

Registration del Paciente
All Island Gastroenterology and Liver Associates
Harold Lipsky, M.D* Pradeep Bansal, M.D* Juan Baez, M.D

Nombre del Paciente _____
Apellido Primer Nombre MI

Dirección Permanente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de la casa _____ Celular _____ Dirección De correo electrónico _____
Sexo [] M [] F Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Idioma preferida _____

Raza: Por favor Marque: Afroamericano _____ Caucásico _____ Hispano _____ Otro _____
Nombre De Farmacia _____ Dirección _____ Número _____

Consumo de Tabaco Porfavor Marque: Nunca _____ Pasado _____ Presente _____
Altura: _____ Peso: _____ Presión _____

Empleador _____ Número _____

Nombre de Esposo/a _____ Fecha de Nacimiento de Esposo/a _____

Contacto de Emergencia _____ Número _____

Médico de Referencia _____ Médico de Atención primaria _____
Número _____ Fax _____ Número _____ Fax _____

Información primaria de Asegurado

Compañía de Seguro _____
Nombre de asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
Número de póliza # _____ Grupo# _____

Asignación de las Prestaciones y la Autorización de la liberación de la información:

Yo (el paciente como se ha señalado anteriormente) este medio asignar todos los beneficios médicos y quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi compañía de seguros, incluyendo Medicare. Los seguros privados y cualquier otro / plan médico de salud para emitir cheques de pago directamente a todos ALL ISLAND GASTROENTEROLOGY & LIVER ASSOCIATES por los servicios médicos prestados a mí y / o mis dependientes, independientemente de mis beneficios del seguro. Si los hay, yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi insurance.

Por la presente autorizo al médico de ALL ISLAND GASTROENTEROLOGY & LIVER ASSOCIATES para amueblar y / o divulgar cualquier información necesaria para cualquiera de mi otros médicos y todas las compañías de seguros pertinentes mi enfermedad y el tratamiento, para procesar mi reclamación de seguro de adquirir en el curso de mi tratamiento examinationor , y para permitir un fotocopia de la firma a los usados para procesar mi reclamación de seguro para el period de toda la vida . Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

He solicitado los servicios médicos de los médicos de todos los asociados ALL ISLAND GASTROENTEROLOGY & LIVER ASSOCIATES en nombre de mí mismo y / o mediante la remisión de mi atención primaria y médico remitente, y entender que al hacer esta petición, me hago totalmente responsable financieramente de cualquier y toda los cambios efectuados en el curso de la autorizan el tratamiento. Entiendo, además, que los honorarios (deducibles, copagos) se deben pagar en la fecha de los servicios son prestados y estoy de acuerdo en pagar todos estos gastos incurridos en su totalidad los servicios inmediatamente bendiciones de Dios sean prestados. Una fotocopia de esta assignment se considera tan válida como el original.

Atestación

He tenido la oportunidad de revisar el aviso práctica de privacidad (HIPAA). Derechos y Responsabilidades Políticas del paciente. Declaración del Paciente seguridad y MD La información biográfica (ubicado en una carpeta en la sala de espera).

Divulgaciones

Los médicos de toda la isla de gastroenterología y hepático asociado, PC tienen un interés financiero en Meadowbrook Endoscopy Center, 865 Merrick Ave, Westbury NY 11565 (2) Para su conveniencia y preferencia, un proveedor de servicios auxiliares no participantes pueden estar involucrados en su tratamiento y cuidado . Si alguna pregunta o le gustaría encontrar un proveedor de la red en favor comuníquese con el departamento de servicio al cliente de su compañía de seguros. Su firma a continuación servirá como confirmación de que usted es consciente de que el proveedor no participante puede Ber recomendada para realizar un servicio o procedimiento y que se le ha dado aviso adquare ponerse en contacto con su compañía de seguros para el proveedor alternativo de la atención.

Paciente partido / responsable firma _____ Fecha _____
Responsable (si no es el paciente) _____

