

# GASTROINTESTINAL DIAGNOSTIC CENTERS

www.browardgi.com

Telephone: (954) 963-0888 Fax: (954) 985-9818

Jeffrey A. Steiner, M.D.

Peter S. Yotseff, M.D.

Brian S. Dooreck, M.D.

Daniel L. Cohen, M.D.

NAME *NOMBRE* \_\_\_\_\_ REFERRED BY *REFERIDO POR* \_\_\_\_\_

ADDRESS *DIRECCION* \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_

CITY *CIUDAD* \_\_\_\_\_ STATE *ESTADO* \_\_\_\_\_ ZIP *CODIGO POSTAL* \_\_\_\_\_

HOME PHONE *TELEFONO DE LA CASA* \_\_\_\_\_ CELL *CELULAR* \_\_\_\_\_

SEX *SEXO*  M  F SS# *SEGURO SOCIAL* \_\_\_\_\_ DOB *FECHA DE NACIMIENTO* \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS *ESTADO CIVIL*  S *SOLTERO*  M *CASADO*  D *DIVORCIADO*  W *VIUDO/A*

EMPLOYER *EMPLEADOR* \_\_\_\_\_ OCCUPATION *OFICIO* \_\_\_\_\_

ADDRESS *DIRECCION* \_\_\_\_\_ PHONE *TELEFONO* \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\***CONTACT IN CASE OF EMERGENCY, OTHER THAN SOMEONE LIVING WITH YOU** \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\**ALGUIEN A QUIEN CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA, QUE NO VIVA CON USTED*\*\*\*\*\*

NAME *NOMBRE* \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP *RELACION* \_\_\_\_\_

