

PATIENT INFORMATION

PRIMER NOMBRE, SEGUNDO, Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL	TELEFONO DE DOMICILIO
CORREO ELECTRONICO	TELEFONO DE CELULAR
LUGAR DE EMPLEO	TELEFONO DEL EMPLEADOR
CONTACTO DE EMERGENCIA Y RELACION	TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

INSURANCE INFORMATION

COMPANIA DE ASEGURANZA	NOMBRE TITULAR DE LA POLIZA
RELACION DEL TITULAR DE LA POLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
LUGAR DE TRABAJO DEL ASEGURADO	NUMERO DE TELEFONO DE EL EMPLEADOR
COMPANIA DE ASEGURANZA SECUNDARIA	NOMBRE TITULAR DE POLIZA
RELACION DEL TITULAR DE LA POLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO
LUGAR DE TRABAJO DEL ASEGURADO	NUMERO DE TELEFONO DE EL EMPLEADOR

RACE/ETHNICITY

☐ AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE	☐ WHITE
☐ ASIAN	☐ HISPANIC
☐ NATIVE HAWAIIAN	☐ OTHER RACE _____
☐ BLACK OR AFRICAN AMERICAN	

NUEVA POLIZA DE PAGOS (PORFAVOR DE LEER ENTERAMENTE)

Progressive Surgical a implementado una nueva poliza para todos nuestros pacientes. Si usted desea ser visto por nuestra oficina, estaremos solicitando su informacion de tarjeta de credito/debito para mantener en archivo y sera usada para cubrir cargos no cubridos por su aseguranza. Pacientes seguiran siendo responsables a pagar copagos, co-aseguranza y cualquier deducible al tiempo de servicio. Si un balance resta despues de que su aseguranza a pagado, recibira dos billes por sus servicios, mandado el primero y quince de cada mes. El Pago se debe 30 dias de el primer bill.

Sera la responsabilidad de el paciente contactar a nuestra officina si tienen cualquier cuestion de su bill, la cantidad debida, configurar un plan de pagos, o darnos otro modo de pago antes de los 30 dias. Si no oimos de usted entro esos 30 dias, el balance de su cuenta sera cobrada a su tarjeta de credito/debito que solicitamos.

Su informacion de trajeta de credito/debito sera mantenido con el mas alto nivel de seguridad y nomas sera usada para sus gastos medicos.

Su entendimiento de y paciencia con esta nueva poliza is muy importante. Para ser claros, no abra cargos a su tarjeta hasta que su aseguranza page y un bill sea mandado por correo a su domicilio. Si no oimos de usted en los 30 dias que el bill fue mandado, cobraremos su tarjeta.

Nombre De Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre en la Tarjeta: _____

Typo de Tarjeta: ____ Visa ____ MasterCard ____ Discover ____ American Express

Numero de Tarjeta: _____

Fecha De Expiracion: ____/____ Codigo De Seguridad: _____ Codigo Postal: _____

Firmar: _____ Fecha: ____/____/____

Forma de Permiso de Tarjeta de Credito/Debito

Mi firma encima autoriza a Progressive Surgical Associates de mantener mi informacion de tarjeta de credito/debito para ser utilizada para cargos que son mi responsabilidad, despues de que mi aseguranza a pagado su porcion. Yo entiendo que esta forma es valida hasta que yo proveer una nota escrita que esta revocada (despues de que todo mi balance este pagado). Tambien entiendo que si cambio mi numero de tarjeta de credito/debito, le suministrare a Progressive Surgical Associates con la nueva informacion de tarjeta de credito/debito.

