



**DIGESTIVE
HEALTHCARE
CENTER**

511 Courtyard Drive • Bldg 500
Hillsborough, NJ 08844

319 East Main St
Somerville, NJ 08876

412 Courtyard Drive • Bldg 400
Hillsborough, NJ 08844

31 Mountain Blvd • Suite H
Warren, NJ 07059

Tel (908) 218-9222
Fax (908) 218-9818
www.DHCCENTER.com

PATIENT INFORMATION

INFORMACION DEL PACIENTE

PERSONAL INFORMATION

INFORMACION PERSONAL

Marital Status: Single Married Divorced Widowed Other
(Circle one)

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro

Last Name _____ First name _____ Middle name _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Date of birth _____ SNN _____ MALE _____ Female _____
Fecha de nacimiento Seguro social Hombre Mujer

Street Address _____ Apt # _____ City _____ State _____ Zip code _____
Dirección Cuidad Estado Código postal

Mobile# _____ Home# _____ Work# _____
Número Móvil Número Casa Número de trabajo

Employer Name & Address _____
Nombre de Trabajo y Dirección

Employer # _____ Your Occupation _____
Número de Empleador (a) Su ocupación

INSURANCE INFORMATION

INFORMACION DE SU SEGURO

SELF PAY (NO INSURANCE) (check box if applicable)

Pago a contado (sin seguro): Favor marcar el cuadro si aplica

Primary Insurance Company Name _____ ID# _____ Group _____
Nombre de la Compañía de Seguro PRIMARIO Número de Identificación Grupo

PolicyHolder Name _____ Policyholder Date of Birth _____
Dueño de la Poliza Fecha de Nacimiento de Dueño de la Poliza

Relationship to Policyholder: (circle one) SELF SPOUSE CHILD LIFE PARTNER OTHER
Relación al Dueño de la Poliza: (CIRCULA UNO) PROPIO ESPOSO/A HIJO/A PAREJA SENTIMENTAL OTRO

EMERGENCY CONTACT (IN THE EVENT OF AN EMERGENCY, WHOM SHOULD WE CONTACT ON YOUR BEHALF?)

CONTACTO DE EMERGENCIA (EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, A QUIEN DEBEMOS CONTACTAR EN SU NOMBRE?)

Name _____ Relationship _____
Nombre Relación

Address _____ Mobile _____ Home _____ Work# _____
Dirección Número Móvil Número Casa Número de trabajo

Did a friend or relative refer you to Digestive Healthcare Center? If so, may we have their name? _____

Algún amigo o familiar te ha referido a Digestive Healthcare Center? Si es así, podemos pedir su nombre?



Si tiene cobertura de seguro, presentaremos reclamos en su nombre. Pacientes son responsables de sus copagos en el momento de la visita. Los pagos pueden hacerse en efectivo, cheque, giro postal, visa o MasterCard.

Respecto a las compañías aseguradoras con los que participamos: Ustedes responsables de proporcionar a nuestro personal su(s) tarjeta(s) de seguro primario y secundario, si corresponde, en el momento de su cita. Si su compañía de seguros requiere una referencia de su médico de atención primaria, también debe presentarla a nuestra recepcionista antes de ser visto, ya que no podemos facturar a su seguro sin ella. Es responsabilidad del paciente obtener cualquier referencia. Si no obtiene una referencia cuando compañía de seguros lo requiera, se la pedirá que pague en su totalidad por la visita o el servicio. En caso de que su reclamación sea denegada u omitida/ se proporcione información inexacta del seguro que provoque una reducción o falta de pago de los beneficios, la obligación de pagos se transferirá a la parte responsable.

Con respecto a cancelaciones tardías/ citas de no presentación: Los pacientes deben avisarnos con 24 horas de anticipación antes de cancelar o reprogramar su cita. DHC puede cobrar \$50 por no presentarse/ cancelación tardía/ reprogramación tardía. Esto se aplica tanto a la telehealth como a las citas de oficina en persona.

Con respecto a los deducibles, coseguros y /o copagos del paciente: El pago de copagos, coseguros y deducibles conocidos son responsabilidad del paciente de conocer y comprender. Después de que se paguen las reclamaciones de seguro, los saldos restantes en su cuenta son su responsabilidad de ser pagados en su totalidad, dentro del ciclo de facturación programado regularmente de 30 días, a menos que se realicen arreglos de pagos con nuestro departamento de facturación. Es la compañía de seguros la que toma la determinación final de su elegibilidad y beneficios. Si su compañía de seguros no está contratada con nosotros, es decir, si la práctica no forma parte de la red de su seguro, le notificaremos antes de su procedimiento.

Con respecto a los seguros no participantes: Si no participamos con su seguro, la factura es su responsabilidad. Aceptamos efectivo, cheque, giro postal, visa o MasterCard. Su póliza es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nuestra oficina no es parte de ese contrato. Actualmente, esto incluye todos los planes administrados de Medicaid excepto Amerigroup y NJ Health.

