
Información del Paciente

Apellido _____ Nombre de Pila _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Estado Civil _____

Número de seguridad social: ____ - ____ - ____ fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Hembra

Médico de atención Primaria: _____ **Médico de referencia:** _____

Empleo de Paciente

Estado: Retirado Tiempo complete Medio Tiempo Desempleadas Otra: _____

Nombre del empleador (nombre de empresa) _____ Ocupación _____

HIPAA Información del Contrato

***Por favor lista tu contacto números abajo. Si nostras podemos dejar mensaje confidencial de voz a alguna de tu números, por favor marca la correo de voz.**

Célular: _____ Mensaje de voz

Casa: _____ Mensaje de voz

Trabajo: _____ Mensaje de voz

***Si nostras no poder contactarlos Podemos dejar información con otra persona?**

Sí No

Como se llaman: _____

Relacion: _____ Telefono: _____

***En caso de emergencia, con quien deberiamos contractor: La misma persona arriba**

Como se llaman: _____

Relacion: _____ Telefono: _____

X Firma _____ **Fecha** _____

Philip Nagel, MD
Dale Coy, MD
Manish Bhuvu, MD
Dafna Gordon, MD



Amit Shah, MD
Chad Spangler, MD
Brant Lutsi, MD
Erin Micklinghoff, CNP

Bienvenido a nuestra práctica, propiedad de Philip Nagel, MD, Dale Coy, MD, Manish Bhuvu, MD, Dafna Gordan, MD, Amit Shah, MD, Chad Spangler, MD, y Brant Lutsi, MD, que ejercieron nuestra práctica en 2015.

Esta práctica fue establecida en 1982 por Philip Nagel, MD. Todos nuestros médicos están certificados por la Junta Americana de Gastroenterología y tienen licencia en el Estado de Illinois. Su formación es extensa en el campo de la gastroenterología. Si ya desea ver a su médico Curriculum Vitae, este se le proporcionará a solicitud.

Además, esta organización también utiliza proveedores de anestesia certificados por la Junta, con muchos años de experiencia y capacitación en el estado de Illinois.

Esta organización también utiliza credenciales y licencias en el Estado de Illinois, enfermeras profesionales registradas.

Tenga en cuenta que si tiene un reclamo, existe el siguiente mecanismo: solicite un formulario de reclamo a los recepcionistas.

Si tiene una SUIFestion, hágalo por escrito, puede ser anónimo y entréguelo a la recepcionista o envíelo por correo a esta oficina.

Animamos a todos los pacientes a participar en su cuidado, hacer preguntas sobre cualquier cosa; Procedimiento, medicación, tratamiento, dieta, de cualquiera en esta organización.

Esta organización tiene una política de no aceptación de DNR / Living Will; Si tiene un DNR / Testamento vital, necesitaremos una copia para su cuadro.

Esta práctica educó al personal en el momento de la contratación y, posteriormente, cada año en manos de la hiplane y seguimos las pautas de los CDC para la higiene de las manos. Alentamos al personal a quedarse en casa cuando están enfermos. Proporcionamos pañuelos desechables y botes de basura en toda la instalación y alentamos a todos a cubrirse la boca cuando tosen y estornudan y luego se lavan las manos.

Si alguien tiene inquietudes sobre el cuidado del paciente y la seguridad de esta organización, que la organización no ha abordado, le recomendamos que se comunique con la gerencia de la organización. Si cree que las inquietudes no se resolvieron a través de la organización, se le recomienda que se comunique con el lema de Carmmission llamando al 800 994-6610 o complaint@jointcommission.org

He recibido información sobre los proveedores de atención en esta organización, una copia del Declaración de derechos y responsabilidades del paciente, información sobre el proceso de reclamo e información sobre los procesos de control de infecciones de esta organización y entiendo toda la información recibida.

Firma: _____ Fecha: _____

Philip Nagel, MD
Dale Coy, MD
Manish Bhuva, MD
Dafna Gordon, MD



Amit Shah, MD
Chad Spangler, MD
Brant Lutsi, MD
Erin Micklinghoff, CNP

Especialistas en Gastroenterología y Medicina Interna S.C.

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Acuse de recibo de Aviso de prácticas de privacidad

Como consecuencia del uso y divulgación de mi información mecánica por parte de **Los especialistas en gastroenterología y medicina interna, S.C.** con el fin de diagnosticar o proporcionar tratamiento a mí, obtener el pago de mis anuncios o realizar operaciones de atención médica de la práctica. Entiendo que el tratamiento por parte de la práctica puede ser denegado si no firmo este consentimiento.

Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se usa o divulga esta información para el pago del tratamiento o las operaciones de atención médica. **Los especialistas en gastroenterología y medicina interna, S.C.** i deben aceptar las restricciones que puedo solicitar, pero si la práctica acepta una restricción, la práctica está sujeta a la podredumbre del acuerdo.

Tengo derecho a revocar este consentimiento. por escrito, excepto cuando Practine ya haya hecho divulgaciones y confío en un consentimiento previo.

Comprendí y me proporcionaron con **Los especialistas en gastroenterología y medicina interna, S.C.** Aviso de prácticas de privacidad que brinda información sobre cómo la práctica puede usar y divulgar información médica. derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

Los especialistas en gastroenterología y medicina interna, S.C. tienen el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que describí en el Aviso de prácticas de privacidad. puede obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad llamando o visitando la oficina y solicitando una copia revisada.

Firma del Paciente ho Representante Autorizado

Fecha

Nombre del Paciente ho Representante Autorizado

22285 N Pepper Rd, Ste 311 Lake Barrington, 1L 60010 11hone (847) 382-4410 Fax (817) 382-4451

Philip Nagel, MD
Dale Coy, MD
Manish Bhuva, MD
Dafna Gordon, MD



Amit Shah, MD
Chad Spangler, MD
Brant Lutsi, MD
Erin Micklinghoff, CNP

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Solo Información completa del Paciente

Nombre del Paciente (impresion) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Firma de pacientes _____ El día de hoy ____/____/____

Dirección _____ Numero de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Para la oficina de los médicos para completer

____ Por favor envie mis registros médicos al siguiente médico.

____ Por favor obtenga mis registros médicos del siguiente médico.

Nombre del medico (impresión) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cremallera _____

Número de teléfono de los médicos _____ Fax _____

____ Por favor envíeme una copia de mis registros:

____ Enviandome un fax a fax # _____

____ Enviando una copia en papel a la dirección de arriba

____ sosteniendo una copia en papel para recoger en su

Barrington / Woodstock / McHenry / Huntely (un circulo)

Registros solicitados _____ fecha de recogida/oficina _____

Exclusión de registros * _____ fecha de envio/enviado por fax _____