services rendered to me immediately upon receipt.

*Por la presente cedo con la Gastroenterología y el Hígado Entidades Colaboradoras del Riverdale, P.C. todos los seguros o otras ventajas de terceros disponible para los servicios de atención médica proporcionados a mí. Entiendo que Gastroenterología y el Hígado Entidades Colaboradoras del Riverdale, P.C. tiene el derecho de rechazar o salvo ASSIGNMENT de tales beneficios. Si estos beneficios no se ASIGNED con la Gastroenterología y el Hígado Entidades Colaboradoras del Riverdale, P.C., acepto remitir a Gastroenterología y el Hígado Entidades Colaboradoras del Riverdale, P.C. todos los beneficios de salud y otros pagos de terceros que recibo por servicios prestados a mí inmediatamente después de recibirla.*

SIGNATURE / FIRMA **X** \_\_\_\_\_ NAME / NOMBRE \_\_\_\_\_ DATE / FECHA \_\_\_\_\_

### 2. DISCLOSURES AND PRIVACY PRACTICES / REVELACIONES Y REGLA DE PRIVACIDAD

In general, the HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on uses and disclosures of their protected health information (PHI). The individual is also provided the right to request confidential communications or a communication of PHI be made by means such as sending correspondence to an address other than home.

The Privacy Rule generally requires healthcare providers to take reasonable steps to limit the use or disclosure of, and requests for PHI to the minimum necessary to accomplish the intended purpose. These provisions do not apply to uses or disclosures made pursuant to an authorization request by the individual. Uses and Disclosures for Gastroenterology and Liver Associates of Riverdale, P.C. may be permitted without prior consent in an emergency. Healthcare entities must keep records of PHI disclosures. Information provided below will constitute this record.

*En general, la regla de privacidad HIPAA da a pacientes el derecho de solicitar una restricción contra los usos y las revelaciones de su información de salud protegida. También el paciente tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o comunicaciones por un medio alternativo, como enviar la información al trabajo en vez de la casa.*

*La Regla de privacidad generalmente requiere que las personas que dan cuidado médico tomen medidas razonables para limitar el uso de información de salud, y petición de la información de salud protegida al mínimo necesario. Nota: Usos para información protegida puede ser permitido sin el consentimiento previo en una emergencia.*

I wish to be contacted in the following manner / Deseo ser puesto en contacto en la manera siguiente:

Please list who we may disclose information to / Indique a quién podemos divulgar información:

I hereby acknowledge that I have received a notice of Privacy Practices for Protected Health Information.

*Reconozco que he recibido un aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida.*

*For further information, please see / Para más información, ver: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers>*

SIGNATURE / FIRMA **X** \_\_\_\_\_ NAME / NOMBRE \_\_\_\_\_ DATE / FECHA \_\_\_\_\_

### 3. PAYMENT FOR PATHOLOGY SERVICES / EL PAGO DE LOS SERVICIOS DE PATOLOGÍA

Our pathologist(s) may not participate with all insurance plans. As a courtesy to our patients, we will accept all insurance payments to Dr. Levi by your plan as "payment in full". What this means to you: 1. If you receive a check from your insurance company, you must mail the check, along with the "Explanation of Benefits", to us. 2. Co-payments for Pathology services may still apply and will be billed to you. 3. Deductibles may still apply and will be billed to you. We will continue to work towards full participation in all plans by all of our doctors and are sorry for any confusion or inconvenience this may cause. I have read the above information and understand my responsibility.

*Nuestro(s) patólogo(s) no puede(n) participar con todos los planes de seguro. Sin embargo, como una cortesía a nuestros pacientes, aceptaremos todos los pagos de seguro al Dr. Levi por su plan como "pago completo". Lo que esto significa para usted: 1. Si recibe un cheque de su compañía de seguros, debe enviar el cheque, junto con la "Explicación de Beneficios", a nosotros. 2. Los copagos para los servicios de Patología pueden seguir aplicándose y se le facturarán. 3. Los deducibles pueden todavía aplicarse y le serán facturados. Continuaremos trabajando hacia la plena participación en todos los planes de todos nuestros médicos y lamentamos cualquier confusión o inconveniente que esto pueda causar. He leído la información anterior y entiendo mi responsabilidad.*

SIGNATURE / FIRMA **X** \_\_\_\_\_ NAME / NOMBRE \_\_\_\_\_ DATE / FECHA \_\_\_\_\_

### 4. TELEPHONE AND E-MAIL COMMUNICATION / TELEFONO Y COMUNICACION POR CORREO ELECTRONICO

I hereby permit Gastroenterology and Liver Associates to call, text and/or e-mail me regarding appointment information and reminders. I understand that the office will not share my contact information with any other entity and will not contact me regarding any advertising or marketing of unrelated services.

*Por la presente, permito a Gastroenterología y Liver Associates llamar, enviar mensajes de texto y/o enviarme un correo electrónico con información sobre citas y recordatorios. Entiendo que la oficina no compartirá mi información de contacto con ninguna otra entidad y no me contactaré con respecto a ninguna publicidad o mercadeo de servicios no relacionados.*

SIGNATURE / FIRMA **X** \_\_\_\_\_ NAME / NOMBRE \_\_\_\_\_ DATE / FECHA \_\_\_\_\_