**AUTORIZACION PARA TRATAR
(PORFAVOR DE INICIAL CADA LINEA ABAJO)**

Yo autorizo y doy mi consentimiento para el tratamiento/atencion rendidos por el medico/personal medico. _____

CONVENIO FINANCIERO Y CESION DE BENEFICIOS

He recibido y leído "nuestra poliza financiera" y estoy de acuerdo con los terminos. Tambien entiendo y acepto que los terminos pueden ser modificados por la practica de vez en cuando. _____

Adicionalmente, autorizo a Progressive Surgical Associates a que cobren a mi compania de azeguranza medica en mi nombre y aceptar pagos de ellos directamente. Se que se me requiere pagar cualquier copago, al igual pagar los cargos asignados a mi deducible o los servicios no cubiertos, incluyendo un asistente personal para la cirugia. _____

PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACION PARA EL USO DE REVELACION DE INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

He recibido o se me ha entregado la oportunidad de recibir una copia del "aviso de practicas de privacidad" el cual explica como, donde, y porque mi informacion medica protegida, el cual puede incluir informacion relacionada con el estatus de VIH/SIDA o reportes de estado mental, puede ser usado o compartido. _____

Aqui autorizo a mi seguro medico que facilite a Progressive Surgical Associates cualquier informacion obtenida en la adjudicacion de cualquier reclamacion en respecto a los servicios recibidos por ellos. Esta autorizacion es valida hasta que sea anulada por mi en escrito. Autorizo a Progressive Surgical Associates que proporcione informacion completa, incluyendo informacion medica protegida, solicitada por mi seguro medico o sus intermediaries con servicios proveidos. _____

Reconozco que Progressive Surgical Associates (PSA), los medicos, las enfermeras y otros empleados de PSA pueden obtener y compartir cualquier o toda mi informacion medica protegida con otros con tal de tratarme, con tal de acordar pago en mi cobro y para cuestiones que le preocupen a las operaciones o responsabilidades. _____

Ademas, autorizo la revelacion de mi informacion medica protegida a los proximos individuales/familiares:

Nombre

Relacion con el Paciente

Nombre

Relacion con el Paciente

NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES DEL PACIENTE

Usted consiente de forma expresa ser contactado por Progressive Surgical Associates (PSA), o algun empleado que llame en su nombre para cualquier y todos los propositos, a cualquier numero telefonico, direccion fisica o electronica que usted ha proveido o al cual se le pueda contactar, incluyendo llamadas, grabaciones, textos enviados por un sistema automatico, o correos electronicos enviados por un sistema de correo electronico. Usted reconoce de forma expresa que este consentimiento no puede ser revocado sin un acuerdo previo aceptado por nosotros. Usted esta de acuerdo en avisarnos inmediatamente cuando su informacion de contacto cambie.

X _____
FIRMA DE EL PACIENTE

FECHA

Doy permiso a Progressive Surgical Associates para:

- ☐ Dejar un mensaje detallado en mi correo de voz de casa/celular
- ☐ Llamar a mi lugar de trabajo y dejar un mensaje
- ☐ Llamar a mi lugar de trabajo y preguntar por mi
- ☐ Ninguna de las anteriores

X _____
FIRMA DE EL PACIENTE O LA PERSONA FINANCIALMENTE RESPONSABLE

FECHA

_____ NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, Y APELLIDO)		_____ FECHA DE NACIMIENTO
_____ NOMBRE DE DOCTOR PRIMARIO	_____ QUIEN LO REFIRIO?	_____ NOMBRE DE SU CARDIOLOGO
_____ NOMBRE Y DIRECCION DE SU FARMACIA?		

ALTURA _____ ft _____ inches	PESO _____ lbs	EDAD _____
------------------------------	----------------	------------

Office only:

MEDICAMENTOS

NOMBRE DE EL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES: PLAVIX, COUMADIN, LOVENOX, ASPIRIN, IBUPROFEN, MOTRIN?

☐ SI ☐ NO SI, SI, CUALES? _____

ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA DIETA O HIERBAS NATURALES?

