

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE/ PATIENT INFORMATION SHEET

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Dirección Postal (si es diferente):** \_\_\_\_\_  
**Teléfono Principal:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Secundario:** \_\_\_\_\_  
**Idioma Principal:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino /  Femenino  
**Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Soltero /  Casado /  Divorciado /  Viudo /  Pareja de Hecho

**Raza:**  Blanca /  Afroamericana /  Asiática /  Indígena Americana o Nativo de Alaska /  Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico /  Otra \_\_\_\_\_ /  RECHAZA DECLARAR (según lo exige la ley)

**Etnicidad Hispana o Latina:** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No / \_\_\_\_\_ Rechaza Declarar (según lo exige la ley)

### PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS AVANZADOS Y DIRECTIVAS ANTICIPADAS

\_\_\_\_\_ Cuidador (CG) / \_\_\_\_\_ Testamento Vital (LW) / \_\_\_\_\_ Poder Notarial Médico (POA) / \_\_\_\_\_  
Representante o Sustituto Identificado (S) / \_\_\_\_\_ Directiva Anticipada Presente (Y) / \_\_\_\_\_ No Reanimar (DNR) / \_\_\_\_\_  
Sin Directiva Anticipada (Ninguna de las anteriores) (N)

### INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ **Titular Principal de la Póliza:**  Mismo /  Espos(a) /  Hijo(a)  
**Nombre del Titular:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ **Titular Principal de la Póliza:**  Mismo /  Espos(a) /  Hijo(a)  
**Nombre del Titular:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
¿Podemos divulgar información médica a esta persona? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

Se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

¿A quién podemos divulgar su información médica (patología, laboratorios, instrucciones o resultados posteriores al procedimiento)?

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

La información anterior es verdadera según mi conocimiento. Entiendo que si su consultorio participa con mi seguro médico, soy responsable de pagar mi copago y cualquier saldo pendiente como paciente. La autorización o certificación previa del seguro para la cita y/o procedimiento **no garantiza el pago**. Si su consultorio **no participa** con mi seguro, deberé pagar el costo total de la visita (**\$150 la primera visita y \$50 cada visita de seguimiento**). Entiendo que ustedes aceptan **efectivo, cheque, MasterCard, Visa, American Express y Discover** como formas de pago.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE SENSIBILIDAD AL LÁTEX

1. **Sexo:**  Masculino  Femenino
  2. **Raza:**  Caucásico  Negro  Hispano  Otro: \_\_\_\_\_
  3. **¿Alguna vez un médico le ha dicho que es alérgico(a) al látex?**  Sí  No
  4. **¿Cuántas cirugías ha tenido en el pasado?** \_\_\_\_\_
  5. **¿Sufre de alguno de los siguientes padecimientos?**
    - a) Fiebre del heno estacional  Sí  No
    - b) Asma  Sí  No
    - c) Eccema  Sí  No
    - d) Enfermedad autoinmune  Sí  No
  6. **¿Tiene exposición al látex en su trabajo?**  Sí  No
  7. **¿Nació con problemas relacionados con la médula espinal?**  Sí  No
  8. **¿Se cateteriza para orinar?**  Sí  No
  9. **¿Tiene alergias a alimentos?**  Sí  No
  10. **¿Es alérgico(a) a alguno de los siguientes?**
    - a) Plátanos  Sí  No
    - b) Aguacates  Sí  No
    - c) Guacamole  Sí  No
    - d) Castañas  Sí  No
  11. **¿Es alérgico(a) al látex o a productos que contienen caucho?**  Sí  No
- Si su respuesta es sí, sus síntomas son alguno de los siguientes:
- a) Erupción cutánea  Sí  No
  - b) Urticaria  Sí  No
  - c) Picazón  Sí  No
  - d) Sibilancias (silbidos al respirar)  Sí  No
  - e) Dificultad para respirar  Sí  No
  - f) Ojos llorosos  Sí  No
  - g) Anafilaxia  Sí  No
12. **¿Presenta síntomas de alergia mientras:**
    - a) Infla globos?  Sí  No
    - b) Se somete a exámenes dentales?  Sí  No
    - c) Tiene contacto con diafragmas o condones?  Sí  No
    - d) Se somete a exámenes vaginales o rectales?  Sí  No
    - e) Usa guantes de goma?  Sí  No

