



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist
3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179 F:323.300.2021

NOMBRE/ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy): _____ SEXO: _____

DIRECTION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____
NUMERO DO CELLULAR _____

PODEMOS TEXTIARLE/LLAMAR? SI / NO

PODEMOS DEJARLE MESSAGES EN SU TELEFONO SOBRE RESULTADOS:: SI / NO

PODEMOS RECORDARLE SOBRE SITAS POR TEXTO? SI / NO

Tenga en cuenta que no respondemos con respecto a preguntas médicas para esta función de texto. Si tienes una pregunta con respecto a su condición médica, debe llamar a la oficina o llamar al 911 si es una emergencia. Además, puede revocar la opción de recordatorios de texto en cualquier momento notificándonos.

ESTADO CIVIL () SOLTERO () CASADO () DIVORCIADO () VIUDO () VIVIENDO CON COMPAREJA

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

NUMERO DE LISENCIA /IDENTIFICATION: _____

INFORMATION DE EMPLEADOR

NOMBRE DE COMPANIA _____ Occupation _____

DIRECTION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO
POSTAL _____

ANOS EMPLEADO _____ TIEMPO COMPLETO _____ TIEMPO MEDIO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELATION: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

INFORMATION DE PHARMACIA

NOMBRE: _____



LOCATION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

INFORMATION DE ASEGURANZA DE PACIENTE.



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist
3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179
F:323.300.2021

NOMBRE DE ASEGURANZA O NOMBRE DE GRUPO:

_____ NOMBRE DE ASEGURADO

ASEGURADO: _____

(NUMERO DE MIEMBRO) ID# _____

REFERENCIA

COMO ESCUCHO SOBRE DR. S. SACHAR M.D.? _____

() TELEVISION

() INTERNET (Google/Yelp)

() MEDIA SOCIAL

() AMISTADES /FAMILIA (*PORFAVOR EXPLIQUE QUIEN*) _____

() DOCTOR _____

POLIZA/GRUPO # _____ FECHA

EFFECTIVA _____ SUBSCRIBIDOR :

PROPIO / OTRO NOMBRE:: _____

DIA DE NACIMIENTO:: _____

NOMBRE DE SEGUNDA ASEGURANZA O NOMBRE DE GRUPO

_____ NOMBRE DE

ASEGURADO:: _____

SUBSCRIBIDOR:: _____

ID# _____

POLIZA / GRUPO # _____ DIA

EFFECTIVA: _____

Lgal Asignación de beneficios y designación de un representante autorizado

En considerar de los gastos médicos en los que se incurrirá, yo, el abajo firmante, tengo seguro y / o cobertura de beneficios de atención médica para empleados con el título anterior, y por la presente asigno y transfiero directamente a los proveedores de atención médica mencionados anteriormente, como mi representante autorizado designado , todos los beneficios médicos y / o el estado de participación en la red de atención administrada del proveedor de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cambios, independientemente de los pagos de beneficios o seguros aplicables. Entiendo que soy responsable de verificar la elegibilidad en esta oficina y por la presente autorizo a los proveedores mencionados arriba a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos bajo HIPPA. Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y mi abogado a entregar a dicho proveedor (es) para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso o cualquier remedio aplicable. Autorizo el uso de esta firma en todos los reclamos de beneficios médicos de mi seguro y / o empleados.

Por la presente, transmito a los proveedores

ACCUERDO Y AUTHORIZATION DEL PACIENTE.



**COASTAL VIEW GASTROENTEROLOGY
OF SOUTH BAY, INC**

Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist
3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179
F:323.300.2021

mencionados anteriormente, en la máxima medida permitida en virtud de la

PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DEL PLAN MÉDICO Y DE SALUD PARA EL PROCESAMIENTO DE RECLAMOS Y REEMBOLSOS COMO