☐ SI ☐ NO SI, SI, CUALES? _____

HISTORIA MEDICA

TIENE O ALGUNA VES A TENIDO:		
☐ RITMO DE CORAZON ABNORMAL ☐ ANSIEDAD ☐ ARTRITIS ☐ ASMA ☐ ENFERMEDAD AUTOIMMUNO _____ ☐ DESORDEN SANGRANTE ☐ COAGULOS DE SANGRE ☐ CANCER, TIPO: _____ ☐ MALFORACIONES CONGENETICAS ☐ DEPRESION ☐ DIABETES	☐ ALTO COLESTEROL ☐ ERGE/REFLUJO ACIDO ☐ FIBROMIALGIA ☐ ATAQUE DE CORAZON ☐ ENFERMEDAD DE CORAZON ☐ INSUFICIENCIA CARDIACA ☐ PRESION ALTA ☐ VIH/SIDA ☐ HIPERTIROIDA ☐ HIPOTIROIDE ☐ INSUFICIENCIA RENAL	☐ PROBLEMAS DE HIGADO ☐ OSTEOPOROSIS ☐ EMBOLIA PULMONAR ☐ EMBARGO ☐ DERRAME CEREBRAL ☐ TUBERCULOSIS ☐ ULCERA : _____ ☐ OTRO: _____ _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

INDIQUE CUALQUIER ALERGIA A MEDICAMENTOS Y SU REACCION:

_____	_____
_____	_____

HISTORIA DE CIRUGIA

MARQUE CUALQUIER CIRUGIA QUE A TENIDO

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ APENDECTOMIA | ☐ ENDOSCOPIA | ☐ HISTERETOMIA (VAGINAL) |
| ☐ CIRUGIA DE ESPALDA | ☐ VESICULA BILLIAR | ☐ REEMPLAZO DE LA ARTICULACION |
| ☐ CIRUGIA DE BUSTO | ☐ BYPASS GASTRICO / BANDA | ☐ EXTIRPACION DE OVARIOS |
| ☐ CIRUGIA DE COLON/RECTO | ☐ BYPASS CARDIACO | ☐ AMIGDALECTOMIA |
| ☐ COLONOSCOPIA | ☐ CIRUGIA DE HEMORROIDES/BANDAS | ☐ OTROS: _____ |
| ☐ CESAREA | ☐ REPARACION DE HERNIA: _____ | _____ |
| | ☐ HISTERECTOMIA (ABDOMINAL) | |

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

TIENE HISTORIA MEDICA DE **CANCER O CARDIOPATIA** EN SU FAMILIA? PORFAVOR DE NOMBRAR EL FAMILIAR Y SU CONDICION

HISTORIA SOCIAL

OCUPACION: _____

CONSUME ALCOHOL?

☐ SI (CUANTO? _____) ☐ ANTERIORMENTE CONSUMI ALCOHOL ☐ NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL

FUMA TABACO?

☐ PRESENTEMENTE FUMO (CUANTO? _____)

☐ ANTERIORMENTE FUMABA (FECHA QUE PARO: _____) ☐ NUNCA EH FUMADO

PARA MUJERES:

CANTIDAD DE EMBARAZOS: _____

CANTIDAD DE PARTOS: _____

EN LOS ULTIMOS 12 MESES HA USADO: (CIRCULE UNO, SI ALGUNO LE PERTENECE)

