

Euclid Endoscopy Center ,LP
286 Euclid Ave. Suite 109 San Diego, Ca 92114
PH: (619) 564-8249 FAX: (619) 564-8236

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Sexo M / F

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado ___ Codigo Postal: _____

Telefono() _____ Celular () _____ # Licencia _____ # Seguro Social ___ - ___ - ___

Estado Civil: Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divocado(a) ___ Viudo(a) ___ Raza: _____

Empleo: _____ Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ CodigoPostal: _____

Telefono Del Empleo () _____

Doctor Primario: _____ Referido Por _____

Alguien En Caso De Emergencia: _____ Relacion: _____ Telefono() _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado ___ Codigo Postal: _____

INFORMACION DE ASEGURANSA (REQUERIDA)

Nombre de aseguransa Primaria: _____

de grupo: _____

de identificacion: _____

Subscridor: _____

Fecha de inscripcion: _____

Nombre de aseguransa secundaria _____

de grupo: _____

de identificacion: _____

Subscridor: _____

Fecha de inscripcion: _____

Esta usted cubierto por Medicare? Si ___ No ___

Esta usted Cubierto por Medi-Cal? Si ___ No ___

Esta usted cubierto por Medicare? Si ___ No ___

Esta usted cubierto por Medi-Cal? Si ___ No ___

Pedimos a todo paciente que muestre tarjeta de seguro medico al momento de su cita, para hacer copias y tener en su archivo.No podemos brindar servicios asumiendo que una compania de aseguransa pagara los gastos. Todos los servicios son cobrados directamente al paciente por lo cual el paciente es totalmente responsable del cobro. Por lo cual, como cortesia hacemos todo lo necesario para cobrar al seguro medico.

Autorizacion de pago:

Yo, _____, autorizo a Euclid Endoscopy Center , proveer todo tipo de documentos referente a mi condicion medica al seguro medico para poder recibir pago. Aunque este cubierto por mi aseguransa yo se que soy responsable de todo tipo de copro que aseguransa no cubrio. Copia de esta autorizacion sera valida como original.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Gustaria informacion sobre Directiva Por Anticipado De La Atencion De Salud. Si ___ No ___

Euclid Endoscopy Center
286 Euclid Ave. Suite 109
San Diego, Ca 92114

EEC ha preparado una forma detallada de la privacidad que tiene de sus pacientes y establecimiento; para poder darles servicios medicos como tambien para poder cobrar por los servicios que se le brindaron al igual para usos que se necesiten para su servicio medico. Al igual esta forma puede ayudarles a entender nuestras polizas sobre su estado medico. Los terminos de nuestras polizas pueden cambiar con el tiempo; EEC siempre anuncia sus cambios poniendo notificaciones en el establecimiento, su pagina de web, al igual tenemos copias disponibles.

Yo, _____ he recibido una copia de la privacidad del establecimiento.

Firma	Fecha
-------	-------

En esta lista estan las personas autorizadas para recibir informacion sobre mi salud, recuperacion y para dar instrucciones a la persona de trasportacion sobre el cuidadao necesario cuando este en casa, al igual doy permiso para llamarlos en caso de que no puedan localisarme y dejar recado con ellos. Cualquier persona que llame para tener informacion sobre mi salud o estancia en este establecimiento; y no esten en esta lista no se les dara ninguna informacion de mi . Seguiremos todos los reglamentos como los require el estado con la acta de privacidad al paciente.

Nombre	Relacion	(____)____ Telefono
Nombre	Relacion	(____)____ Telefono
Nombre	Relacion	(____)____ Telefono

Para personal de oficina solamente

Tratamos de recibir por escrito que se le dio o se le ofrecio forma de acta de informacion de privacidad, pero no pudo ser collectada por el motivo siguiente: _____

***** Para nuestros Pacientes *****

California Health and Safety Code(Section 128737) requiere que collectemos y mandemos la informaciona las oficinas de Statewide Health Planning & Development desde Enero 1,2005. tenemos toda la informacion execpto (Raza y Etica). Para una copia o informacion de los reglamentos de California Legislative visite la pagina de web al www.dhs.gov.

Raza

- Indio Americano / Nativo de Alaska(R1)
- Asiatico(R2)
- Afro Americano/Negro
- Nativo de Hawaii / Islas Pacifico(R4)
- Blanco(R5)
- Otra Raza (6)
- Desconocido (7)

Etica

- Hispano/Latino(E1)
- No Hispano/Latino(E2)
- Desconocido

Idioma Principal

- Ingles Arabe Chino Japones Espanol
- Frances Griego Italiano Russo Thai
- Aleman Tagalo Navajo Portuges Hindu
- Vietnamese Urdu Yiddish Desconocido

Southern California Gastroenterology Anesthesia Specialists

Consentimiento para Servicio de Anestesia

Yo, _____ autorizo que _____ me provea con sus servicios de anestesia como parte de mi cirugía o procedimiento.

Nombre del Paciente

Proveedor de Anestesia

Entiendo y acepto que el método de anestesia principal usado es "sedación profunda." Este método ha sido explicado y discutido conmigo en términos que puedo entender. Si en el transcurso del tratamiento las condiciones indican un cambio en el método, entiendo y acepto que será a la discreción del **Proveedor de Anestesia** en turno.

Adicionalmente, autorizo cualquier otro procedimiento que el **Proveedor de Anestesia** juzgue sean necesarios para mi bienestar, incluyendo intervenciones que son consideradas indicadas en condiciones descubiertas durante mi cirugía o procedimiento.

Estoy satisfecho(a) con mi entendimiento del plan de cuidado envuelto en la naturaleza de la anestesia y con las desventajas y complicaciones asociadas con este. Estas pueden incluir pero no están limitadas a: inflamación, sangrado o malestar y molestias en el sitio de inyección; flebitis o otros daños a los vasos sanguíneos; daño neural; reacciones alérgicas a los agentes anestéticos; disfunción o pérdida de la memoria temporal; náusea y vómito; trauma dental, incluyendo fractura o pérdida de piezas dentales, puentes, dentaduras, implantes, coronas o rellenos, y laceración de las encías o labios; y recuperación prolongada de la anestesia. También hay un riesgo mínimo de daños serios, incluyendo dificultad para respirar, daño permanente a los órganos, paro cardíaco y muerte.

No se me ha garantizado o se me ha hecho la garantía del resultado o consecuencia del plan de cuidado de la anestesia.

Se me ha otorgado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la anestesia. Se me ha dado la explicación de los procedimientos y técnicas que podrían ser usados, así como también sobre los riesgos, beneficios y alternativas. Entiendo que existen riesgos con cualquier cirugía o procedimiento y anestesia, y que es imposible para el médico o proveedor informarme sobre todas las complicaciones posibles. Siento y pienso que poseo información suficiente para otorgar este **consentimiento informado**.

La siguiente firma certifica que esta persona ha leído este documento y que el paciente y/o el guardián o representante legal autorizado del paciente aceptan estos términos.

Patient Signature

Date/Time

Anesthesia Provider Statement.

I certify that I have explained to the patient/responsible adult the risks, benefits and alternatives of the anesthesia and have allowed the patient/responsible adult to ask questions.

Anesthesiologist Signature or

Date/Time

Certified Registered Nurse Anesthetist Signature