

REALM HEALTHCARE INC. 1330 San Bernardino Rd, Ste L Upland CA 91767
PATIENT INFORMATION

NOMBRE DEL PACIENTE (Primero, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO: Hombre Mujer Otro _____
DIRECCIÓN	TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO SECUNDARIO
NOMBRE DEL EMPLEADOR	OCCUPACIÓN	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
CONTACTO DE EMERGENCIA Y NÚMERO DE TELÉFONO	BIRTHPLACE	PREFERRED LANGUAGE
EMAIL ADDRESS	PHARMACY (Address and Phone)	
PRIMARY CARE PHYSICIAN AND PHONE NO.	REFERRING PHYSICIAN AND PHONE NO.	

Seguro primario (proporcione la tarjeta de seguro)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	ABONADO ID#	GRUPO #
TIPO DE PLAN: PPO EPO/ HMO / MEDICARE / MEDI-CAL	NOMBRE DEL ABONADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPtor

Seguro secundario (proporcione la tarjeta de seguro)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	ABONADO ID#	GRUPO #
TIPO DE PLAN: PPO EPO/ HMO / MEDICARE / MEDI-CAL	NOMBRE DEL ABONADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPtor

Divulgación de información de salud

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A INDIVIDUOS: Autorizo a RHI a divulgar y divulgar información médica o de otro tipo a las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que esto incluye, entre otros, información relacionada con el tratamiento, diagnóstico, facturación o cualquier operación de atención médica realizada en este centro. Libero a RHI de toda responsabilidad relacionada con la divulgación de esta información. Entiendo que esta solicitud se puede cambiar en cualquier momento mediante una solicitud escrita firmada.

Nombre	Relación	Número de teléfono
Nombre	Relación	Número de teléfono

Autorización y Reconocimiento

AUTORIZACIÓN: Por la presente declaro/declaramos que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizamos a RHI a divulgar cualquier información adquirida durante mi tratamiento a mi compañía de seguros, empleador, médicos, instituciones o terceros pagadores, según sea necesario para ciertos reclamos presentados. **_____ Iniciales**

CONSENTIMIENTO GENERAL: Por la presente doy/nosotros damos mi consentimiento para los procedimientos solicitados, incluidas imágenes, análisis de laboratorio y endoscopias, que RHI considere aconsejables. **_____ Iniciales**

DECLARACIÓN DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo/autorizamos que se realice el pago directo al RHI por todos y cada uno de los servicios médicos o quirúrgicos prestados. Entiendo que si mi compañía de seguros no cubre ningún servicio o cargo o si no se puede verificar mi elegibilidad, soy responsable de todos los cargos incurridos. **_____ Iniciales**

RECONOCIMIENTO O RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD: Por la presente reconozco que RHI me puede entregar el Aviso de prácticas de privacidad si lo solicito. Consulte <https://thehealthygut.net/privacy-policy/> para obtener más información. **_____ Iniciales** **[] Consentimiento rechazado por el paciente. Testigo:**

MENSAJES DE TEXTO SMS: Doy mi consentimiento para recibir SMS de Realm Healthcare Inc. Responda STOP para optar por no participar; Responda AYUDA para obtener ayuda; Se aplican tarifas de mensajes y datos; La frecuencia de los mensajes puede variar.

Nombre impreso	Firma del paciente (o representante personal)	Fecha
-----------------------	--	--------------

Colonoscopia de detección: firme si necesita programar una colonoscopia de detección únicamente.

Los pacientes que se someten a exámenes de detección no presentan signos ni síntomas y tienen un beneficio fijo por parte de su compañía de seguros. Sin embargo, si el médico encuentra un pólipos o una anomalía, sus beneficios pueden cambiar y su póliza de seguro pagará de manera diferente. La colonoscopia ya no se considera un procedimiento de detección, sino un procedimiento de diagnóstico. Reconozco que he leído la declaración anterior y seré responsable de mi deducible, copago y gastos de bolsillo si mi examen de detección programado encuentra un pólipos o una anomalía.

