



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		Marital Status: Single Married Divorced Widowed Other (Circle one)	
INFORMACION PERSONAL		Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorced(a) Viudo(a) Otro	
Last Name (Apellido)	First name (Primer nombre)	Middle name (Segundo nombre)	
Date of birth Fecha de nacimiento	SNN Seguro social	MALE Hombre	Female Mujer
Street Address Dirección	Apt #	City Cuidad	State Estado
			Zip code Código postal
Mobile# Número Móvil	Home# Número Casa	Work# Número de trabajo	
Employer Name & Address Nombre de Trabajo y Dirección			
Employer # Número de Empleador (a)		Your Occupation Su ocupación	

INSURANCE INFORMATION		SELF PAY (NO INSURANCE) ☐ (check box if applicable)	
INFORMACION DE SU SEGURO		Pago a contado (sin seguro): Favor marcar el cuadro si aplica	
Primary Insurance Company Name Nombre de la Compañía de Seguro PRIMARIO	ID# Número de Identificación	Group Grupo	
Policyholder Name Dueño de la Póliza	Policyholder Date of Birth Fecha de Nacimiento de Dueño de la Póliza		
Relationship to Policyholder: (circle one) Relación al Dueño de la Póliza: (CIRCULA UNO)	SELF PROPIO	SPOUSE ESPOSO/A	CHILD HIJO/A
		LIFE PARTNER PAREJA SENTIMENTAL	OTHER 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 Nombre	Relationship Relación		
Address Dirección	Mobile Número Móvil	Home Número Casa	Work# 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 to ha referido a Digestive Healthcare Center? Si es así, podemos pedir su nombre? _____



Política Financiera

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: Usted es responsable 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 recentarla 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.

****Habrà 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 _____



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

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 Hawalano/ Pacifico

Etnicidad

☐ Hispánico o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Prefiero no especificar

Sexo

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiero no especificar

Idioma Preferido

☐ Ingles ☐ Italiano ☐ Español; 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 ☐ Novocaína

☐ Propofol ☐ Contraste IV ☐ Productos de Soy ☐ Látex ☐ Cinta

Otro: _____

Inmunizaciones

- ☐ Ninguna
☐ Hepatitis B- Cuando _____ ☐ Hepatitis A- Cuando _____ ☐ Influenza temporal Inyeccion -Cuando _____
☐ Neumococo- Cuando _____

Pasado o Presente Condiciones Médicas

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

Procedimientos Anteriores

- ☐ Ninguna
☐ Apendectomía ☐ Cirugía de Busto ☐ Cesárea ☐ Cirugía Cardíaca ☐ Resección de Colon
☐ Colonoscopia ☐ Desfibrilador ☐ EGD/ Endoscopia ☐ CPRE ☐ Vesícula Biliar
☐ Cirugía de Derivación Cardíaca ☐ Stent del Corazón ☐ Reemplazo de Válvula Cardíaca ☐ Hemorroides ☐ Hernia Hiatal
☐ Histerectomía ☐ Reemplazo de cirugía Articular ☐ Riñón ☐ Hígado ☐ Biopsia de Hígado
☐ Cirugía de Obesidad ☐ Marcapasos ☐ Próstata ☐ Sigmoidoscopia ☐ Estomago
☐ Tiroides ☐ Amigdalotomía ☐ Trasplante ☐ Ligadura de Trompas ☐ 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

- ☐ Cigarro ☐ 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: _____

☐ Sin Conocimiento de la Historia Familiar

Cáncer de Colon

Ó **Pólipos**

[illegible]

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 médica, Podemos enviarle sus registros médicos?

☐ SI ☐ NO

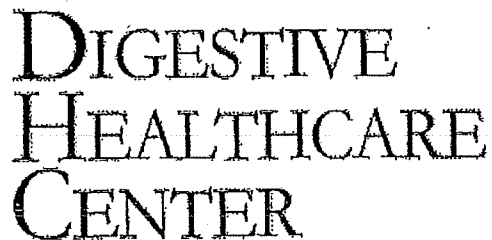
Recordatorio de preferencia

Me gustaría recibir atención preventiva y recordatorios de atención de seguimiento

☐ SI ☐ NO

Firma

Fecha



**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

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**

List All Medications, OTC drugs, Herbal Supplements	Dose/Frequency	Unknown	Indication (Reason)	Start Date
CARNITINOS (RN check if taken today)		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐		☐		
☐ BLOOD THINNERS (DENIES)		☐		
☐		☐		
☐		☐		

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

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

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



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

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



Usted tiene el derecho de tener un observador en la sala de examen durante los exámenes de mama, pélvico, genital y rectal con cualquier médico. Un observador es una persona entrenada para saber qué esperar y observar al médico durante estos exámenes. El observador puede ayudar a asegurarse de que no sea tocado inapropiadamente. Si desea un observador, solicite uno. Y recuerde, puede detener el examen en cualquier momento por cualquier motivo.

Si su médico no proporciona un observador, o si no se siente cómodo con el observador que se le ofrece, puede posponer o cancelar su examen. Si eso ocurre, su médico debe proporcionarle una derivación a otro proveedor de atención médica, si está disponible. También puede decidir continuar con el examen sin un observador o continuar con las otras partes de la visita al médico que no incluyen el examen. Es su decisión.

La División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey licencia a médicos y otros proveedores de atención médica. **Si tiene alguna preocupación o queja sobre su examen, puede presentar una queja ante La División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey licencia a médicos y otros proveedores de atención médica. Si tiene alguna preocupación o queja sobre su examen, puede presentar una queja ante la División de Asuntos del Consumidor. Más información sobre cómo presentar una queja está disponible en <https://www.njconsumeraffairs.gov/sexual-misconduct-complaint>.**

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____