REQUERIDO POR FEDERAL

ley y bajo cualquier plan (es) de grupo de salud para empleados, pólizas de seguro o reclamo de responsabilidad, cualquier reclamo, elección en acción u otro derecho que pueda tener sobre dicho (s) plan (es) de salud grupal, pólizas de seguro o reclamo de responsabilidad, cualquier reclamo, elegí en acción, u otro derecho que pueda tener sobre dichos planes de salud grupales, emisores de seguros de salud o aseguradores de agravios bajo cualquier póliza de seguro aplicable, plan (es) de beneficios para empleados o pólizas públicas con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos que recibí de los proveedores mencionados anteriormente, y en la medida permitida por la ley para reclamar o gravar dichos beneficios médicos, liquidación, reembolso del seguro y cualquier remedio aplicable, incluidos, entre otros, (1) sobre hechos o leyes, (2) presentación de pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud, o dar o recibir cualquier aviso sobre procedimientos de apelación; y (5) cualquier acción administrativa y judicial por parte de dicho proveedor (es) para perseguir tal reclamo, eligió en acción o derecho contra cualquier parte responsable o grupo de salud o plan de salud de grupo de empleados en³ mi nombre con estatus derivado pero en dicho proveedor

(es) gastos. A menos que se revoque, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales bajo PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales aplicables. Una fotocopia de esta cesión se considerará válida como original. He leído y entiendo completamente este acuerdo.

FIRMA DEL ASEGURADO OR GUARDIA.



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist
3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179 F:323.300.2021

HISTORIAL MEDICO

NOMBRE _____ FECHA DE
NACIMIENTO _____

HISTORIA MEDICA

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE LA VESICULA | <input type="checkbox"/> Ulcer | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> DIABETES | | <input type="checkbox"/> ANEMIA |
| <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS | | <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA |
| <input type="checkbox"/> DEPRESION | | <input type="checkbox"/> PODER LEGAL |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSION | | <input type="checkbox"/> ALLERGIAS |
| | | <input type="checkbox"/> Cancer SI, QUE TIPO? _____ |

ALLERGIES:

ERES ALLERGICO AL LATEX ? SI / NO

ALLERGIAS A LAS MEDICACIONES E REACTION.

_____ Alergias y reacciones a los alimentos:

MEDICAMENTOS

LISTE MILIGRAMOS Y MEDICATIONES:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Supplements/ Vitamins: _____

SIRUGIAS:

PORFAVOR LISTE SIRUGIAS RECIENTE: (INCLUJENDO SIRUGIAS ELECTIVAS)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Indique cualquier hospitalización y fechas:

_____ 4



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist
3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179 F:323.300.2021

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

HISTORIAL DE SALUD DE FAMILIA: (SI? QUIEN?)

Cáncer del colon
Cáncer del Estomago _____
Pólipos en el
colon: _____
Enfermedad celíaca: _____
Cáncer pancreático: _____
Diabetes: _____
Enfermedad de la tiroides: _____

Alguna ves has tenido?:

Please list the dates and performing doctor:

Presión arterial alta _____
Cáncer: _____
Enfermedad menta: _____
Enfermedad hepática _____
Enfermedad cardíaca: _____
Accidente cerebrovascular: _____

Colonoscopia _____
Endoscopia superior _____

FACTORES DE RIESGO DE HEPATITIS C: (Marque uno)

Transfusión de sangre antes de 1992 Sí / No Contacto con sangre / fluidos corporales Sí / No Abujas / cepillo de dientes compartidos Sí / No
Perforación corporal Sí / No Uso de drogas intravenosas Sí / No ¿LE GUSTARÍA SER EXAMINADO HOY (PRUEBA DE SANGRE)? Sí
No

SOCIAL:

¿Fumas? Sí / No (en caso afirmativo, con qué frecuencia: _____) ¿Bebe alcohol? Sí / No (en caso afirmativo, con
qué frecuencia: _____) ¿Usa / ha usado drogas ilícitas? Sí / No (en caso afirmativo, con qué frecuencia:
_____) ¿Casado? Sí / No ¿Niños? Si no Ocupación:



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist

3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179 F:323.300.2021

Nos complace que haya elegido al Dr. Sachar como su proveedor de atención médica.

Lea las notificaciones importantes a continuación para familiarizarse con nuestras políticas de práctica.

