

Patient's Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_ C/S/Z: \_\_\_\_\_

Phone: (Home): \_\_\_\_\_ (Cell): \_\_\_\_\_ (Work): \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_ Primary Language: \_\_\_\_\_

Sex:  M  F Marital Status:  Single  Married  Long-Term Partner  Divorced  Widowed  Separated

Date of Birth: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Driver's License #: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Employer Name: \_\_\_\_\_ Employer Phone: \_\_\_\_\_

Employer Street Address: \_\_\_\_\_ C/S/Z: \_\_\_\_\_

Spouse Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Spouse Employer Name: \_\_\_\_\_ Spouse Employer Phone: \_\_\_\_\_

Employer Street Address: \_\_\_\_\_ C/S/Z: \_\_\_\_\_

Emergency Contact (Name and Phone): \_\_\_\_\_

Who should we thank for referring you to our practice: \_\_\_\_\_

**Insurance Information - A copy of your Insurance Card(s) and Driver's License (photo ID) is Required**

Primary Insurance: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ Policy ID: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Policy Holder Name: \_\_\_\_\_ Policy ID: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

**Communication Authorization - Please Complete**

We are committed to providing private and efficient communication with you. Please indicate the preferred method(s) of contact, should we need to reach you by phone. Place an "X" in the appropriate box(es)

- Home  message to return call  detailed message (results, treatment)  NO Message  voicemail  with an individual  
 Work  message to return call  detailed message (results, treatment)  NO Message  voicemail  with an individual  
 Cell  message to return call  detailed message (results, treatment)  NO Message  voicemail  with an individual

**Release of Information Policy - Please Read**

I hereby authorize San Antonio Gastroenterology Associates, P.A. to use and/or disclose my health information which specifically identifies me or which can reasonably be used to identify me to carry out my treatment, payment, and other health care operations. My protected health information may be released to the following individual(s):

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

I acknowledge that I have been provided the "Notice of Privacy Practices" for San Antonio Gastroenterology Associates, PA.  
I acknowledge that I have completed this form and certify that I am the patient or duly authorized to furnish the information requested.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY

\_\_\_\_\_  
DATE

**San Antonio Gastroenterology Associates was unable to obtain acknowledgement because:**

- Emergency  Patient Non-Responsive  Patient Sedated  Patient Confused/Disoriented  
 Patient Refused - Reason \_\_\_\_\_  Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
STAFF SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

Paciente (Apellido): \_\_\_\_\_ Primer: \_\_\_\_\_ Segundo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Primer Idioma: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Estado Matrimonial:  Soltero(a)  Casado(a)  Cónyuge  Divorciado(a)  Viudo(a)  Separado(a)

Fecha-Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seg. Soc: \_\_\_\_\_ Lic.-Conducir #: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha-Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seg. Soc: \_\_\_\_\_

Empleado de Esposo(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (Trabajo): \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, a quien debemos contactar: \_\_\_\_\_:

¿A quién le debemos las gracias por su referencia a nuestra práctica? \_\_\_\_\_

**Información del Seguro - Una copia de su Tarjeta de Seguro y Licencia de Conducir (foto identificación) es necesario**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

**Autorización de Comunicación - Favor de Completar**

Estamos comprometidos a proporcionar comunicación privada y eficiente con usted. Por favor indique el método preferido(s) de contacto en caso que tenemos que contactarlo por teléfono. Coloque una "X" en la(s) casilla correspondiente(s).

- |                                  |  |  |                                     |  |  |
|----------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casa    | <input type="checkbox"/> mensaje para devolver llamada | <input type="checkbox"/> mensaje detallado (resultados, tratamiento) | <input type="checkbox"/> NO mensaje | <input type="checkbox"/> correo de voz | <input type="checkbox"/> con individuo |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> mensaje para devolver llamada | <input type="checkbox"/> mensaje detallado (resultados, tratamiento) | <input type="checkbox"/> NO mensaje | <input type="checkbox"/> correo de voz | <input type="checkbox"/> con individuo |
| <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> mensaje para devolver llamada | <input type="checkbox"/> mensaje detallado (resultados, tratamiento) | <input type="checkbox"/> NO mensaje | <input type="checkbox"/> correo de voz | <input type="checkbox"/> con individuo |

**La Liberación de Política de Información - Por Favor Lea**

Yo autorizo a San Antonio Gastroenterology Associates, P.A. para usar y/o revelar mi información de salud que específicamente me identifica o que puede usarse razonablemente para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y otras operaciones de atención médica. Mi información de salud protegida se puede liberar a las personas siguientes:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha-Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha-Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha-Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha-Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Reconozco que he sido proporcionado al "Aviso de Prácticas de Privacidad" de San Antonio Gastroenterology Associates, PA.  
Reconozco que he completado este formulario y certifico que soy el paciente o debidamente autorizado para presentar la información solicitada.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O LA PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**San Antonio Gastroenterology Associates fue incapaz de obtener reconocimiento porque:**

- Emergencia  Paciente No Responde  Paciente Sedado  Paciente Confuso/Desorientado  
 Paciente Rechazo - Razon \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
FECHA