PHONE *TELEFONO* \_\_\_\_\_ ADDRESS *DIRECCION* \_\_\_\_\_

**ALLERGIES AND REACTIONS** *ALERGIAS Y REACCIONES* \_\_\_\_\_

MEDICATIONS *MEDICAMENTOS* \_\_\_\_\_

SMOKE *FUMADOR?*  NO  YES *SI*, HOW MUCH *CANTIDAD?* \_\_\_\_\_  DAY *DIA*  WEEK *SEMANA*

DRINK *CONSUME ALCOHOL?*  NO  YES *SI*, HOW MUCH *CANTIDAD?* \_\_\_  D *DIA*  WEEK *SEMANA*

SURGERIES & DATES *CIRUGÍAS Y FECHAS* \_\_\_\_\_

HOSPITALIZATIONS & DATES *HOSPITALIZACIONES Y FECHAS* \_\_\_\_\_

FAMILY HISTORY OF COLON CANCER *EN SU FAMILIA HAY HISTORIA DE CÁNCER DEL COLON?*

YES *SI*  NO *NO* IF YES, WHO AND WHAT AGE DIAGNOSED *SI, QUIEN Y A QUE EDAD* \_\_\_\_\_

## ➔ YOUR MEDICAL HISTORY *SU HISTORIA MÉDICA*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> HYPERTENSION <i>HIPERTENSION</i>         | <input type="checkbox"/> COLON POLYPS <i>POLIPOS EN EL COLON</i>   | <input type="checkbox"/> BLOODY STOOL <i>HECES CON SANGRE</i>        |
| <input type="checkbox"/> HEART DISEASE <i>ENF. DEL CORAZON</i>    | <input type="checkbox"/> HEMORRHOIDS <i>HEMORROIDES</i>            | <input type="checkbox"/> CHANGE BOWEL HABITS <i>CAMBIOS FECAL</i>    |
| <input type="checkbox"/> HEART ATTACK <i>INFARTO</i>              | <input type="checkbox"/> DIVERTICULOSIS <i>DIVERTICULOSIS</i>      | <input type="checkbox"/> CONSTIPATION <i>ESTREÑIMIENTO</i>           |
| <input type="checkbox"/> HIGH CHOLESTEROL <i>CHOLESTEROL</i>      | <input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS <i>DIVERTICULITIS</i>      | <input type="checkbox"/> DIARRHEA <i>DIARREA</i>                     |
| <input type="checkbox"/> DIABETES <i>DIABETICO/A</i>              | <input type="checkbox"/> COLITIS <i>COLITIS</i>                    | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL PAIN <i>DOLOR ESTOMACAL</i>       |
| <input type="checkbox"/> HYPOTHYROIDISM <i>HIPOTIROIDISMO</i>     | <input type="checkbox"/> IBD (CROHN'S or UC) <i>IBD</i>            | <input type="checkbox"/> INDIGESTION <i>INDIGESTION</i>              |
| <input type="checkbox"/> ASTHMA <i>ASMA</i>                       | <input type="checkbox"/> IBS (IRRITABLE BOWEL) <i>IBS</i>          | <input type="checkbox"/> NAUSEA <i>NAUSEA</i>                        |
| <input type="checkbox"/> COPD/EMPHYSEMA <i>PULMONES</i>           | <input type="checkbox"/> LACTOSE INTOLERANCE <i>INTOL. LACTOSA</i> | <input type="checkbox"/> VOMITING <i>VOMITOS</i>                     |
| <input type="checkbox"/> STROKE or TIA <i>DERRAME CEREBRAL</i>    | <input type="checkbox"/> HEARTBURN/GERD <i>REFLUJO</i>             | <input type="checkbox"/> DIFFICULTY SWALLOWING <i>DIFIC. TRAGAR</i>  |
| <input type="checkbox"/> SEIZURES <i>EPILEPSIA (CONVULSIONES)</i> | <input type="checkbox"/> HIATAL HERNIA <i>HERNIA HIATAL</i>        | <input type="checkbox"/> WEIGHT LOSS <i>PERDIDA DE PESO</i>          |
| <input type="checkbox"/> RENAL DISEASE <i>ENF. DE RINONES</i>     | <input type="checkbox"/> ULCERS <i>ULCERAS</i>                     | <input type="checkbox"/> WEIGHT GAIN <i>AUMENTO DE PESO</i>          |
| <input type="checkbox"/> RHEUMATIC FEVER <i>FIEBRES REUM.</i>     | <input type="checkbox"/> GALLBLADDER DISEASE <i>VESICULA</i>       | <input type="checkbox"/> DENTURES <i>DENTADURAS POSTIZAS</i>         |
| <input type="checkbox"/> BLOOD DISORDER <i>ENF. SANGUINEA</i>     | <input type="checkbox"/> HEPATITIS/JAUNDICE <i>HEPATITIS</i>       | <input type="checkbox"/> PSYCHIATRIC <i>ENF. PSIQUIÁTRICA</i>        |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA <i>ANEMIA</i>                     | <input type="checkbox"/> DRUG ABUSE <i>ABUSO DE DROGAS</i>         | <input type="checkbox"/> BARIATRIC SURGERY <i>CIRUJIA BARIATRICA</i> |
| <input type="checkbox"/> CANCER _____                             | <input type="checkbox"/> ALCOHOL ABUSE <i>ABUSO DE ALCOHOL</i>     | <input type="checkbox"/> OTHER <i>OTRO</i> _____                     |

**AUTHORIZATION FOR INSURANCE BENEFITS**

*AUTORIZACIÓN PARA BENEFICIOS DE SEGUROS*

I UNDERSTAND THAT GASTROINTESTINAL DIAGNOSTIC CENTERS WILL NOT BE RESPONSIBLE FOR ANY RESTRICTIONS, LIMITATIONS, CO-INSURANCE OR DEDUCTIBLES BEING IMPOSED BY MY INSURANCE COMPANY.

I UNDERSTAND AND AGREE THAT I AM ULTIMATELY RESPONSIBLE FOR THE BALANCE ON MY ACCOUNT FOR ANY PROFESSIONAL SERVICES RENDERED.

I REQUEST THAT PAYMENT OF AUTHORIZED MEDICARE/AND OR OTHER INSURANCE COMPANY BENEFITS BE MADE TO GASTROINTESTINAL DIAGNOSTIC CENTERS ON MY BEHALF OF MY INSURANCE COMPANY FOR ANY SERVICES FURNISHED BY THAT PARTY WHO ACCEPTS ASSIGNMENT. REGULATIONS PERTAINING TO MEDICARE ASSIGNMENT OF BENEFITS APPLY.

I HEREBY AUTHORIZE THE DOCTOR TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE THE PAYMENT OF BENEFITS.

I AUTHORIZE THE USE OF THIS SIGNATURE ON ALL INSURANCE SUBMISSIONS.

I UNDERSTAND IT IS MANDATORY TO NOTIFY THE PROVIDER OF ANY OTHER PARTY WHO MAY BE RESPONSIBLE FOR PAYMENT OF MY TREATMENT.