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

# JOSEPH J. KATTA, M.D.

---

GASTROENTEROLOGY

1900 NEBRASKA AVE SUITE #4 - #5, FORT PIERCE, FLORIDA 34950

PHONE: (772) 466 - 7200

FAX: (772) 466 - 0218

---

JOSEPH J. KATTA, M.D.

VALERIA NIETO-GONZALEZ, MSN, APRN, FNP-BC

ROBERT S. EPSTEIN, M.D.

JACQUELINE NURSE, MSN, APRN, FNP-BC

## RECORDS REQUEST (SOLICITUD DE REGISTROS)

TO: \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE, **AUTORIZO** QUE SE **REVELE MI INFORMACIÓN**, INCLUYENDO DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE MI TRATAMIENTO O EXAMEN REALIZADO DURANTE EL PERÍODO.

FROM \_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

WITNESS: \_\_\_\_\_

REQUESTING PROVIDER: KATTA / NIETO GONZALEZ / NURSE / EPSTEIN

**PLEASE RETURN THIS FORM WITH RECORDS REQUESTED**

### OFFICE LOCATIONS:

<p><b>FORT PIERCE</b> 1900 NEBRASKA AVE STE 4-5 FORT PIERCE, FL 34950 PHONE : (772) 466-7200 FAX : (772) 466-0218</p>	<p><b>ST LUCIE WEST</b> 306 NW BETHANY DR PORT ST. LUCIE, FL 34952 <b>PHONE:</b> (772) 878-1475 <b>FAX :</b> (772) 878-1497</p>	<p><b>PORT ST LUCIE</b> 1700 HILLMOOR DR SUITE 402 PORT ST. LUCIE, FL 34986 PHONE : (772) 236-5757 <b>FAX : (772) 236-5758</b></p>
---	---	--

# Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

## **Información del Paciente:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(Si el paciente es menor de edad) Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

---

## **Información del Seguro Medico:**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

Número de Miembro: \_\_\_\_\_

Proveer la información del seguro no garantiza el pago.

---

## **Responsabilidad Financiera:**

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable por **todos los cargos que no sean pagados por mi seguro**. Esto incluye, pero no se limita a:

- Deducibles
- Copagos
- Coaseguro
- Servicios no cubiertos o denegados
- Cargos debido a información incompleta o incorrecta del seguro

Entiendo que la cobertura del seguro es un contrato entre yo y mi compañía de seguros, no con el proveedor.

---

## **Reclamaciones de Seguro:**

Autorizo a Joseph J. Katta M.D P.A a facturar mi seguro en mi nombre. Entiendo que cualquier saldo no pagado por el seguro es mi responsabilidad.

## **Pago y Cobranza:**

El pago es debido al recibir una factura. Los saldos no pagados pueden ser enviados a cobranzas, y yo podría ser responsable de los costos de cobranza según lo permita la ley.

## **Reconocimiento:**

He leído y entiendo este Acuerdo de Responsabilidad Financiera y acepto sus términos.

---

Firma del Paciente, Representante Autorizado o Parte Responsable:

Fecha:

---

# JOSEPH J. KATTA, M.D.

---

GASTROENTEROLOGY

## Política de Citas / Cancelaciones / Ausencias sin Aviso

### Citas:

Las visitas al consultorio son solo con cita previa; por favor llame al (772) 466-7200. La recepcionista puede preguntarle el motivo de su visita. Esto nos ayuda a programar el tiempo de los doctores de manera más eficiente. Por favor llegue 10 minutos antes de su cita. Los pacientes que lleguen tarde a cualquier cita pueden ser reprogramados a discreción del médico. Recuerde traer todas sus recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos a cada visita. Esto permitirá que su médico revise su medicación en cada consulta.