Equipo

Todas las visitas de gastroenterología son solo con cita previa. Si por alguna razón no puede asistir a su cita, avísenos con al menos 24 horas de anticipación. Si va a llegar tarde, le agradeceríamos que nos llame. Sin embargo, habrá un cargo de \$ 25 en su cuenta si no se presenta o no cancela la cita. Hay un cargo de \$ 150 en su cuenta si cancela una colonoscopia o una endoscopia superior sin previo aviso con 48 horas de anticipación.

Asesoramiento telefónico

Si tiene una emergencia médica, llame al 911 antes de comunicarse con nuestra oficina. El personal de nuestra oficina está capacitado para atender preguntas relacionadas con la mayoría de las dolencias menores. Las preguntas que no sean urgentes se devolverán dentro de 1-2 días hábiles. Si el problema es más urgente, el mensaje se transmitirá al Dr. Sachar y debe esperar una llamada ese día. Es posible que le pidamos que venga ya que algunos problemas no se pueden resolver por teléfono.

Recetas de farmacia

Es posible que le den una receta para medicamentos o recambios de medicamentos junto con su atención. Es importante consultar con su farmacéutico sobre las posibles interacciones con otros medicamentos que esté tomando actualmente. El Dr. Sachar recomienda que consulte con www.PrescribingReference.com para conocer los posibles riesgos, beneficios e interacciones. Se aceptan solicitudes de recarga de lunes a viernes, de 9 a. M. A 4 p. M. Las solicitudes de recarga fuera de esos horarios se llenarán el siguiente día hábil. Si se necesita una autorización previa para su medicamento (esto lo determina su compañía de seguros, no nosotros), puede haber una demora sustancial en la recepción de sus medicamentos.

Prácticas de privacidad de HIPAA

Coastal View Gastroenterology of South Bay Inc. sigue las pautas de HIPAA con respecto a su PHI (Información de salud protegida). Las copias de nuestro Aviso de prácticas de privacidad están disponibles en la recepción.

Cuotas administrativas

Hay un cargo administrativo mínimo de \$ 35 por cualquier formulario administrativo en la oficina, incluidos los formularios de "regreso al trabajo", "tiempo libre" o complementarios. También hay un cargo administrativo mínimo de \$ 35 por registros médicos, hasta cinco páginas, que se copian en la oficina y / o se envían a otra persona. Las oficinas legales que busquen dichos registros incurrirán en tarifas adicionales. Copagos, deducibles y servicios no cubiertos. Esto resultará en una tarifa de \$ 35 por la inmensa cantidad de tiempo y papeleo necesarios.

Reconozco que soy financieramente responsable de los copagos, deducibles y servicios no cubiertos. Todos los copagos vencen al momento del servicio.

Facturación y cobros

Reconozco que Coastal View Gastroenterology of South Bay Inc. está brindando servicios de buena fe para recibir una compensación adecuada de manera oportuna. Si es necesario, el paciente y / o el garante serán responsables de los cargos por Gracias por elegirnos como su centro de atención médica. Nuestro objetivo es brindarle atención médica de la más alta calidad a un costo asequible. Para asegurarnos de que nuestros servicios estén disponibles para tantos pacientes como sea posible de manera asequible, hemos adoptado la política de cobranza financiera que se describe a continuación.

- Podemos aceptar cualquier seguro asignable con cobertura aplicable.
- Podemos ofrecer asistencia financiera (descuento, exención o reducción de deducibles, copagos y coseguro) bajo nuestra Política de Indigencia a todos los pacientes elegibles según el caso. La Política de Indigencia está disponible a pedido.
- El pago total debe realizarse en el momento del servicio, a menos que se acuerde lo contrario.
- Aceptamos efectivo y las principales tarjetas de crédito. No aceptamos cheques personales.

Respecto a los seguros

Podemos aceptar la asignación de beneficios de seguro a nuestra discreción si se proporciona una identificación de seguro aceptable. La identificación de seguro aceptable se define como una tarjeta de seguro válida, póliza / plan con cobertura aplicable o verificación telefónica.

