Fecha de la Cita: _____ *Hora de la cita:* _____

NORTH COUNTY GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP, INC.

3923 Waring Road, Suite A • Oceanside, CA 92056-4499
(760) 724-8782 • Fax (760) 842-7801
www.ncgastro.com

Hellen Chiao, MD
Christopher E. Devereaux, MD
Thomas C. Krol, MD
Megan E. Novo, MD
Javaid A. Shad, MD, MBA
Michael Shim, MD
M. Eric Viernes, MD
Sara I. Andolina, NP-C
Eva J. Skulsky, PA-C, MPAS

Esta cita es para una consulta, no para un procedimiento. Por favor traiga estas formas a su cita.

Formulario de Información

Bienvenido a la oficina de Gastroenterología. Estamos ubicados cerca del hospital Tri-City Medical Center en Oceanside, CA. Puede llamarnos al número indicado arriba si necesita direcciones en detalle.

Nuestros horarios de citas son muy limitados. Con nuestro atraso de pacientes que necesitan citas creemos que no es justo para otros pacientes cuando el tiempo de una cita no se utiliza.

Por favor lea y rellene los formularios adjuntos. Es muy importante que se completen y los traiga el día de su cita.

1. **HISTORIAL MEDICO**
2. **LISTA DE MEDICAMENTOS Y ALERGIAS** (En la lista de medicamentos, escriba el nombre del medicamento, la dosis/ fuerza y como está tomando el medicamento. Por favor incluya vitaminas o suplementos dietéticos que esté tomando. Escriba el tipo de reacción alérgica que usted tiene a un medicamento, i.e. erupción, picazón, hinchazón, etc.)
3. **FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE**
4. **FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Antes de hacer el viaje a la oficina, recuerde lo siguiente:

1. Necesitamos que traiga sus formularios completos que están anotados arriba.
2. Para fines de escaneo y seguridad, necesitamos su tarjeta(s) de seguro médico y tarjeta de identificación. Este preparado(a) para pagar cualquier co-pago (co-pay) de seguro médico.
3. Por favor llegue a la oficina 15 minutos antes de su cita para completar el proceso de registro.
4. Si llega tarde (después del horario de su cita), su cita puede ser reprogramada.

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: Como una cortesía a usted y por cualquier contrato contractual con su seguro médico, representaremos reclamaciones a su seguro médico primario y secundario solamente. Siempre que nos haya proporcionado toda la información necesaria (i.e. Tarjetas de seguro médico que estén al corriente y dirección de envió) Si tiene más de dos seguros médicos, usted sería responsable de enviar las reclamaciones necesarias a su tercer seguro médico.

Co-pagos (co-pays) **se cobran por cada cita al registrarse con la recepcionista.** Co-pagos (co-pays) son coleccionados por cada cita durante el proceso de registro. Aceptamos efectivo, cheques o tarjetas de débito/crédito. (Por favor tenga en cuenta que no podemos hacer cambio de billetes de $100).

Por favor tenga en cuenta que tenemos un cargo de $25 por cheques que son devueltos del banco.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Por favor refiérase a "Formulario de Responsabilidad Financiera".

North County Gastroenterology Medical Group, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen, nacional, edad, discapacidad, o sexo.

INFORMACION DEL PACIENTE
BIENVENIDOS A NORTH COUNTY GASTROENTEROLOGY

Por favor utilicé tinta negra

Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Acct. #_____

Sexo: M: _____ F: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Circule Uno: Apt. Unit Space #_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono de Casa:( )_____ Celular:( )_____ Correo Elec.:_____

Numero de contacto de preferencia: ***(circule uno):*** Casa Celular Trabajo

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)
☐ Separado(a) ☐ Compañero de vida ☐ Separado(a) Legal

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino
☐ No-Hispano/Latino
☐ Se Niega a Denunciar

Raza: ☐ Blanco/Americano ☐ Negro/Afro Americano ☐ Asiático
☐ Nativo Hawaiano/otro Isleño Pacifico ☐ Desconocido
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Se Niega a Denunciar