### Cancelaciones:

Le agradecemos por ser paciente de nuestra práctica. Valoramos a todos nuestros pacientes y nos esforzamos por brindar la mejor atención posible en un ambiente cómodo. Por favor, comprenda que cuando programamos su cita, estamos reservando tiempo específicamente para usted. Le pedimos amablemente que, si necesita cambiar su cita, nos avise con al menos **24 horas de anticipación**. Esta cortesía nos permite ofrecer su horario reservado a otro paciente que lo necesite. Sabemos que su tiempo es valioso. Cuando programa una cita, se le reserva una sala y se preparan sus expedientes para la visita. Excepto en casos de emergencia médica de otro paciente, puede esperar que cumplamos con el horario. Si no es posible asistir, por favor llame lo antes posible para que otro paciente pueda aprovechar su horario.

### Citas perdidas (no canceladas):

Entendemos que, en ocasiones, se pueden perder citas por diversas razones. Sin embargo, cuando falta a una cita sin cancelarla, otra persona podría haber usado ese tiempo, y su espacio queda sin aprovecharse. Llevamos un registro de las citas perdidas (no canceladas). Se define como **“Ausencia sin aviso / Cancelación tardía”** el faltar a una cita sin cancelarla al menos 24 horas antes de la hora programada. Habrá un cargo por las citas perdidas o no canceladas. **El seguro no cubre las tarifas por ausencias o cancelaciones tardías.** La tarifa de \$25 se suma a cualquier otro cargo incurrido. No se otorgarán reembolsos. Las ausencias repetidas pueden resultar en que su médico le envíe una carta de “retiro de la práctica”. Se le brindará atención de emergencia únicamente durante 30 días y se transferirán sus registros médicos una vez que haya establecido atención con un nuevo proveedor.

### Pago:

El pago debe realizarse **en su totalidad en el momento del servicio. Sin excepciones.**

---

Firma del Paciente:

---

Fecha:

# JOSEPH J. KATTA M.D. P.A

## FORT PIERCE

1900 NEBRASKA AVE STE 4-5  
FORT PIERCE, FL 34950  
PHONE : (772) 466-7200  
FAX : (772) 466-0218

## ST LUCIE WEST

306 NW BETHANY DR  
PORT ST. LUCIE, FL 34952  
PHONE: (772) 878-1475  
FAX : (772) 878-1497

## PORT ST LUCIE

1700 HILLMOOR DR SUITE 402  
PORT ST. LUCIE, FL 34986  
PHONE : (772) 236-5757  
FAX : (772) 236-5758

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

**LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

### NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a entregarle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor.

Este Aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de este Aviso sean efectivos para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la que hayamos creado o recibido antes de dichos cambios.

Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este Aviso y pondremos el nuevo Aviso a su disposición a solicitud.

Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este documento.

### USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usamos y divulgamos su información médica para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo:

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le esté brindando tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones médicas. Las operaciones médicas incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de médicos o proveedores, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, licencias o actividades de credenciales.

**Su autorización:** Además del uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, usted puede otorgarnos autorizaciones por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona y con cualquier propósito. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará los usos o divulgaciones permitidos por su autorización mientras ésta estaba en vigor.

A menos que nos proporcione una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

**A su familia y amigos:** Debemos divulgar su información médica a usted, tal como se describe en la sección de *Derechos del Paciente* de este Aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida en que sea necesario para ayudar con su atención médica o con el pago de la misma, pero solo si usted está de acuerdo en que lo hagamos.

**Personas involucradas en su atención:** Podemos usar o divulgar su información médica para notificar o ayudar en la notificación (incluyendo identificación o localización) de un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, acerca de su ubicación, condición general o fallecimiento.

