

Querido paciente,

Su primera cita es una consulta obligatoria inicial con el doctor y no puede pasar la cita. Usted no va a hacer ninguna prueba o procedimientos en este día. Por lo tanto, recibirá más información sobre sus procedimientos o tratamientos ordenados el día de la consulta,

---

## **DIA DE LA SEMANA/FECHA/TIEMPO**

Por favor complete el siguiente paquete y llévelo junto con su tarjeta de seguro y tarjeta de licencia. Además, tenga en cuenta que si recibe su paquete antes de tiempo y no se completa antes de su llegada, entonces hay una alta probabilidad de que otro paciente será visto delante de usted, a pesar de su tiempo de cita. Si no lo recibe de antemano, por favor, llegue, al menos, 15 minutos antes para solicitarlo en la oficina y completarlo antes de que lo vea uno de nuestros doctores. Espere una llamada de recordatorio, al menos un día antes de su cita.

Comuníquese con nuestra oficina para cualquier pregunta o inquietud, o si necesita cancelar o reprogramar su cita.

Gracias,  
Personal de AGMG  
Dr. Dennis Riff  
Dr. Michael Demicco  
Dr. Peter Winkle  
Dr. Kevin Kuettel  
Dr. Brian Riff

Associated Gastroenterology Medical Group  
1211 W La Palma Ave suite 306  
Anaheim, CA 92801

**(714) 778-1300 x220 or x222 Llame para preguntas y hacer citas.**

Dennis S. RF MD, FACC, CPI  
Steven Ducker MD, FACC, CPI  
Michael DeMico MD, FACC  
Peter Winkle MD, FACC, CPI, FACP  
Kevin Kuetzel MD

**ASSOCIATED  
GASTROENTEROLOGY  
MEDICAL GROUP**

1211 W. La Palma Av  
Suite 306  
Anaheim, CA 92801  
Teléfono: (714) 778-1300  
Fax: (714) 778-6235

## Formulario para la entrevista con el paciente

### Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Notas: \_\_\_\_\_

#### Sexo

Masculino  Femenino  Otro

#### Raza

Blanca/Caucásica  Negra o afroamericana  Asiática  Hispana o latina  Amerindio o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Mixta  Otras  Desconocida  El paciente se niega a proporcionar información

#### Origen étnico

Hispano o latino  No hispano ni latino  El paciente se niega a proporcionar información  Chino  Coreano  
 Vietnamita  Japonés  Afroamericano  Otro: \_\_\_\_\_

#### Idioma preferido

Inglés  Español  Otro: especificar idioma

#### Preferencia para el contacto

Teléfono del hogar  Teléfono celular  Email \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

### Antecedentes sociales

Ocupación: \_\_\_\_\_ Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_

#### Estado civil

Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  
 Unión civil  Desconocida  Otro

#### Alcohol

Ninguno

Tipo	Cantidad	Frecuencia



**Cafeína**

Ninguna

(¿Cuál clase y cuántas veces?)

Consumo: \_\_\_\_\_

**Tabaco**

**Tabaquismo**

En la actualidad fuma todos los días

En la actualidad fuma algunos días

Exfumador

Nunca fumó

Fumador, situación actual desconocida

Se desconoce si alguna vez fumó

Tipo

Comenzó

Dejó de fumar

Cantidad

Frecuencia

**Uso de drogas**

Ninguna

Tipo

Cantidad

Número

Frecuencia

**Ejercicio**

None

Tipo

Cantidad

Número

Frecuencia

**Farmacia**

Nombre: \_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICINAS**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**


**\*\* Por favor incluye medicamentos y suplementos herbario que este tomando \*\***

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**

**MILAGRAMOS:**

**CANTIDAD QUE TOMA  
DIARIAMENTE:**

MEDICAMENTOS ACTUALES:	MILAGRAMOS:	CANTIDAD QUE TOMA DIARIAMENTE:

### Alergias

- El paciente no tiene alergias conocidas     El paciente no tiene alergias conocidas a medicamentos
- Yodo o compuestos que contienen yodo     Penicilinas     Sulfas (antibióticos que contienen sulfamidas)     Látex     Otra

### Vacunas

- Ninguna
- Antigripal     Hep A, adulto     Hep B, adulto     Vacuna contra el herpes zóster     Vacuna Pneumovax
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_

### Estudios/Pruebas diagnósticas

- Ninguno
- Colonoscopia     EGD     Endoscopia capsular     Sigmoidoscopia flexible
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_