Nombre impreso	Firma del paciente (o representante personal)	Fecha
-----------------------	--	--------------

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Agradecemos su confianza y buena voluntad. Para garantizar que tengamos estabilidad financiera y podamos continuar proporcionando servicios médicos a la comunidad, se aplicarán las siguientes pólizas:

Información correcta del seguro: Usted es responsable de darnos información correcta y actualizada sobre su seguro médico. Es su responsabilidad notificarnos inmediatamente de cambios a su plan de seguro médico o estado de seguro. Si tenemos información de seguro incorrecta, los saldos pendientes se le facturarán directamente.

Renuncia de elegibilidad: Si la verificación de su cobertura para los beneficios del plan de salud no se puede hacer en este momento, los servicios se le proporcionarán en esta visita. Sin embargo, en el caso de que su cobertura no sea efectiva/ activa, usted será responsable del pago de los servicios.

Servicios no cubiertos: Conozca sus beneficios de seguro antes de cada visita. Se le pedirá que pague por cualquier servicio que no esté cubierto por su plan de seguro. Todos los cargos vencen y se pagan en el momento de los servicios. Podemos reprogramar la cita si el pago no se realiza antes de los servicios. Realm Healthcare Inc. presentará una reclamación por los servicios actuales a su compañía de seguros. Cuando se requiere que una compañía de seguros pague a Realm Healthcare Inc. por un servicio que se ha proporcionado, usted solo es responsable de lo que se considera la parte del paciente de la reclamación. Sin embargo, si su compañía de seguros rechaza, retrasa, retiene, niega el pago de su porción o cubre solo una parte del tratamiento durante más de 90 días a partir de la fecha de servicio, tanto el seguro como las partes de los pacientes de su cuenta se convierten en su responsabilidad. Si posteriormente recibimos el pago de su compañía de seguros, acreditaremos a su cuenta el monto del pago.

Medicare Parte B **NO ESTA CUBRIENDO** colonoscopias de **RUTINA** para pacientes entre 65 y 75 años. Si desea programar una colonoscopia, se le cobrará **\$250.00 POR ADELANTADO** (el cobro del médico). Una vez que Medicare pague el reclamo, este monto **SERÁ REEMBOLSADO DE INMEDIATO**.

Póliza de No Presentarse y Cancelación: Si no cancela sus procedimientos/ citas de oficina con al menos 24-48 horas de anticipación con Realm HealthCare Inc., usted es responsable de pagar una tarifa de \$50 que no se aplicará a ningún copago, deducible o coseguro. Si cancela/ reprograma con menos de 48 horas de anticipación, o no se presenta a procedimientos/ citas en 2 ocasiones, no se le programará en el futuro y tendrá que encontrar otro especialista para su cuidado.

Seguro HMO: Todos los pacientes con HMO deben obtener una referencia válida antes de la cita. Si no obtiene una referencia de su doctor primario antes de recibir servicios o la referencia no puede ser verificada por nuestra oficina, nuestra oficina reprogramará su cita.

Tutor legal/ conservador: El tutor legal del paciente o conservador (si es un adulto incapacitado) es responsable del pago de copagos, coseguros, deducibles y todos los procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro.

Cuenta Morosa/ No pagada: Antes de prestar servicios, se puede solicitará el pago de cuentas pendientes anteriores y se recibirá. Los pacientes con cuentas o cuentas morosas no pagadas que hayan sido canceladas con una deuda incoada se les puede negar el tratamiento si no son médicaamente urgentes. Cuentas que el médico no puede cobrar, cuentas que no pueden ser cobradas dentro de los 90 días a partir de la 1a fecha de declaración después de los procedimientos normales de recolección interna, pueden ser remitidas a una agencia de cobro, magistrado o abogado para una acción de cobro adicional.