Para pacientes sin seguro: debe pagar los servicios en el momento de su visita. Si está programado para un procedimiento, revisaremos los costos en el momento en que se programe su procedimiento. Se requiere un depósito igual al 50% el día de su procedimiento.

Si no tiene seguro de salud a través de su trabajo, Medicare, Medicaid, el Programa de Children's Health Insurance Program (CHIP), o otra fuente que proporcione cobertura calificada, el mercado puede ayudarlo a obtener tapado. Simplemente inicie sesión en www.obamacareplans.com o llama 855-480-9344.

****Habrá un cargo de \$ 100.00 por los procedimientos cancelados programados en el Hospital Universitario Robert Wood Johnson a menos que se dé un aviso de 48 horas****

Gracias por su cooperación en la comprensión de nuestra política financiera. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en preguntar. Si no puede pagar en su totalidad en el momento del servicio, debe informarnos antes de ver al médico.

He leído la política financiera anterior. Entiendo y acepto cumplir con sus términos

Firma _____

Fecha _____

Imprimir nombre _____



**DIGESTIVE
HEALTHCARE
CENTER**

511 Courtyard Drive • Bldg 500
Hillsborough, NJ 08844

319 East Main St
Somerville, NJ 08876

412 Courtyard Drive • Bldg 400
Hillsborough, NJ 08844

31 Mountain Blvd • Suite H
Warren, NJ 07059

Tel (908) 218-9222
Fax (908) 218-9818
www.DHCENTER.com

Formulario de Entrevista con el Paciente

Información del Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Correo Electronico

Porfavor selecciona el correo preferido para comunicarnos

Personal: _____

Raza

Favor seleccionar uno o varios

Blanco/Americano Negro/ Afroamericano Asiático Indio Americano/Alaska Nativo Hawaiano/ Pacifico

Etnicidad

Hispanico o Latino No Hispano o Latino Prefiero no especificar

Sexo

Hombre Mujer Prefiero no especificar

Idioma Preferido

Ingles Italiano Espaniol; Castellano Prefiero no especificar

Contacto de Preferencia

Carta Portal del Paciente Cualquier Método Prefiero no especificar

Alergias

Paciente no tiene alergias Paciente no tiene Alergias a medicamentos

Codeína Penicilina Eritromicina Yodo Sulfa

Aspirina Morfina Demerol Versado Novocaina

Propofol Contraste IV Productos de Soy Látex Cinta

Otro: _____

Inmunizaciones

- Ninguna
- Hepatitis B- Cuando _____ Hepatitis A- Cuando _____ Influenza temporal inyección -Cuando _____
- Neumococo- Cuando _____

Pasado o Presente Condiciones Médicas

- Ninguna
- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tendencia de Sangrado Anormal | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Antibióticos antes de trabajo dental | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Cáncer de Seno | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> Pólipos de Colon | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca congestiva |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Colon | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Divertículos |
| <input type="checkbox"/> Ulcera Duodenal | <input type="checkbox"/> Hígado Graso | <input type="checkbox"/> Frecuente Infección del Tracto Urinario | <input type="checkbox"/> Cálculos Biliares | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón |
| <input type="checkbox"/> Soplos Cardiacos | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal |
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Triglicéridos Altos | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Latido de corazón irregular |
| <input type="checkbox"/> Síndrome intestino irritable | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Piedras en Riñón | <input type="checkbox"/> Intolerante Lactosa |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Enfermedades ulcerosas pépticas | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Artritis reumática | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Ulcer estomacal | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Prueba Cutánea de Tuberculosis Positiva |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Trastornos Urinarios | <input type="checkbox"/> Cáncer Uterino | Otro: _____ |

Procedimientos Anteriores

- Ninguna
- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Cirugía de Busto | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía Cardiaca | <input type="checkbox"/> Resección de Colon |
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Desfibrilador | <input type="checkbox"/> EGD/ Endoscopia | <input type="checkbox"/> CPRE | <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Derivación Cardiaca | <input type="checkbox"/> Stent del Corazón | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula Cardiaca | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Hernia Hiatal |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cirugía Articular | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Biopsia de Hígado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Obesidad | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia | <input type="checkbox"/> Estomago |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía | <input type="checkbox"/> Trasplanté | <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas | <input type="checkbox"/> Vasectomía |

Otro: _____

Historial Social

Ocupación: _____

Número de Hijos: _____

Estado Civil

- Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Unión Civil Desconocido/a
 Otro

Alcohol

- Ninguna
 Diario Más de 2 días/semana Menos de 2 días/semana Casi Nunca Deje de Consumir Alcohol