### Problemas médicos pasados o presentes

- Ninguno
- Pólipos de colon     Síndrome de colon irritable (IBS, por sus siglas en inglés)     Diverticulosis     Artritis     ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico)
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Presión arterial elevada     Diabetes melitus (tipo I)     Diabetes melitus (tipo II)     Hepatitis C     Soriasis
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Cefaleas migrañosas     Hemorragia gastrointestinal     Colesterol aumentado     EPOC     Asma
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Enfermedad de los riñones     Enfermedad cardíaca     Enfermedad hepática     Cáncer - no especificado     Enfermedad de Crohn
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Colitis ulcerativa     Esófago de Barrett     Cáncer de colon     Esofagitis erosiva     Insuficiencia renal con diálisis
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Estenosis esofágica     Otra
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_

### Procedimientos anteriores

- Ninguno
- Apendicectomía     Mastectomía radical     Cesárea     Histerectomía abdominal     Histerectomía transvaginal
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Cirugía de espalda - no especificada     Laparoscopia exploratoria     Colocación de marcapasos     Cateterismo cardíaco - intervención no especificada     Implantación de un desfibrilador
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Cirugía de cataratas     Reparación de hernia hiatal     Reparación de hernia - sin especificar el sitio     Bypass gástrico - tipo no especificado     Reparación de fisura anal
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_
- Biopsia de próstata     Amigdalectomía     Colectomía - laparoscópica     Otra
- Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_    Cuándo: \_\_\_\_\_

# Antecedentes médicos familiares

Desconoce los antecedentes familiares

**Ausencia de antecedentes familiares de**

- Esprúe celiaco
- Cáncer de colon
- Pólipos de colon
- Enfermedad hepática
- Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn

## Diagnósticos

- Diabetes mellitus
- Antecedentes familiares de cáncer de colon
- Antecedentes familiares de pólipos de colon
- Cáncer de estómago
- Cáncer de páncreas
- Cáncer no especificado
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad hepática
- Hipertensión

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo	Tía	Tío
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

# Revisión de sistemas

	Si	No		Si	No		Si	No
<b>Alérgico/Inmunitario</b>			<b>Ojos</b>			<b>Musculoesquelético</b>		
<input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna		
Exposición a VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones persistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pérdida de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reacciones alérgicas fuertes o urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fotofobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						deformidad de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cardiovascular</b>			<b>Gastrointestinal</b>			<b>Neurológico</b>		
<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna		
dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diarrea con el ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cambio en los hábitos diarios de evacuación del intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ortopnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	adormecimiento u hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
edema periférico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
síncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			hemorragia rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			cólicos estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Psiquiátrico</b>		
			vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguna		
			dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>General</b>			<b>Genitourinario</b>			depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna			dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cansancio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	orina de color oscuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alucinaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disminución de la cantidad de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones urinarias frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sudoraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	micciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hematuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Respiratorio</b>		
pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impotencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguna		
			nocturia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			secreción uretral o incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Garganta, nariz, y oído</b>			<b>Hemático / linfático</b>			díscnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna			esputo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sangrado de encías o ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eliminación de sangre al toser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	linfáticos palpables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dificultad para respirar al realizar ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dolor de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	formación de moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
obstrucción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sangrado prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Integumentary</b>					
pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ninguna					
			alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Endocrino</b>			sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Ninguna			urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	comazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
pérdida de cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
intolerancia al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			erupciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Associated Gastroenterology Medical Group  
INFORMACION DEL PACIENTE**

<b>Nombre (Primero, Segundo, Apellido)</b>		<b>Seguro Social #</b> - - -
<b>Direccion de la casa</b>		<b>Estado Civil (Circulo uno)</b>  Soltero Casado Divorciado Viudo
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Correo Electronico</b>	
<b>Contacto de Emergencia (Nombre/Relacion/Numero de telefono)</b>		
<b>Numero de telefono de la casa #:</b>	<b>Numero de celular #:</b>	<b>Numero de trabajo #:</b>
<input type="checkbox"/> Se puede dejar el numero para que usted llame.	<input type="checkbox"/> Se puede dejar el numero para que usted llame.	<input type="checkbox"/> Se puede dejar el numero para que usted llame.
<input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje para que usted llame con la persona.	<input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje para que usted llame con la persona.	<input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje para que usted llame con la persona.
<input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje de voz.		<input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje de voz.
<b>Médico Referente:</b>		

I hereby authorize all insurance benefits to be paid directly to ASSOCIATED GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP. I understand that I am responsible for charges as designated by my insurance companies (e.g. deductibles, copayments). I am also responsible for all charges not covered by my insurance and for any finance fees incurred on unpaid balances. I authorize ASSOCIATED GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP to release any information to my insurance companies whenever requested by them.