Cargos administrativos: Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cargos adicionales a discreción de Realm Healthcare Inc. Estos incluyen:

- Un cargo de **3%** por uso de tarjetas. Mantendremos la tarjeta archivada pero le notificaremos antes de procesar cualquier pago. **NO HABRA CARGO de 3% si paga en EFECTIVO o con CHEQUE.**
- El cargo por copiar/ emprimir y distribuir los registros médicos de los pacientes es de \$25.00. Las solicitudes se completarán en un plazo de 10 días hábiles.
- El cargo por escribir una carta o formularios de finalización, incluyendo pero no limitado a la discapacidad y los formularios FMLA es de \$35.00.

Litigios de Terceros: Nuestro médico no se involucrará en disputas derivadas de reclamos de terceros (es decir, accidentes automovilísticos, reclamos de responsabilidad, etc.).

Autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a Realm Healthcare Inc. y a cualquier entidad de atención médica asociada para los servicios prestados como permisibles bajo contratos estándar de terceros. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación. Entiendo que los saldos de la cuenta no pagados por el plan de seguro son responsabilidad del paciente / tutor legal / conservador. También entiendo que los saldos de la cuenta no pagados dentro de los noventa (90) días a partir de la primera fecha de estado de cuenta pueden enviarse a una agencia de cobro.

Yo, el paciente/ representante legal del paciente, entiendo y acepto cumplir con la póliza financiera y las disposiciones descritas en esta Póliza de Responsabilidad Financiera del Paciente.

Nombre del paciente en letra molde

Firma

Fecha

NAME (Nombre): _____

AGE (Edad): _____ years (años)

REASON FOR VISIT (Razón de la visita): _____

Check all that apply Marque todo lo que corresponda

GENERAL	GASTROINTESTINAL
<input type="checkbox"/> Loss/gain of weight Pérdida/ ganancia de peso	<input type="checkbox"/> Abdominal pain Dolor abdominal
<input type="checkbox"/> Loss of appetite Pérdida del apetito	<input type="checkbox"/> Nausea or vomiting Náusea o vómito
<input type="checkbox"/> Fevers, chills Fiebres, escalofríos	<input type="checkbox"/> Difficulty swallowing Dificultad para tragar
<input type="checkbox"/> Fatigue, weakness Debilidad, fatiga	<input type="checkbox"/> Blood in stool Sangre en las heces
HEENT/ NECK	<input type="checkbox"/> Pain during defecation Dolor durante la defecación
<input type="checkbox"/> Yellowing of eyes Ojos amarillentos	<input type="checkbox"/> Diarrhea or constipation Diarrea o estreñimiento
<input type="checkbox"/> Neck stiffness Rigididad en el cuello	<input type="checkbox"/> Change in bowel habits Cambio en los hábitos intestinales
<input type="checkbox"/> Nosebleeds Las hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Liver trouble Problemas del hígado
SKIN	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids Hemorroides
<input type="checkbox"/> Bruises Moretones/Contusiones	GYNECOLOGIC
<input type="checkbox"/> Rash Erupción	<input type="checkbox"/> Pelvic pain Dolor pélvico
CARDIORESPIRATORY	<input type="checkbox"/> Prior C-sections Cesáreas anteriores
<input type="checkbox"/> Cough Tos	NEUROPSYCHIATRIC
<input type="checkbox"/> Shortness of breath Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Dizziness Mareo
<input type="checkbox"/> Wheezing/ asthma Las sibilancias/ asma	<input type="checkbox"/> Headaches Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Chest pain Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Loss of consciousness Pérdida de la conciencia
<input type="checkbox"/> Sleep apnea Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Seizures Convulsiones
<input type="checkbox"/> Irregular heart beat or palpitations Latido cardíaco irregular o palpitaciones	<input type="checkbox"/> Depression Depresión
<input type="checkbox"/> Snoring Ronquido	<input type="checkbox"/> Anxiety Ansiedad
<input type="checkbox"/> Swelling of feet Hinchazón de los pies	MUSCULOSKELETAL
<input type="checkbox"/> Frequent night-time awakenings Frecuentes despertares en la noche	<input type="checkbox"/> Muscle pain Dolor muscular
GENITOURINARY	<input type="checkbox"/> Joint stiffness Rigididad en las articulaciones
<input type="checkbox"/> Blood in urine Sangre en la orina	
<input type="checkbox"/> Difficulty urinating Dificultad para orinar	

PAST HISTORY: Have you ever been diagnosed with the following? ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con los siguientes?