Empleador: _____ Domicilio: _____

Ocupación: _____ Número de Tel. de Trabajo: ( ) _____

De Seguro Social: _____ # De Licencia de Conducir: _____ Estado: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ # de Tel.: ( ) _____

Médico de Cabecera? : _____ ***Quien lo refirió a nuestra oficina?*** : _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO: Como una cortesía mandaremos la factura a su seguro médico primario y secundario si usted nos provee con la información necesaria (tal como tarjetas y domicilio de seguro médico). Co-pagos (co-pays) son coleccionados cada visita durante el proceso de registro. **TENEMOS UN CARGO DE $25 POR CHEQUES QUE SON DEVUELTOS DEL BANCO.**

	PRIMARIO	SECUNDARIO
Nombre de Seguro Médico:	_____	_____
Domicilio de Reclamos:	_____	_____
Nombre del Titular de la Póliza:	_____	_____
Fecha de Nacimiento del Titular:	_____	_____
# de ID del Titular:	_____	_____
# de Grupo:	_____	_____

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: X_____

Por razones de facturación, requerimos que este formulario sea completado. Nos reservamos el derecho de reprogramar cualquier cita debido a formas incompletas o tardanzas. Por favor háganos saber dentro de 48 horas si usted no puede mantener la cita.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Los médicos de North County Gastroenterolgy Medical Group, Inc. Requieren que este formulario este firmado por nuestros pacientes. Apreciamos su cooperación.

Si tiene alguna pregunta, por favor pregúntele a la recepcionista.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA (3 Escenarios):

1. Si no tengo seguro médico entiendo que yo seré responsable de pagar las tarifas por cualquier servicio médico que reciba de North County Gastroenterology Medical Group, Inc.

O

2. Si tengo seguro médico de HMO, cobertura de un programa de Estado o programa financiado por el gobierno federal con el cual este contratado con nuestra oficina. Estoy de acuerdo que yo seré responsable por cualquier cargo incurrido si yo no les presento mi información más corriente o correcta de seguro médico al tiempo de mis servicios.

O

3. Si tengo seguro médico entiendo que yo seré responsable de pagar deducibles, coaseguro o copagos que mi cobertura determine. Estoy de acuerdo que yo les presentare mi información más corriente de mi seguro médico o con la tarjeta medica más corriente cuando tenga servicios en la oficina.

He leído y acepto los términos anteriores que aplican a mí.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: X_____

AUTORIZACION PARA LIBERAR O OBTENER INFORMACION:

- Autorizo a North County Gastroenterology Medical Group, Inc. Que liberen o obtengan información de mi expediente médico adquirido en el curso de mi examinación o tratamiento, o de o para mi compañía de seguro médico, o a otros médicos requeridos para participar en mi cuidado o con el propósito de procesar mi reclamo (cobro) medico.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: X_____

AUTORIZACION PARA PAGAR LOS BENEFICIOS AL MEDICO:

- Autorizo que los servicios médicos que fueron proveídos sean pagados directamente a los médicos de North County Gastroeneterology Medical Group, Inc.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: X_____

AUTORIZACION PARA DEJAR INFORMACION MÉDICA:

- Es nuestra póliza de dejar información médica, como resultados normales de prueba de sangre o de biopsia/s en su máquina de mensaje o con alguien en su hogar. Al firmar abajo, estoy de acuerdo con esta póliza, si no está de acuerdo con la póliza hable con la recepcionista.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: X_____

Hacia abajo: Se firmara a la hora de su cita.

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR LA POLIZA DE PRIVACIDAD:

Yo reconozco que he recibido una copia de la póliza de privacidad de North County Gastroenterology Medical Group, Inc.

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIAN LEGAL: X_____ Fecha: _____

NORTH COUNTY GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP, INC.
TRI-CITY GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP, INC.

