

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	Email:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Celular#	Casa#	Trabajo#	
Tipo de Celular: <input type="checkbox"/> iPhone <input type="checkbox"/> Android <input type="checkbox"/> Teléfono No-Inteligente <input type="checkbox"/> Otro		Social Security #	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro _____			
Referido por: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Nuestro Website <input type="checkbox"/> Internet/Google <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram <input type="checkbox"/> _____			

DOCTOR PRIMARIO

FARMACIA

Nombre del Doctor:	Nombre de la Farmacia:
Teléfono:	Teléfono:
Dirección:	Dirección:

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:
Número de Casa#	Número de Celular#

HIPPA

Apunte los miembros de su familia u otras personas, en su casa, a los que podrán informar sobre su condición médica y su diagnóstico (incluyendo el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud).

Nombre:	Nombre:
Relación:	Relación:
Teléfono #	Teléfono #

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro Primario:	Seguro Secundario:		
Número de ID del Seguro#	Número de ID del Seguro#		
Nombre del asegurado:	Nombre del asegurado:		
Relación:	Fecha de nacimiento / /	Relación:	Fecha de nacimiento / /

1) Yo, el firmante, autorizo NJ Gastro LLC, para suministrar los tratamientos que se consideren necesarias, ya sea en persona o virtualmente a través de telediagnóstico. He leído y entiendo la historia del paciente y certifico que toda la información es correcta. Acepto la responsabilidad por cualquier cantidad no pagada por mi seguro.

2) Autorizo NJ Gastro LLC, para liberar mi información médica a las personas mencionadas anteriormente.

3) Se me ha informado que la Dr. Barritta y el Dr. Weiss son dueños de propiedad del Centro Quirúrgico Ironbound Endo Surgical Center.

4) He leído y entendido la información que se me proporcionó por NJ Gastro LLC, con respecto a la cuenta del paciente de los derechos y responsabilidades.

5) Entiendo y acepto que, si no hago ninguno de los pagos en el tiempo indicado, seré responsable de todos los costos de cobrar el dinero adeudado a Ironbound Endo Surgical Center PC, NJ Gastro LLC, incluidos los honorarios de la agencia de Colecciones, costos judiciales y costos legales. La tarifa de cobro de la agencia de Colecciones es el 40% deberá pagarse 30 días después de la fecha de vencimiento del pago. Si no se realiza un pago dentro de los 60 días desde el momento del servicio, se cargará a la tarjeta de crédito registrada.

FIRMA _____

FECHA _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

PATIENT'S NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

SOCIAL SECURITY #: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST _____ TO PROVIDE
MY MEDICAL RECORDS TO NJ GASTRO, LLC/ DR. DOMENICA BARRITTA FOR THE PURPOSES OF CONTINUED
MEDICAL CARE.

PHONE _____ FAX _____

THE FOLLOWING MEDICAL RECORDS BEING REQUESTED ARE:

- Endoscopy reports with pathology/biopsy
- Colonoscopy reports with pathology/biopsy
- Labs
 - Bloodwork
 - Stool Studies
 - Urinalysis
 - Other: _____
- Other records: _____

- Radiology
- CT Scan _____
- Ultrasound _____
- MRI _____
- Other: _____

PATIENT'S SIGNATURE

DATE