<input type="checkbox"/> Anemia Anemia	<input type="checkbox"/> Angina Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Heart disease Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Pancreatitis Pancreatitis
<input type="checkbox"/> Cancer Cáncer	<input type="checkbox"/> Sleep apnea Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Depression/ anxiety Depresión/ ansiedad	<input type="checkbox"/> Hepatitis Hepatitis
<input type="checkbox"/> Ulcer Úlcera	<input type="checkbox"/> Hypertension Hipertensión	<input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis/ Crohn's Colitis ulcerosa/Crohn's	<input type="checkbox"/> H. pylori infection Infección de h. pylori
<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/> Colon Polyps Pólipos en el colon	<input type="checkbox"/> Diverticulosis Diverticulosis	<input type="checkbox"/> Hiatal Hernia Hernia híatal
<input type="checkbox"/> Stroke Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Valvular disease Enfermedad valvular	<input type="checkbox"/> Liver disease/ Cirrhosis Enfermedad hepática/cirrosis	<input type="checkbox"/> Bleeding disorder Desorden sanguíneo
<input type="checkbox"/> Cardiac stent/PCI Stent cardíaco	<input type="checkbox"/> Autoimmune disease Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Renal disease/ Dialysis Enfermedad renal/ diálisis	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids Hemorroides
<input type="checkbox"/> Asthma/ COPD Asma/ EPOC	<input type="checkbox"/> Jaundice Ictericia	<input type="checkbox"/> Seizures Convulsiones	

Continue on back →

FAMILY HISTORY: *¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones?* ?

	Mother	Madre	Father	Padre	Siblings	Hermanos	Other	Otros
Anemia	Anemia							
Peptic ulcer	Úlcera péptica							
Cancer	Cáncer							
Polyps	Pólipos							
Diarrhea	Diarrea							
Rectal bleeding	Sangrado rectal							
Liver disease	Enfermedad hepática							
Colitis/Crohn's	Colitis/ Crohn's							

Any ALLERGIES to: medication, food, and/ or reaction to previous blood transfusion? <i>¿Tiene alguna alergia a: medicamentos, y/ o alimentos?</i> <i>¿Reacción a la transfusión de sangre anteriormente?</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes (si) _____	
Have you had any surgeries? <i>¿Ha tenido cirugías?</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes (si) _____ _____ _____	
Any prior reactions to anesthesia? <i>¿Reacción a la anestesia anteriormente?</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes (si) Reaction <i>Reacción</i> _____	
Are you using or have you ever used: <i>Utiliza o ha utilizado:</i>	Alcohol <i>Alcohol</i>	<input type="checkbox"/> No	Drinks: Per day <i>Bebidas: Al dia</i> _____ Per week <i>Por semana</i> _____
	Tobacco (cigarette) <i>Tabaco (cigarrillo)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes (Current) Packs per day <i>Paquetes al dia</i> _____ Years of use <i>Años de uso</i> _____ <input type="checkbox"/> Ex-smoker: Packs per day <i>Paquetes al dia</i> _____ Years of use <i>Años de uso</i> _____
	Recreational drugs <i>Las drogas recreativas</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes (si) _____
Any prior procedures? <i>¿Procedimientos anteriores?</i>	<input type="checkbox"/> Endoscopy <i>Endoscopia</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Year <i>Año</i> _____ Findings <i>Resultados</i> _____
	<input type="checkbox"/> Colonoscopy <i>Colonoscopia</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Year <i>Año</i> _____ Findings <i>Resultados</i> _____

LIST MEDICATIONS/ VITAMINS *Indique sus medicamentos/ vitaminas*