3923 Waring Road, Suite A ◆ Oceanside, CA 92056-4499
Phone (760) 724–8782 ◆ FAX (760) 842-7801
www.ncgastro.com

Nombre del Paciente: _____ **Médico de Cabecera:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Medico Referente:** _____

El motivo de su consulta: _____

Comentarios del Medico (HPI):

Tiene un marcapasos o desfibrilador? (Si indica si, necesitamos una copia de su tarjeta) ___ **si** ___ **no**
Está tomando anticoagulantes? Aspirina, Plavix, Coumadin, etc. ___ **si** ___ **no**

Alguna vez ha visto a un especialista del estómago, colon eh hígado: (Gastroenterólogo)? ___ **si** ___ **no**
Si indica que si, quien fue el Medico: _____

Ha tenido alguno de los siguientes exámenes?	**SI**	**NO**
Colonoscopia o Sigmoidoscopia		
Endoscopia (EGD)		
Estudio Tomo gráfico del abdomen		
Examen radiográfico del estómago (upper GI)		
Ultrasonido de la vesícula biliar		

Alguna vez ha tenido uno de los problemas médicos?	**SI**	**NO**
Pólipos en el Colon		
Cancer en el Colon		
Colitis		
Diverticulitis		
Ulcera		
Problemas del hígado		
Calculo Biliar		
Pancreatitis		

Está experimentando uno de los siguientes problemas?	**SI**	**NO**
Dolor abdominal		
Agruras/ Acidez		
Distención Abdominal		
Nausea		
Vomito		
Dificultad pasando comida/líquidos, Comida estancada		
Cambio en los hábitos intestinales		
Estreñimiento: Excremento duro		
Estreñimiento: Excremento infrecuente		
Diarrea		
Excremento negro		
Hemorragia rectal		
Amarillento en la piel o ojos (Jaundice)		
Perdida de peso (involuntario)		
Leche causa gas		
Leche causa diarrea		
El trigo causa problemas digestivos		

Continué con el otro lado/próxima pagina

REVISION DE SISTEMAS: Favor de circular todos los problemas que está teniendo:

ALLERGIA/INMUNOLOGICO	Infecciones persistentes	Reacciones alérgicas
CARDIOVASCULAR	Dolor de pecho	Disnea con ejercicio
CONSTITUCIONAL	Cansancio	Fiebres
OREJA/NARIZ/BOCA/GARGANTA	Sangramiento por la nariz	Dolor de garganta
ENDOCRINO	Intolerancia al frio	Intolerancia al calor
OJOS	Vision doble	Perdida de vision
GENITOURINARIO	Disuria	Hematuria
HEMATOLOGICO	Moretones con facilidad	Sangrado prolongado
PIEL	Amarillento en la piel (Jaundice)	Erupción
MUSCULOESQUELETICO	Artralgia	Debilidad muscular
NEUROLOGICO	Dolores de cabeza frecuentes	Convulsiones
PSIQUIATRICO	Ansiedad	Depresión
RESPIRATORIO	Asma	Tos

LISTA DE TODOS LOS PROBLEMAS MEDICOS PASADOS Y AL PRESENTE

FECHA	PROBLEMAS MEDICOS

LISTA DE CIRUGIAS

FECHA	CIRUGIAS

HISTORIA FAMILIAR

Cuantos parientes tuvieron alguna de las siguientes enfermedades? Indique <u>Relación</u> y <u>Edad</u> al tiempo de diagnostico	**SI**	**NO**
Cancer de Esófago		
Cancer de Estomago		
Cancer de Colon		
Pólipos en el Colon		
Colitis Ulcerativo		
Enfermedad de Crohn		
Otros Canceres		

HISTORIA SOCIAL

Cuanto alcohol bebe?

_____ por día o

_____ por semana

Usa Tabaco? _____**SI** _____**NO**
Cuánto? _____ paquetes por día
Por cuanto tiempo a usado? _____ años
Si ya no usa, cuando paro? _____

Drogas recreativas o marijuana?
_____SI _____ NO

Estado civil: S C D V

Profesión corriente o anterior:

Cafeína:

_____ tazas por día

NORTH COUNTY GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP, INC.
LISTA DE MEDICAMENTO(S) Y ALERGIA(S)

Nombre del Paciente: _____

Su Farmacia: _____ **Domicilio de su Farmacia**: _____

Numero de su Farmacia: _____

Tiene un marcapasos o desfibrilador? _____ Si indica Si, por favor traiga su tarjeta a su cita.