Si usted está presente, antes de usar o divulgar su información médica, le daremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En caso de incapacidad o emergencia, divulgaremos su información médica basándonos en una determinación profesional, limitando la divulgación únicamente a la información directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las prácticas comunes para hacer inferencias razonables sobre su mejor interés, por ejemplo, permitiendo que una persona recoja sus recetas médicas, suministros, radiografías u otras formas similares de información médica.

---

# JOSEPH J. KATTA M.D. P.A

---

JOSEPH J. KATTA, M.D.  
ROBERT EPSTEIN, M.D.

VALERIA NIETO-GONZALEZ, MSN, APRN, FNP-BC  
JACQUELINE NURSE, MSN, APRN, FNP-BC

## GASTROENTEROLOGY

1900 NEBRASKA AVE SUITE #4 - #5, FORT PIERCE, FLORIDA 34950  
PHONE : (772) 466-7200 FAX : (772) 466-0218

### RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

**PROPÓSITO:** Este formulario se utiliza para obtener su **reconocimiento de haber recibido** nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad o para documentar nuestro **esfuerzo de buena fe** para obtener dicho reconocimiento.

**\*\* USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE ACUSE DE RECIBO \*\***

Yo, \_\_\_\_\_, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de este consultorio.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos divulgar su información médica (patología, instrucciones o resultados posteriores a un procedimiento)?

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar resultados en su contestadora o buzón de voz?  Sí  No

PARA USO DEL CONSULTORIO SOLAMENTE

Intentamos obtener el reconocimiento por escrito de la recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no se pudo obtener debido a:

- El paciente se negó a firmar
- Una barrera de comunicación impidió obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia impidió obtener el reconocimiento
- Otro (especifique):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

# JOSEPH J. KATTA, M.D., P.A.

---

<b>FORT PIERCE</b> 1900 NEBRASKA AVE STE 4-5 FORT PIERCE, FL 34950 PHONE : (772) 466-7200 FAX : (772) 466-0218	<b>ST LUCIE WEST</b> 306 NW BETHANY DR PORT ST. LUCIE, FL 34952 PHONE: (772) 878-1475 FAX : (772) 878-1497	<b>PORT ST LUCIE</b> 1700 HILLMOOR DR SUITE 402 PORT ST. LUCIE, FL 34986 PHONE : (772) 236-5757 FAX : (772) 236-5758
--	--	--

## **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente autorizo a:

- JOSEPH J. KATTA, M.D.       VALERIA NIETO-GONZALEZ, MSN, APRN, FNP-BC  
 ROBERT S. EPSTEIN, M.D.       JACQUELINE NURSE, MSN, APRN, FNP-BC

a liberar mis registros médicos, incluyendo todas las notas de progreso, estudios diagnósticos y notas de consulta a:

Doctor / Centro / Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente / Apoderado legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

# JOSEPH J. KATTA M.D. P.A

---

JOSEPH J. KATTA

VALERIA NIETO-GONZALEZ, MSN, APRN, FNP-BC

ROBERT S. EPSTEIN, M.D.

JACQUELINE NURSE, MSN, APRN, FNP-BC

**FORT PIERCE**

1900 NEBRASKA AVE STE 4-5  
FORT PIERCE, FL 34950  
PHONE : (772) 466-7200  
FAX: (772) 466-0218

**ST LUCIE WEST**

306 NW BETHANY DR  
PORT ST. LUCIE, FL 34952  
PHONE : (772) 878-1475  
FAX: (772) 878-1497

**PORT ST LUCIE**

1700 HILLMOOR DR SUITE 402  
PORT ST. LUCIE, FL 34986  
PHONE : (772) 236-5757  
FAX: (772) 236-5758

## SOLICITUD DE HISTORIA MEDICA

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco y entiendo que, si solicito una copia de mi historia clínica completa, la información que se me proporcionará estará **limitada a los registros de los proveedores/ubicaciones mencionados anteriormente**, así como de cualquier proveedor que haya trabajado previamente en o para **Joseph J. Katta, M.D., P.A.**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_