*ENTIENDO QUE CENTROS DIAGNOSTICOS GASTROINTESTINALES NO SERÁN RESPONSABLES POR CUALQUIER RESTRICCIÓN, LIMITACIÓN, CO PAGOS O DEDUCIBLES IMPUESTOS POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS.*

*ENTIENDO Y TOMO RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DEL BALANCE EN MI CUENTA POR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS.*

*SOLICITO QUE LOS PAGOS DE MEDICARE Y OTRAS COMPAÑIAS BENEFICIARIAS DE SEGUROS SEAN PAGADOS A CENTROS DIAGNOSTICOS GASTROINTESTINALES POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. CIERTAS REGLAS Y REGULACIONES APLICAN AL SERVICIO DE MEDICARE.*

*POR LA PRESENTE AUTORIZO AL DOCTOR A FACILITAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS SERVICIOS MEDICOS.*

*YO AUTORIZO EL USO DE ESTA FIRMA EN TODAS LAS SUMISIONES DEL SEGURO.*

*ENTIENDO QUE ES OBLIGATORIO NOTIFICAR EL PROVEEDOR DE CUALQUIER OTRA PARTE QUE PUDIERAN SER RESPONSABLE DEL PAGO DE MI TRATAMIENTO.*

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE *FIRMA*

\_\_\_\_\_  
DATE *FECHA*

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME *IMPRIMA SU NOMBRE*

Telephone: (954) 963-0888 Fax: (954) 985-9818

Jeffrey A. Steiner, M.D.

Peter S. Yotseff, M.D.

Brian S. Dooreck, M.D.

Daniel L. Cohen, M.D.

**RECORDS RELEASE AUTHORIZATION**

*ACTA DE AUTORIZACIÓN DE EXPEDIENTES*

TO:

---

---

---

---

---

---

---

I, \_\_\_\_\_, hereby request release copy of my medical records to:  
(Print Your Name)

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la petición de copias de mi expediente médico a:  
(Escriba su nombre)

Gastrointestinal Diagnostic Centers  
2245 North University Drive  
Pembroke Pines, FL 33024  
**Fax (954) 985-9818**

\_\_\_\_\_  
DATE *FECHA*

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT *FIRMA*

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME *ESCRIBA SU NOMBRE*

\_\_\_\_\_  
ADDRESS *DIRECCION*

\_\_\_\_\_  
DATE OF BIRTH *FECHA DE NACIMIENTO*

\_\_\_\_\_  
SS# *SEGURO SOCIAL*

\_\_\_\_\_  
WITNESS *TESTIGO*

I authorize to disclose my medical records to the following individuals:

---

---

---

---

*Yo autorizo a revelar mis records médicos a las siguientes personas:*

---

---

---

---

**DISCLAIMER:** The information contained in this facsimile message is intended for the sole confidential use of the designated recipients and may contain confidential information. If you have received this information in error, any review, dissemination, distribution or copying of this information is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please notify us immediately by telephone and return the original message to us by mail or fax back to the sender.

**Consent for Purposes of Treatment, Payment and Healthcare Operations**

*Consentimiento para el Tratamiento, Pago y Operaciones Medicas*

I consent to the use or disclosure of my protected health information by **Gastrointestinal Diagnostic Centers** for the purpose of diagnosing or providing treatment to me, obtaining payment for my health care bills or to conduct health care operations of **Gastrointestinal Diagnostic Centers**. I understand that diagnosis or treatment of me by **Jeffrey A. Steiner, M.D., Peter S. Yotseff, M.D., Brian S. Dooreck, M.D., and Daniel L. Cohen, M.D.** may be conditioned upon my consent as evidenced by my signature on this document.

I understand I have the right to request a restriction as to how my protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment or healthcare operations of the practice. **Gastrointestinal Diagnostic Centers** is not required to agree to the restrictions that I may request. However, if **Gastrointestinal Diagnostic Centers** agrees to a restriction that I request, the restriction is binding on **Gastrointestinal Diagnostic Centers** and **Jeffrey A. Steiner, M.D., Peter S. Yotseff, M.D., Brian S. Dooreck, M.D., and Daniel L. Cohen, M.D.**

I have the right to revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that **Jeffrey A. Steiner, M.D., Peter S. Yotseff, M.D., Brian S. Dooreck, M.D., and Daniel L. Cohen, M.D.** or **Gastrointestinal Diagnostic Centers** has taken action in reliance on this consent.

