



Advanced Gastroenterology & Hepatology Associates
A Member of Santé Foundation Medical Group and Part of Santé Health Foundation

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo postal)

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino _____ Femenino _____ Teléfono: _____

No. Seguro Social: _____ No. Trabajo: _____ No. Celular: _____

Pariente más cercano (relacion): _____ No. Teléfono: _____

Doctor de Cabezera: _____ No. Teléfono: _____

Empleador del Paciente: _____ No. Teléfono: _____

Nombre de Pareja: _____

INFORMACION DEL ASEGURADO

Apellido: _____ Nombre: _____ I: _____

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo postal)

No. telefono: _____ Ocupacion: _____

Nombre del Empleado: _____ No. Teléfono _____

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo postal)

No. Seguro Social: _____ Relacion al Paciente: _____

¿Como se entero de nuestra oficina? : _____

Divulgacion: Dr. Jayanta Choudhury, Dr. Muhammad Sheikh y Dr. Mandeep Singh, Tienen un interés financiero en el citio de Herndon Surgical Center.

Cláusula de seguros: Yo entiendo que si esta o cualquier otra visita precede a la fecha de entrada en vigor de mi seguro, o no está cubierto por mi seguro, voy a ser responsable de todos los gastos incurridos como resultado de ésta y todas las visitas posteriores.

Consentimiento de tratamiento: Doy el consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico para el Dr Jayanta Choudhury, Dr. Muhammad Sheikh y Dr. Mandeep Singh y asociados para cuidar de mí o estoy debidamente autorizado por el paciente como su agente general de dar su consentimiento para dicho tratamiento.

La asignación de beneficios y pagos: Por la presente autorizo el pago directamente a Santé Foundation Medical Group de cualquier tratamiento médico o quirúrgico para mí las prestaciones pagaderas en virtud de las condiciones de mi póliza de servicios prestados.

La liberación de información: Doy consentimiento para liberar a personas autorizadas de información médica y financiera respecto a la atención y el tratamiento y los cargos, por lo tanto, pueden ser necesarios para completar todos los reclamos de beneficios.

(Firma)

(Fecha)

7102 N. Fresno St. #108
Fresno, CA 93720
(559) 297-2259



Advanced Gastroenterology & Hepatology Associates
7102 N. Fresno St. #108 • Fresno, CA 93720
Ph. (559) 297-2259 • Fax (559) 297-2269

Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo Presente reconozco que revisé una copia del aviso de prácticas de privacidad de la práctica médica. Además, reconozco que una copia del aviso actual estará disponible en el área de recepción, y que puedo pedir una copia de este o cualquier modificado aviso de privacidad en cada cita.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Representante: _____ Teléfono: _____

Si no está firmado por el paciente, indicar relación::

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o tutor de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente difunto

Nombre del paciente: _____

Política de Cancelación

Efectivo 01 de Diciembre de 2019

Como cortesía a otros pacientes, por favor notifíquenos si usted no puede asistir a su cita.

Se le puede cobrar un cargo por cancelación de \$75.00 si no cancela dentro de 3 días de un procedimiento relacionado con su cita y \$50.00 para una cita de oficina. Su aseguranza no puede cubrir esta cuota.

Firma: _____ Fecha: _____

Raza: Asiático/A Asia Pacífico /F Afroamericano /B Caucásica /C
Hispana /H Alaska/I Nativos Americanos /G Otro/E

Origen étnico: Latino/Hispanic/L Otro/O No reportado/rechazado /N

Idioma: _____



Advanced Gastroenterology & Hepatology Associates
7102 N. Fresno St. #108 • Fresno, CA 93720
Ph. (559) 297-2259 • Fax (559) 297-2269

Historial Médico / Quirúrgico / Social Anterior

Historial médico pasado. Por favor revise todas las enfermedades o condiciones anteriores

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Problemas de espalda | <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Esófago de Barrett | <input type="checkbox"/> Hemofilia o trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad prostática |
| <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Embolio |
| <input type="checkbox"/> Pólipos del colon | | <input type="checkbox"/> ataque isquémico transitorio |
| | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Historia quirúrgica. Compruebe por favor cualquier cirugía que usted ha tenido e indique la fecha si está sabido.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de fractura | <input type="checkbox"/> Cirugía de intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía bariátrica | <input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Cirugía de columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> Reparación de la vejiga | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> Colostomía extirpada |
| <input type="checkbox"/> Cirugía mamaria | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación | <input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva alta |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Extirpación del ovario | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética | <input type="checkbox"/> Cirugía de páncreas | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Historia social

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| ¿Fumas? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Si es así, ¿cuántos paquetes al día? _____ |
| ¿Bebe Alcohol? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | En caso afirmativo, ¿cuánto por semana? _____ |
| ¿Utiliza tabaco sin humo? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Si es así, ¿cuánto por semana? _____ |
| ¿Ha usado drogas intravenosas? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | _____ |
| ¿Tiene tatuajes? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | _____ |



Advanced Gastroenterology & Hepatology Associates
7102 N. Fresno St. # 108 • Fresno, CA 93720
Ph. (559) 297-2259 • Fax (559) 297-2269

Alergias y Medicamentos

Alergias a medicamentos:

Recetas:

Medicamentos de venta libre/Vitaminas:

Farmacia de Preferencia:

Nombre: _____

No. Teléfono: _____