Es muy importante que llene esta forma y la traiga el día de su cita.

Anote el nombre, fuerza/dosis, y que tan seguido toma todos los medicamentos. Incluya hormonas, vitaminas, suplementos dietéticos, laxantes, hierbas, aspirina, etc.

Medicamento	Dosis/ Fuerza (ejemplo: mg)	Cuáles son las instrucciones en la receta/ botella?
Por favor use el otro lado si es necesario.		

LA LEY ESTATAL EXIGE QUE ANOTE SUS ALERGIAS Y EL TIPO DE REACCION QUE LE CAUSA

Por favor anote sus ALERGIAS: Medicamento, comida, o otras cosas (i.e. látex)	**Qué clase de reacción le causa?**
Por favor use el otro lado si es necesario.	

El motivo de su consulta? : _____

_____

North County Gastroenterology Medical Group, Inc.
Tri-City Gastroenterology Medical Group, Inc.

3923 Waring Road, Suite A • Oceanside, CA 92056-4497
Tel (760) 724-8782 • Fax (760) 842-7801

HELLEN CHIAO, M.D.

THOMAS C. KROL, M.D., F.A.C.P.

JAVAID A. SHAD, M.D.

M. ERIC VIERNES, M.D.

EVA J. SKULSKY, PA-C., M.P.A.S.

CHRISTOPHER E. DEVEREAUX, M.D.

MEGAN E. NOVO, M.D.

MICHAEL SHIM, M.D.

SARA I. ANDOLINA, NP-C.

RECORD RELEASE FORM

NAME OF PATIENT: _____

DATE OF BIRTH: (Month) _____ /(Day) _____ /(Year) _____

I hereby authorize:

_____

_____

_____

To release to NORTH COUNTY GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP, INC. my personal medical records, particularly: laboratory reports, x-ray reports, operative reports, consultations, history and physicals, and discharge summaries.

I understand that these records may contain information that is protected under federal regulations, including information related to the testing and treatment of the following: substance abuse or dependency, mental health or psychiatric conditions, and infectious diseases. These records will not be re-disclosed without my specific authorization. This medical information will be used for my medical care, evaluation and treatment.

This authorization will expire automatically in six months from the date executed.

SIGNATURE: _____ DATE: _____/_____/_____

WITNESS: _____ DATE: _____/_____/_____

072023

Patient Portal:

We have an interactive online portal designed specifically for you, our valued patient.

Start

- Take an active role in your healthcare.
- Create a username and password today.

Benefits

With the Portal you can…

- Request appointments.
- Check your results.
- Send a message to our office.
- Update your personal medical records.
- Log on 24/7 access from anywhere.

To Register…

1. You will receive an invitation email from our office with a link and unique ID that will take you through the registration process.
2. Click on the link in the invitation email to create a user ID and password.
3. Once registered, complete your medical, family and social history.
4. Click send to submit your information directly to our office.

How to…

Send a message to my Doctor's office?

- Click on the message tab.
- Click "new" and compose your message.
- Remember to hit send.

Receive messages through Patient Portal?

- You will receive a notification email when you have a message waiting in the portal.
- Log into your patient portal.
- Click on the message tab.
- Click on "new messages" to view your messages.

Update my personal information?

- Click on Health Summary, then click on update.
- Change the information you want.
- Click on "send" to submit changes.

Reset my password?

- Click on My Account/Change Password.
- Enter username, DOB and registered email address.

Questions…

- **Q:** Can I schedule my appointment online through Patient Portal? **A:** You may send a request to schedule your appointment and a staff member will contact you.
- **Q:** Does Patient Portal allow me to send a message directly to my physician's office? **A:** Yes, you may send a message directly to our office through Patient Portal. We will make sure your message reaches the correct staff member so that your question is answered.
- **Q:** What do I do if my account is locked due to too many failed log-in attempts? **A:** Click on "change password" tab and follow the instructions to create a new password.