My "protected health information" means health information, including my demographic information, collected from me and created or received by my physician, another health care provider, a health plan, my employer or a health care clearinghouse. This protected health information relates to my past, present or future physical or mental health or condition and identifies me, or there is a reasonable basis to believe the information may identify me.

I understand I have a right to review **Gastrointestinal Diagnostic Centers** Notice of Privacy Practices prior to signing this document. The **Gastrointestinal Diagnostic Centers** Notice of Privacy Practices has been provided to me. The Notice of Privacy Practices describes the types of uses and disclosures of my protected health information that will occur in my treatment, payment of my bills or in the performance of health care operations of the **Gastrointestinal Diagnostic Centers**. The Notice of Privacy Practices for **Gastrointestinal Diagnostic Centers** is also provided in the waiting room. This Notice of Privacy Practices also describes my rights and the duties of **Gastrointestinal Diagnostic Centers** with respect to my protected health information.

**Gastrointestinal Diagnostic Centers** reserves the right to change the privacy practices that are described in the Notice of Privacy Practices. I may obtain a revised notice of privacy practices by calling the office and requesting a revised copy be sent in the mail or asking for one at the time of my next appointment.

*Doy mi consentimiento para facilitar mi información de salud protegida por **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** con el fin de diagnostico y/o tratamiento, en el obtener pago por mis cuentas de atención médica o para realizar operaciones de atención médica de **Centros Diagnósticos Gastrointestinales**. Entiendo que mi diagnóstico y/o tratamiento por **Jeffrey A. Steiner, MD, Peter S. Yotseff, MD, Brian S. Dooreck, MD, y Daniel L. Cohen, MD** puede ser condicionada a mi consentimiento como lo demuestra mi firma en este documento.*

➔ **CONTINUED ON PAGE 5 CONTINÚA EN LA PÁGINA 5**

===== **GASTROINTESTINAL DIAGNOSTIC CENTERS** =====

www.browardgi.com

Telephone: (954) 963-0888 Fax: (954) 985-9818

Jeffrey A. Steiner, M.D.

Peter S. Yotseff, M.D.

Brian S. Dooreck, M.D.

Daniel L. Cohen, M.D.

*Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción en cuanto a cómo mi información protegida de salud sea utilizada o divulgada para tratamiento, pago u operaciones de salud de la práctica. **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** no está obligada a aceptar las restricciones que puedo pedir. Sin embargo, si **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** está de acuerdo a una restricción que yo pida, la restricción es vinculante para **Centros Diagnósticos Gastrointestinales y Jeffrey A. Steiner, MD, Peter S. Yotseff, MD, Brian S. Dooreck, MD, y Daniel L. Cohen, MD.***

*Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que **Jeffrey A. Steiner, MD, Peter S. Yotseff, MD, Brian S. Dooreck, MD, y Daniel L. Cohen, MD** o **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** ha tomado acción basada en este consentimiento.*

*Mi "información de salud protegida", es decir, la información privada de mi salud, incluyendo mi información demográfica, obtenidos de mí y creada o recibida por mi médico, otro médico, un plan de salud, mi empleador o un centro de atención de salud. Esta información protegida de salud se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o que existe una base razonable para creer que la información puede identificar.*

*Entiendo que tengo el derecho de revisar **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento. Los avisos de privacidad de **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** han sido proveídos a mí. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe los tipos de usos y revelaciones de mi información protegida de salud que se producirán en mi tratamiento, el pago de mis cuentas o en el desempeño de las operaciones de atención de la salud de **Centros Diagnósticos Gastrointestinales**. El Aviso de Prácticas de Privacidad para **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** también se encuentra en la sala de espera. Este Aviso de prácticas de privacidad también describe mis derechos y los deberes de los **Centros Diagnósticos Gastrointestinales** con respecto a mi protegida información médica.*

***Centros Diagnósticos Gastrointestinales** reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo puedo obtener un aviso revisado de prácticas de privacidad llamando y solicitándolo a la oficina, esta se enviará por correo o lo puedes solicitar en su proxima cita.*

---

**SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE**  
*FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL*

---

**NAME OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE**  
*NOMBRE DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL*

---

**DATE**  
*FECHA*

---

**DESCRIPTION OF PERSONAL REPRESENTATIVE'S AUTHORITY**  
*DESCRIPCION DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL*