



◆ STEVEN A. MECKSTROTH MD. ◆ KARINA HOOPER PA-C ◆ WILLIAM GONZALEZ PA-C ◆

Información del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Raza/Casta

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Blanco/Caucásico | <input type="radio"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico | <input type="radio"/> Desconocido |
| <input type="radio"/> Negro/ Afro-Americano | <input type="radio"/> Mixto | <input type="radio"/> Paciente se niega a proporcionar la información |
| <input type="radio"/> Asiático | <input type="radio"/> Otro | |
| <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | | |

Etnicidad

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Hispano o Latino | <input type="radio"/> No Hispano o Latino | <input type="radio"/> Paciente se niega a proporcionar la información |
|--|---|---|

Genero

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Otro |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|

Idioma de Preferencia

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Inglés | <input type="radio"/> Español | <input type="radio"/> Otro: _____ |
|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|

Forma de Contacto de Preferencia

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Cartas por Correo | <input type="radio"/> Teléfono Móvil | <input type="radio"/> Teléfono de Casa | <input type="radio"/> Otro: _____ |
|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|

Alergias

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias | <input type="radio"/> Paciente no tiene alergias a medicamentos | |
| <input type="radio"/> Sulfato de Codina | <input type="radio"/> Solfa (Antibióticos de Sulfonamida) | <input type="radio"/> Anestesia |
| <input type="radio"/> Penicilina | | <input type="radio"/> Otro _____ |



Lista de Medicamentos

Ninguno

Nombre	Dosis	Frecuencia

Lista de Vacunas

Ninguno

Hep A, adulto

Hep B, adulto

Pruebas Diagnósticas o Estudios

Ninguno

Lista de Condiciones Médicas Pasadas o Presentes

Ninguna

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Trastorno de Tiroides | <input type="radio"/> Colitis | <input type="radio"/> Cáncer de Colon | <input type="radio"/> Pólipos del Colon |
| <input type="radio"/> Enfermedad de Chrons | <input type="radio"/> Cirrosis | <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Diverticulitis | <input type="radio"/> Divertículos |
| <input type="radio"/> Úlcera Duodenal | <input type="radio"/> Pancreatitis | <input type="radio"/> Cálculos Biliares | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Hepatitis B |
| <input type="radio"/> Hepatitis C | <input type="radio"/> Hígado Graso | <input type="radio"/> IBS | <input type="radio"/> Intolerancia a la Lactosa | <input type="radio"/> Piedras en los Riñones |
| <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Hernia Hiatal | <input type="radio"/> Colitis Ulcerosa | <input type="radio"/> Cáncer a la Piel | <input type="radio"/> Asma |
| <input type="radio"/> Dolor de Espalda (Crónico) | <input type="radio"/> Úlceras Estomacales | <input type="radio"/> Ataque Cerebrovascular | <input type="radio"/> Enfermedad Pulmonar Crónica | <input type="radio"/> Fibrilación auricular |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Cáncer de Mama | <input type="radio"/> Hipotensión | <input type="radio"/> Lupus | <input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca congestiva |
| <input type="radio"/> Ataque al Corazón | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Colesterol Alto | <input type="radio"/> Gota |
| <input type="radio"/> Historia de Intento de Suicidio | <input type="radio"/> Soplos Cardíaco | <input type="radio"/> Enfermedad Renal Crónica | <input type="radio"/> Insuficiencia Renal | <input type="radio"/> Triglicéridos Altos |
| <input type="radio"/> Migrañas | <input type="radio"/> Latido Irregular del Corazón | <input type="radio"/> Parálisis | <input type="radio"/> Parkinson | <input type="radio"/> TB exposición |
| <input type="radio"/> Fiebre Reumática | <input type="radio"/> Osteoartritis | <input type="radio"/> Convulsiones | <input type="radio"/> Cáncer Uterino | <input type="radio"/> Neumonía |
| <input type="radio"/> Artritis Reumatoide | <input type="radio"/> Artritis Reumatoide | | | <input type="radio"/> Apnea del Sueño |
| | | | | <input type="radio"/> Otro: _____ |



Procedimientos Anteriores

- Ninguno
- Colonoscopia
- Colectistectomía
- Amigdalotomía
- Aumento de Senos
- Endoscopia
- Histerectomía
- Marcapasos
- Biopsia Hepática
- Adenoidectomía
- Cirugía de articulaciones
- Nefrectomía
- Hemorroidectomía
- Cesárea
- Prostatectomía
- Bypass gástrico
- Cirugía de bypass de la arteria coronaria
- Cirugía cardíaca
- Tiroidectomía
- Banda gástrica

Historial Social

Cantidad de Hijos: _____ Ocupación: _____

Consumo de Alcohol

Ninguno

Tipo	Cantidad	Numero	Frecuencia

Consumo de Cigarrillos/Tabaco

Ninguno

- Fumador, todos los días
- Fumador, estado actual desconocido
- Fumador, ocasional
- Desconocido si alguna vez ha fumado
- Ex Fumador
- Nunca ha fumado

Consumo de Drogas

Ninguno

Tipo	Cantidad	Numero	Frecuencia
<input type="radio"/> Narcóticos			
<input type="radio"/> Otro			

Ejercicios Físicos

Ninguno

- Camino
- Levanto Pesas
- Corro
- Natación
- Ciclismo
- Aeróbicos
- Golf
- Tenis



Historial Médico Familiar

No se tiene conocimiento de historial familiar

No historial familiar de:

Cáncer de Colon

Pólipos de Colon

Diagnostico										
	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo	Abuela	Abuelo	Otras	Desconocido
Cáncer de Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pólipos de Colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis Ulcerosa, no especificada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Crohns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Esófago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas en la Vesícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas al Corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Hígado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad Hepática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de Estomago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ulceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Síndrome del Intestino Irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Revisión de Sistemas

Alérgico / inmunológico

Ninguno Si No

Exposición al VIH

Infecciones persistentes

Fuertes reacciones alérgicas o urticarias

Cardiovascular

Ninguno Si No

Dolor de pecho

Disnea, cuando se ejercita

Latido del corazón irregular

Ortopnea

Palpitaciones

Edema periférico

Síncope

Constitucional

Ninguno Si No

Fatiga

Fiebre

Pérdida de apetito

Malestar

Sudores

Aumento de peso

Pérdida de peso

ENMT

Ninguno Si No

Dificultad para tragar

Mareos

Dolor de oído

Obstrucción nasal

Sangramiento nasal

Dolor de garganta

Pérdida de la audición

Endocrino

Ninguno Si No

Sed excesiva

Pérdida de cabello

Intolerancia al calor

Ojos

Ninguno Si No

Visión doble

Pérdida de visión

Fotofobia

Gastrointestinal

Ninguno Si No

Hinchazón abdominal

Cambio en los hábitos intestinales.

Estreñimiento

Diarrea

Gas

Acidez

Ictericia

Náusea

Sangrado rectal

Calambres estomacales

Vómitos

Dificultad para tragar

Dispepsia

Dolor abdominal, superior

Dolor abdominal inferior

Dolor ano rectal

Eructos

Heces negras

Hinchazón

Intolerancia a los lácteos

Hemorroides

Mucosidad en las heces

Dolor al defecar

Urgencia rectal

Reflujo

Incontinencia fecal

Pérdida de peso de menos de 10 libras.

Pérdida de peso de más de 10 libras.

Aumento de peso menos de 10 libras.

Aumento de peso de más de 10 libras.

Genitourinario

Ninguno Si No

Orina oscura

Disminución del flujo de orina.

Disuria

Infecciones urinarias frecuentes

Micción frecuente

Hematuria

Nocturia

Secreción uretral o incontinencia

Hematológico / Linfático

Ninguno Si No

Sangrado de encías o ganglios linfáticos palpables

Moretones con facilidad

Sangrado prolongado

Integumentario

Ninguno Si No

Alergias

Resequedad

Urticaria

Comezón

Ictericia

Lesiones

Erupciones

Musculo Esquelético

Ninguno Si No

Artritis

Dolor de espalda

Gota

Dolor en las articulaciones

Debilidad muscular

Rigidez

Neurológico

Ninguno Si No

Mareo

Desmayo

Dolores de cabeza frecuentes

Migraña

Entumecimiento u hormigueo

Convulsiones

Temblores

Vértigo

Pérdida de memoria

Psiquiátrico

Ninguno Si No

Ansiedad

Depresión

Dificultad para dormir

Alucinaciones

Nerviosismo

Ataques de pánico

Paranoia

Respiratorio

Ninguno Si No

Asma

Disnea

Espujo excesivo

Tos con sangre

Falta de aliento con ejercicio

Sibilancias



Datos Demográficos del Paciente

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: M F Estado Civil: C S V D

Dirección: _____
Ciudad Estado Zip

Dirección del Norte (si alguna): _____
Ciudad Estado Zip

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Otro Teléfono: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

NO COMPLETAR ESTA SECCION SI YA HA SIDO VERIFICADO EN CHECK-IN

Doctor Remitente: _____ Teléfono: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono o Dirección: _____

Seguro Médico Primario: _____ Numero de Miembro: _____

Nombre & Fecha de Nacimiento del dueño de la póliza (SOLO si NO es el paciente): _____

Seguro Médico Secundario: _____ Numero de Miembro: _____

Nombre & Fecha de Nacimiento del dueño de la póliza (SOLO si NO es el paciente): _____



POLICAS CON RESPECTO A SEGUROS MEDICOS

En un área de diferentes pólizas de seguros, el personal de nuestra oficina no puede conocer los términos de cada póliza individual. Revise el folleto de su plan o consulte con su representante de seguros para asegurarse que los servicios de Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. estén cubiertos por su póliza.

Es su responsabilidad saber si su visita, procedimiento o otros exámenes en la oficina deberían ser pre-autorizadas por su compañía de seguros.

Es su responsabilidad saber si participamos con su compañía de seguros o si tendrá que usar sus beneficios fuera de la red (si hay alguno disponible). Esto SOLO se aplica a las POLÍTICAS DE REEMPLAZO DE MEDICARE).

Si su plan de seguro se termina después de que hayamos verificado la elegibilidad o si su empleador cancela su cobertura de manera retroactiva, usted será responsable del saldo.

Al poner mis iniciales, reconozco y acepto todos los términos y condiciones para las políticas descritas anteriormente. _____

Iniciales

PAGOS & BALANCES

A menos que un previo arreglo de pago haya sido aprobado por nosotros por escrito, el balance debe ser pagado cuando los servicios sean prestados. Si los servicios no son pagados dentro de treinta días de haber sido prestados, se aplicara un cargo de penalidad por demora. Su responsabilidad será pagar la cantidad que aparece en su estado de cuenta en la sección que dice "Pay this amount" (Pague esta cantidad).

Nos reservamos el derecho de imponer cargos adicionales en que incurramos al hacer diligencias para cobro o colección de dinero. Para su conveniencia, aceptamos la mayoría de las tarjetas VISA, MasterCard, Discovery así como también tarjetas de débito y cheques personales. Hay una penalidad de \$15.00 (quince) por cualquier cheque devuelto o no pagado por su banco.

De ser necesario, podríamos ofrecerle un plan de pago a plazos para su conveniencia. Mediante este documento usted nos autoriza a reportar su estado de cuenta con nosotros a cualquier agencia de colección o crédito si la cantidad acordada en el pago a plazos no es pagada cada mes. Usted entiende que si su cuenta es sometida a un abogado o agencia de colecciones o resulta en un litigio en corte, el hecho de que usted haya recibido servicios médicos en nuestra oficina puede llegar a convertirse en asunto de record público. De igual manera, el incumplimiento de pagos puede comprometer la continuidad en la prestación de servicios médicos a usted por parte de Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A.

Al poner mis iniciales, reconozco y acepto todos los términos y condiciones para las políticas descritas anteriormente. _____

Iniciales

CITAS MÉDICAS

Si usted no puede asistir a su cita, por favor avísenos con 24 horas de anticipación. De no hacerlo, se le podría aplicar una penalidad de \$60.00 (sesenta). Su seguro no cubrirá esta penalidad y usted será responsable.

Al poner mis iniciales, reconozco y acepto todos los términos y condiciones para las políticas descritas anteriormente. _____

Iniciales

EXPEDIENTES MEDICOS:

La transferencia de expedientes médicos debe ser solicitada por escrito junto con un formulario de consentimiento que nos autoriza a divulgar o a obtener su información médica.