COCAINA

MARIHUANA

ANFETAS

OTRAS: _____

EXAMEN DE SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES			CARDIOVASCULAR		
CAMBIO DE PESO RECIENTE	☐ SI	☐ NO	SOPLO CARDIACO	☐ SI	☐ NO
FIEBRE	☐ SI	☐ NO	PROLAPSO DE VALVULA MITRAL	☐ SI	☐ NO
FATIGA	☐ SI	☐ NO	FIEBRE REUMATICA	☐ SI	☐ NO
DOLORES DE CABEZA	☐ SI	☐ NO	DOLOR/ANGINA DE PECHO	☐ SI	☐ NO
DERMATOLOGIA			PALPITACIONES (LATIDOS RAPIDO)	☐ SI	☐ NO
SARPULLIDO O PICAZON	☐ SI	☐ NO	MARCAPASOS	☐ SI	☐ NO
VENAS VARICOSAS	☐ SI	☐ NO	DERRAME CEREBRAL	☐ SI	☐ NO
ENDOCRINO			HISTORIA DE ATAQUE DE CORAZON	☐ SI	☐ NO
PROBLEMA GLANDULARES/HORMONALES	☐ SI	☐ NO	GASTROINTESTINAL		
INTOLORENCIA AL FRIO O AL CALOR	☐ SI	☐ NO	PERDIDA DE APETITO	☐ SI	☐ NO
BOMBA DE INSULINA	☐ SI	☐ NO	ALTERACION DE HABITOS INTESTINALES	☐ SI	☐ NO
CONDICIONES DE CENO			NAUSEAS	☐ SI	☐ NO
DOLOR DE CENO	☐ SI	☐ NO	VOMITOS	☐ SI	☐ NO
BULTO EN EL CENO	☐ SI	☐ NO	DIARREA FRECUENTE	☐ SI	☐ NO
SECRECION DE EL CENO	☐ SI	☐ NO	DEPOSICIONES DOLOROSAS	☐ SI	☐ NO
HEMATOLOGICO/LYNFATICO			CONSTIPACION	☐ SI	☐ NO
TENDENCIAS DE SANGRAR/MORETONES	☐ SI	☐ NO	SANGRADO RECTAL/HECES CON SANGRE	☐ SI	☐ NO
ANEMIA	☐ SI	☐ NO	DOLOR ABDOMINAL	☐ SI	☐ NO
FLETITIS/COAGULOS DE SANGRE EN LAS PIERNAS	☐ SI	☐ NO	PERDIDA DE PESO INVOLUNTARIA	☐ SI	☐ NO
TRANSFUSION ANTERIORMENTE	☐ SI	☐ NO	ICTERICIA	☐ SI	☐ NO
NEUROLOGICO			VOMITO CON SANGRE	☐ SI	☐ NO
CONVULSIONES/CONVULSION DE COAGULOS	☐ SI	☐ NO	HISTORIA DE ENFERMEDAD HEPATICA	☐ SI	☐ NO
ENTUMECIMIENTO/SENSACION DE HORMIGUEO	☐ SI	☐ NO	ACIDEZ/REFLUJO ACIDO	☐ SI	☐ NO
PARALISIS	☐ SI	☐ NO	MUSCULO-ESQUELETICO		
DERRAME CEREBRAL/AIT	☐ SI	☐ NO	DOLOR EN LAS ARTICULACIONES	☐ SI	☐ NO
OFTALMOLOGICO			RIGIDEZ/HINCHAZON DE ARTICULACIONES	☐ SI	☐ NO
USA ANTEOJOS/LENTE DE CONTACTO	☐ SI	☐ NO	DEBILIDAD MUSCULAR/ARTICULAR	☐ SI	☐ NO
VISION DOBLE O BORROSA	☐ SI	☐ NO	DOLOR DE ESPALDA	☐ SI	☐ NO
OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA			PSIQUIATRICO		
ZUMBIDO O PERDIDA AUDITIVA	☐ SI	☐ NO	NERVIOSISMO	☐ SI	☐ NO
HEMORRAGIA NASAL	☐ SI	☐ NO	DEPRESION	☐ SI	☐ NO
DOLOR DE GARGANTA/ALTERACION DE VOZ	☐ SI	☐ NO	INSOMNIA	☐ SI	☐ NO
RESPIRATORIO			ANSIEDAD	☐ SI	☐ NO
ASMA	☐ SI	☐ NO	GENITOURINARIO		
ENGISEMA	☐ SI	☐ NO	INCONTINENCIA O GOTEIO	☐ SI	☐ NO
TOZ CRONICA/FRECUENTE	☐ SI	☐ NO	ORINA CON SANGRE	☐ SI	☐ NO
TUBERCULOSIS	☐ SI	☐ NO	CALCULOS RENALES	☐ SI	☐ NO
NEUMONIA	☐ SI	☐ NO			

MI FIRMA SIGNIFICA QUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONE EN ESTE DOCUMENTO, CUAL INCLUYE MI INFORMACION MEDICA, ES CORRECTA Y COMPLETA A LO MEJOR DE MI RECONOCIMIENTO.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____



OUR FINANCIAL POLICY

The staff at Progressive Surgical Associates is dedicated to providing the best possible care for you, and we want you to be aware of our financial policies to avoid any misunderstandings.

INSURANCE

As a courtesy, Progressive Surgical Associates verifies your benefits with your insurance company. We do this so that you:

- Will have an estimate of what your financial responsibility will be, and
- To determine what portion of your charges should be paid by you at or before the time of service.