Como cortesía para nuestros pacientes, el consultorio del médico facturará el seguro verificable y asignable. Sin embargo, usted será personalmente responsable de los saldos de su cuenta, independientemente de si su seguro pagará o no el saldo total de sus reclamaciones, a menos que sea elegible para los descuentos en virtud de nuestra Política de indigencia predeterminada antes de que se presten los servicios. Su póliza de seguro / plan de beneficios para empleados es un contrato entre usted y su compañía de seguros / plan de beneficios para empleados. No somos parte de ese contrato.

Respecto a la PPO

Trabajamos lo mejor que podemos con usted para verificar su elegibilidad y beneficios antes de su cita. Sin embargo, en última instancia, es su responsabilidad verificar la cobertura de su seguro, la autorización, cualquier precertificación y si estamos contratados. Verificaremos su cobertura de seguro y obtendremos la precertificación si corresponde para todos los servicios como cortesía antes de su cirugía. . Por favor, comprenda que la verificación del seguro no es una mora, intereses, tarifas de cobro y / o honorarios razonables de abogados para el procesamiento y / o el cobro del monto adeudado por el paciente. Es responsabilidad del paciente y / o garante proporcionar a Coastal View Gastroenterology of South Bay Inc. información actualizada sobre facturación y seguro en todas y cada una de las visitas. Si su saldo tiene más de 90 días, nuestra compañía de facturación comenzará el proceso de cobro.

_____ Firma de Padres/Guardian/representante /Date

6



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist
3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179 F:323.300.2021

Financial Policy

Gracias por elegirnos como su centro de atención médica. Nuestro objetivo es brindarle atención médica de la más alta calidad a un costo asequible. Para asegurarnos de que nuestros servicios estén disponibles para tantos pacientes como sea posible de manera asequible, hemos adoptado la política de cobranza financiera que se describe a continuación.

- Podemos aceptar cualquier seguro asignable con cobertura aplicable.
- Podemos ofrecer asistencia financiera (descuento, exención o reducción de deducibles, copagos y coseguro) bajo nuestra Política de Indigencia a todos los pacientes elegibles según el caso. La Política de Indigencia está disponible a pedido.
- El pago total se debe realizar en el momento del servicio, a menos que se acuerde lo contrario.
- Aceptamos efectivo y las principales tarjetas de crédito. No aceptamos cheques personales.

Respecto a los seguros

Podemos aceptar la asignación de beneficios de seguro a nuestra discreción si se proporciona una identificación de seguro aceptable. La identificación de seguro aceptable se define como una tarjeta de seguro válida, póliza / plan con cobertura aplicable o verificación

telefónica. Como cortesía para nuestros pacientes, el consultorio del médico facturará el seguro verificable y asignable. Sin embargo, usted será personalmente responsable de los saldos de su cuenta, independientemente de si su seguro pagará o no el saldo total de sus reclamos, a menos que sea elegible para descuentos bajo nuestra Política de Indigencia predeterminada antes de que se presten los servicios. Su póliza de seguro / plan de beneficios para empleados es un contrato entre usted y su compañía de seguros / plan de beneficios para empleados. No somos parte de ese contrato

Respecto a la PPO

Trabajamos lo mejor que podemos con usted para verificar su elegibilidad y beneficios antes de su cita. Sin embargo, en última instancia, es su responsabilidad verificar la cobertura de su seguro, la autorización, cualquier precertificación y si estamos contratados. Verificaremos su cobertura de seguro y obtendremos la precertificación si corresponde para todos los servicios como cortesía antes de su cirugía. . Por favor, comprenda que la verificación del seguro no es una garantía de pago. Es su responsabilidad averiguar si tenemos contrato con su seguro para todos los saldos adeudados. Como ya sabrá, es posible que tenga la opción de elegir un cirujano o instalaciones quirúrgicas con o sin participación en PPO bajo diferentes niveles de cobertura de seguro y beneficios. Estamos dedicados a brindar atención de la más alta calidad a cada paciente; sin embargo, no tenemos poder para cambiar la cobertura de su seguro o las limitaciones de la red. La mayoría de los planes de atención médica o pólizas de seguro pueden brindar cobertura quirúrgica a proveedores e instalaciones que no pertenecen a la PPO, pero con un porcentaje menor del reembolso del seguro. También brindamos a cada paciente asistencia financiera o descuentos con deducibles y coseguros altos. Verificaremos la cobertura de su seguro y obtendremos la precertificación, si corresponde, para todos los servicios como cortesía antes de la cirugía. Por favor, comprenda que la verificación del seguro no es una garantía. de pago.

