

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	OCUPACIÓN	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 pólipo 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 pólipo 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 solicitar 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 médicamente 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 HABRÁ CARGO** de **3%** si paga en **EFFECTIVO** o con **CHEQUE**.
- El cargo por copiar/ imprimir 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



**NISCHITA MERLA, M.D.**  
**Health Questionnaire (Cuestionario de Salud)**

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

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

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

**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				

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

**LIST MEDICATIONS/ VITAMINS Indique sus medicamentos/ vitaminas**