Usted entiende y está de acuerdo con todos los términos y condiciones contenidas en este documento y este acuerdo se hará efectivo en la fecha indicada abajo.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CONFORME LA LEY HIPAA

Con mi consentimiento, Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. (“la práctica”) puede utilizar y revelar o compartir mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en ingles), con el propósito de llevar a cabo tratamiento, cobros/pagos y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud (TPO, por sus siglas en ingles). **SOLO familiares o amistades que yo (el paciente) liste en este consentimiento. Este consentimiento no se aplica para doctores que deseen discutir mi tratamiento.**

Tengo el derecho de revisar la declaración sobre las prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. La práctica se reserva el derecho de revisar su declaración de prácticas de privacidad en cualquier momento. Una copia de la declaración de prácticas de privacidad puede ser obtenida al pedirlo por escrito a la práctica, enviando dicha petición a la dirección listada en este formulario.

Con mi consentimiento, la práctica puede llamar a mi casa u otra localidad designada, y dejar un mensaje de voz con respecto a cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo gestiones TPO, tales como recordatorios de citas, artículos relacionados a seguros de salud y cualquier llamada relacionada a mi cuidado clínico, incluyendo resultados de laboratorio, entre otros. Con mi consentimiento, la práctica puede enviar a mi casa o cualquier otra localidad designada, ya sea por correo regular o vía correo electrónico, cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo gestiones TPO, tales como recordatorios de citas, estados de cuenta y otros.

Yo tengo el derecho de pedirle a la práctica que restrinja el modo en que utiliza mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en Ingles) para llevar a cabo gestiones TPO (tratamientos, pagos/cobros y gestiones relacionadas al cuidado de mi salud). No obstante, la práctica no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones impuestas por mí, pero si lo estuviese, estará sujeta a este acuerdo.

Al firmar este documento, yo consiento al uso y revelación de mi información de salud protegida, por parte de la práctica, para llevar a cabo gestiones TPO. Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la situación en que la práctica ya haya revelado o compartido mi información, basándose en mi consentimiento previo. Si decido no firmar esta hoja de consentimiento, la práctica tiene el derecho de negarse a tratarme.

Yo (el paciente), entiendo que si NO autorizo a nadie a tener acceso a mis expedientes médicos, la práctica legalmente NO estará obligada a entregar ningún tipo de información protegida a nadie, excepto a mí (el paciente)

Deseo permitir el acceso a mis expedientes médicos a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre	Relacion
Nombre	Relacion
Nombre	Relacion
Nombre	Relacion

NO deseo permitir el acceso o divulgación de mis expedientes médicos a nadie, excepto a mí (el paciente).

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____



◆ STEVEN A. MECKSTROTH MD. ◆ KARINA HOOPER PA-C ◆ WILLIAM GONZALEZ PA-C ◆

**MEDICAL RECORDS RELEASE FORM/ FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
(ENG/SPA FORM)**

Authorization of disclosure of protected health information by another covered entity for use by Gastroenterology Specialists of Southwest Florida, P.A. **Autorización de divulgación de información de salud protegida por otra entidad cubierta para uso de Especialistas en Gastroenterología del Suroeste de Florida, P.A.**

REQUESTING TO/ SOLICITANDO A:

Physician's Name/ **Doctor:** _____

Phone/ **Telefono:** _____ Fax: _____

Address/ **Direccion:** _____

I authorize the following medical records to be released/ **Autorizo la divulgación de los siguientes registros médicos:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Office Visits/ Visitas en la Oficina | <input type="checkbox"/> Surgical Reports/ Reportes Quirúrgicos |
| <input type="checkbox"/> Lab Results/ Resultados de Laboratorios | <input type="checkbox"/> Pathology Reports/ Reportes Patológicos |
| <input type="checkbox"/> Radiology Reports/ Reportes Radiológicos | <input type="checkbox"/> EGD/Colonoscopy Reports/ Reportes de Endoscopia y/o Colonoscopia. |

This authorization shall be in effect for one year. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by sending written notification to the privacy officer at 1656 Medical Blvd. Suite 301 Naples, FL 34110. **Esta autorización tendrá vigencia por un año. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito al oficial de privacidad en 1656 Medical Blvd. Suite 301 Nápoles, FL 34110.**

I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state laws. **Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por las leyes federales o estatales.**

I understand that I have the right to refuse to sign this authorization.
Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización.

Please fax to **239-593-6202 (preferred)**
or mail to **1656 Medical Blvd Suite 301, Naples FL 34110**

Patient's Name/ **Nombre del Paciente:** _____ **DOB/ Fecha de Nacimiento:** _____

Signature/ **Firma:** _____ **Date/ Fecha:** _____