HMO / IPA

No estamos contratados con ningún grupo HMO o IPA.

7



Sutha Sachar MD Double Board Certified Gastroenterologist

3440 Lomita Blvd, Suite 420, Torrance, CA 90505 T:424.250.9179 F:323.300.2021

Pacientes en efectivo

Si no tiene seguro, el pago total se deberá abonar en el momento del servicio. Si se programa un procedimiento, la mitad de la cantidad se debe pagar en el momento de la programación para guardar su

Cumplimiento y divulgación de conformidad con el Código comercial y profesional de California

De conformidad con el Código de Negocios y Profesiones de California en relación con mi consentimiento informado y elección personal de médicos e instalaciones basadas únicamente en la calidad y seguridad de la atención, la reputación de satisfacción del paciente y mi conocimiento en mi toma de decisiones al ejercer mis derechos con respecto a la cobertura dentro de la red y los costos

compartidos, mi (s) médico (s) tratante (s) y / o clínica (centro) me han informado en el momento del contacto inicial y en el momento de la remisión con respecto a cualquier interés beneficioso significativo y me han informado que puedo elegir cualquier organización con el fin de obtener los servicios ofrecidos y solicitados por mi médico tratante, en relación con mi elección de un médico o una instalación, únicamente en interés de la calidad y seguridad de mi atención médica como resultado de mi consentimiento informado y elección personal de médico (s) y / o clínica (centro): (A) su afiliación, si la hubiera, con el médico o centro para quien se deriva al paciente y (B) que h Él / ella recibirá, directa o indirectamente, una remuneración por referirme a mi solicitud y por ejercer mis derechos de libertad o elección para el (los) proveedor (es) y la instalación bajo la cobertura dentro o fuera de la red según lo provisto por mi salud. plan, de conformidad con todas las leyes federales y estatales aplicables, Medicare, ERISA, PPACA y el Código de Negocios y Profesionales de California.

Médico o centro con un interés beneficioso significativo: Dr. Sutha Sachar M.D. Prime Surgical Center y Pacific Endo-Surgical Center.

Su responsabilidad por la cooperación

Si aceptamos su asignación de seguro como una forma de pago para el reembolso de su seguro, usted acepta cooperar oportunamente con su compañía de seguros o plan de salud en el curso del procesamiento de reclamos de seguros, como consultas de seguros, solicitudes de información adicional, verificación del estado de reclamos o cualquier consulta. con el propósito de procesar su reclamo. También acepta notificarnos inmediatamente de cualquier consulta de seguros o solicitud de información adicional y proporcionarnos una copia de cualquier documentación recibida de la compañía de seguros o enviada a la compañía de seguros por su parte.

En el caso de que reciba cheques de pago de seguro por sus cirugías o servicios prestados por este médico, usted acepta enviar dicho reembolso de seguro a la oficina de verificación dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de los cheques de seguro. En caso de que no nos reenvíe o nos envíe los cheques de reembolso del seguro por los servicios médicos de este proveedor, se anulará todo su acuerdo de descuento y el saldo total se pagará de inmediato, ya que no hay justificación para que usted mantenga el seguro. pago de nuestros servicios como prometió pagar por nuestros servicios, además acepta compensarnos por los honorarios legales si tenemos que contratar servicios legales para cobrar las cuotas pasadas.

Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad posible a un costo asequible. Todos los miembros del personal de nuestra oficina están listos para ayudarlo en todo momento. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas financieras, no dude en consultarnos en cualquier momento. Les damos las gracias por su cooperación.
He leído, entiendo y acepto esta Política financiera.

Firma del paciente o de la parte responsable Nombre del paciente (en letra de imprenta)