Tabaquismo/ Condición de Tabaquismo

- Cigarrillo Fumador diario actual Fumadora actual algún día Ex Fumador Nunca Fumador
 Fumador, estado actual desconocido Fumador de Tabaco Ligero Gran fumador de Tabaco Desconocida si alguna vez Fumo

 Sin Humo Tabaco Ligero Mascando Tabaco Cigarrillos

Uso de Drogas

- Ninguna
 Deje de usar drogas ilícitas Nunca he usado drogas ilícitas Yo uso Drogas ilícitas Uso de drogas inyectables

Ejercicio

- Ninguna
 Liviano Moderado Agotadora Separado/a

Cafeína

- Ninguna
Cunto: _____

Antecedentes Médicos Familiares

Sin Conocimiento de la Historia Familiar

Sin historial familiar de

Cáncer de Colon

Pólipos

Diagnosis

Nombre de Farmacia

Dirección de Farmacia

Numero de teléfono de Farmacia

Consentimiento para importar historial de medicamentos

Doy mi consentimiento para obtener un historial de mis medicamentos comprados en las farmacias

SI NO

Consentimiento para compartir datos

En caso de que lo referimos a otro proveedor de atención medica, Podemos enviarle sus registros médicos?

SI NO

Recordatorio de preferencia

Me gustaría recibir atención preventiva y recordatorios de atención de seguimiento

SI NO

Firma

Fecha



DIGESTIVE HEALTHCARE CENTER

511 Courtyard Drive • Bldg 500
Hillsborough, NJ 08844

412 Courtyard Drive • Bldg 400
Hillsborough, NJ 08844

319 East Main St
Somerville, NJ 08876

31 Mountain Blvd • Suite H
Warren, NJ 07059

Tel (908) 218-9222
Fax (908) 218-9818
www.DHCCENTER.com

8

MEDICATION RECONCILIATION/ALLERGY FORM

PATIENT NAME: _____ DOB: _____

PHARMACY NAME: _____ LOCATION: _____ PHONE# _____

Alergias : (SEE BELOW) MEDICATION: Y N FOOD (INCLUDING EGGS OR SOY) Y N LATEX Y N

MEDICATION or FOOD/REACTION	MEDICATION or FOOD/REACTION

(List ALL medications, OTC drugs, Herbal supplements) **EVEN IF YOU HAVE NOT TAKEN THEM TODAY**

Medication (RN check if taken today)	Dose/Frequency	Unknown	Indication (Reason)	Start Date
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o		o		
o BLOOD THINNERS (DENIES)		o		
o		o		
o		o		

ATTESTATION: The above is a complete and accurate medication list to the best of my knowledge. It includes over the counter and herbal supplements, as well as regular and occasionally used prescription drugs. Your physician is resuming the start of your medication on the information provided by you, including the name of the medications, dosages and frequency.

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____



511 Courtyard Drive • Bldg 500
Hillsborough, NJ 08844

412 Courtyard Drive • Bldg 400
Hillsborough, NJ 08844

319 East Main St
Somerville, NJ 08876

31 Mountain Blvd • Suite H
Warren, NJ 07059

Tel (908) 218-9222
Fax (908) 218-9818
www.DHCCENTER.com

HIPAA Confidential Communication Form

HIPAA Formulario de comunicación confidencial

I, _____, gives Digestive Healthcare Center, PA permission to release and discuss my medical condition, treatment, and results with the persons and physicians listed below:

Yo, _____ otorgo permiso a Digestive Healthcare Center, PA para liberar y discutir mi condición médica, tratamiento y resultados con las personas y los médicos que se enumeran a continuación:

A. Friends and/or Family

Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

OR

I DO NOT GIVE DIGESTIVE HEALTHCARE CENTER PERMISSION TO RELEASE AND/OR DISCUSS MY MEDICAL CONDITION, TREATMENT, AND RESULTS WITH ANYONE. Check box if applicable

PLEASE NOTE: If you CHECK THE BOX above, we cannot release any information (verbal to written) to ANYONE.

B. Physicians

Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____

Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Relacion _____



511 Countyard Drive • Bldg 500
Hillsborough, NJ 08844

412 Countyard Drive • Bldg 400
Hillsborough, NJ 08844

319 East Main St
Somerville, NJ 08876

31 Mountain Blvd • Suite H
Warren, NJ 07059

Tel (908) 218-9222
Fax (908) 218-9818
www.DHCCENTER.com

HIPAA PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

You may request a personal copy for your records.

Puede solicitar una copia personal para sus registros.

There is a copy posted at the front desk.

Hay una copia publicada en la recepción.

I, _____, have been provided with an opportunity to review Digestive Healthcare Center's HIPAA privacy practices and have been offered a copy for my records

Yo, _____ se me ha brindado la oportunidad de revisar las prácticas de privacidad de HIPAA de Digestive Healthcare Center y se me ha ofrecido una copia para mis archivos