A quote of benefits is not a guarantee of benefits or payment. Your claim will process according to your plan's formal regulations, regardless of any good faith quote you/we receive from your insurance prior to your care. Even if you/we have a quote, we cannot guarantee what your insurance company will pay. Therefore, you may receive a bill from us if the insurance company denies, changes, or reduces the payment for the services we provided you. You are financially responsible for all charges. If you authorize it, as a service to you, we will file your claim with your insurance so that your insurance company can pay us directly. We will also follow up for you, but if your insurance company does not pay the claim within a reasonable period, we will have to look to you for payment.

CO-PAYS / DEDUCTIBLES / CO-INSURANCES

All co-payments, deductibles, and co-insurances must be paid at the time of service. This arrangement is part of your contract with your insurance company. Failure on our part to collect co-payments and deductibles from patients can be considered fraud. Please help us in upholding the law by paying your co-payment at each visit.

If your insurance plan has a deductible you have not yet met (we will verify your coverage at the time of visit) you will be expected to pay the visit in full. We offer convenient payment plans.

CREDIT CARD POLICY

We accept Visa, MasterCard, Discover and American Express.

It is the policy of this office to keep a credit card on file for patients under active care. This is a convenient method of payment for the portion of services that your insurance does not cover, but for which you are liable. Furthermore, most insurance plans require deductibles and copayments that may not be known to you or us at the time of your visit.

Your credit card will only be used to pay account balances after insurance processing if/when:

- You instruct us to bill your credit card for any outstanding balance and/or
- Your balance is 60 days past due and we have sent you at least 2 statements and/or
- Your insurance card is invalid and you do not have additional insurance.

You will be notified prior to our making any charges to your credit card.

Medicaid patients will not be required to place a credit card on file due to federal regulations.



OUR FINANCIAL POLICY

SELF-PAY

If you do not have insurance, or if we cannot verify your coverage, payment is due at the time of service. We offer discounted pricing for self-pay visits and convenient payment plans. This self-pay discount is only available to uninsured patients; offering this discount to insured patients is a violation of your and our contract with your insurance.

CHECK POLICY AND RETURNED CHECKS

We accept personal checks for medical services. We do not accept checks for medical products available in our office. We will charge a fee of \$35.00 for all checks returned unpaid.

MISSED APPOINTMENTS

We request a 24-hour notice for ALL office visit cancellations. \$50.00 will be charged for all office visits missed or cancelled without a 24-hour notice. Missed/canceled surgeries without a 72-hour notice will be charged \$150.00. Missed/canceled colonoscopies or EGDs without a 72-hour notice will be charged \$150.00. These fees must be paid before scheduling your next appointment.

ADDITIONAL FEES & SERVICES

Patients may incur additional charges not covered by insurance for services like photocopying and filling out forms. While we are happy to provide this service, it makes a significant impact on our practice resources. In accordance with Illinois law, we charge:

- \$15 for filling out of forms for employers, FMLA, disability, etc.
- For photocopying we charge:
 - \$1.18 per page (pages 1-25)
 - \$.79 per page (pages 26-50)
 - \$.39 per page (over 50 pages)

The State of Illinois allows a Handling Charge of \$31.56 in addition to the above per page fees, however, at this time, we will waive this fee as a courtesy to our patients.

COLLECTIONS

If your account is delinquent, we may file it with a collection agency to collect payment. If this becomes necessary, your account may be charged additional fees to offset some of the collection costs we incur.

Any account with an unpaid balance that is determined to be your responsibility by the insurance company may be sent to collections after 90 days from the Explanation of Benefits date. The collection agency is: Choice Recovery, and they can be reached at 614-358-9900 or toll free at 800-559-9277.



OUR FINANCIAL POLICY

I have read and understand the practice’s financial policy and I agree to be bound by its terms. I also understand and agree that such terms may be amended by the practice from time to time.

Signature of patient (or responsible party, if minor)

Please print the name of the patient

Date

If you are having a surgery with an orthopedic surgeon and Dr. Gamagami:

I agree, if my insurance partially or completely denies my procedure or any component of it, I will be responsible for the charges:

Signature of patient (or responsible party, if minor)