\_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma

⑦

## FORMA DE LA RENUNCIA DEL SEGURO

Dennis S. Riff, M.D.,  
A.C.G. C.P.I., Inc.  
Steven L. Duckor, M.D.,  
A.C.G. C.P.I., Inc.  
Michael P. DeMicco, M.D.,  
A.C.G. C.P.I., Inc.  
Kevin D. Kuettel, M.D.,  
Steven J. Winkle, M.D., F.A.C.P.,  
A.C.G. C.P.I., Inc.

211 West La Palma Ave.  
Suite 306  
Anaheim, CA 92801  
Tel: (714) 778-1300 ☐  
Fax: (714) 778-6235 ☐

517 East Chapman Avenue  
Suite 302  
Orange, CA 92869  
Tel: (714) 633-1923 ☐  
Fax: (714) 633-1615 ☐

Nuestro personal está aquí proveer de ti la mejor asistencia médica posible. Hemos recibido el entrenamiento especializado en el campo de la gastroenterología y continuamos nuestra educación atendiendo a seminarios a través del año. Debido a esto, creemos que cuando vienes a nuestra oficina, estás confiando tu cuidado a nuestras manos. Debido a los cambios en la industria médica, se ha traído a nuestra atención que ocasionalmente, muchas compañías de seguros, incluir las organizaciones del mantenimiento de la salud (HMO), organizaciones preferidas del abastecedor (PPO), son poco dispuestas prestar asistencia médica que nos sentimos somos necesarios. Haremos nuestro máximo para conformarnos con las necesidades de tu compañía de seguros, tales como obtención de la pre-autorización, de la pre-certificación y de la verificación de las ventajas de seguro, deductibles y/o co-pagamos. Sin embargo, sin importar cómo es obediente somos, los procedimientos antedichos no garantizan el pago. Está para el que cualquier servicio rendido en nuestra oficina, y autorizado por ti sea debido y pagadero y sea mandado la cuenta directamente a ti. Si esto llega a ser necesario, entra en contacto con por favor nuestra oficina y nos placeremos asistirte en tomar medidas del pago. Si tienes cualesquiera preguntas en cuanto a las cuales los servicios sean cubiertos por tu compañía de seguros, entrar en contacto con por favor tu portador de seguro directamente o leer tu manual de la póliza de seguro. Si requieres cualquier información adicional archivar una queja con tu compañía de seguros, nuestro personal de oficina se placera estar de ayuda.

Sinceramente,  
Associated Gastroenterology Medical Group  
Dennis S. Riff, MD FACG, Inc.  
Michael P. De Micco, MD FACG, Inc.  
Steven L. Duckor, MD FACG, Inc.  
Kevin D. Kuettel, M.D.

Fecha

Nombre del Paciente (Letra de molde)

Iniciales

8

# ADVANZADA DIRECTIVAS

DIRECTIVAS ADVANZADA SON INSTRUCCIONES ESCRITAS QUE COMUNICAN SUS DESEOS SOBRE EL CUIDADO Y EL TRATAMIENTO SI USTED LLEGA A UN PUNTO EN QUE YA NO PUEDE TOMAR SUS PROPIAS DECISIONES DE ATENCION MEDICA.

HE EJECUTADO UNA DIRECTIVAS AVANZADA.      SI    NO

HE DISCUTIDO ESTA DIRECTIVAS AVANZADA      SI    NO  
CON MI MEDICO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

ASSOCIATED GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP  
1211 W. LA PALMA AVE. SUITE 306  
ANAHEIM, CA 92801  
(714)778-1300

9

# HIPAA Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Associated Gastroenterology Medical Group  
1211 W. La Palma Ave. #306  
Anaheim, CA 2801  
714-778-1300

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.**

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y dar a conocer su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos permitidos o exigidos por la ley. Además describe sus derechos a tener acceso y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información sobre usted, que incluye información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su condición o salud física o mental pasada, presente o futura, y con servicios de atención médica relacionados.

### **Sus derechos**

A continuación presentamos una declaración con sus derechos relacionados con su información de salud protegida.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.** Sin embargo, según las leyes federales, es probable que usted no pueda inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada con una anticipación razonable o en uso para una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que esté sujeta a una ley que prohíba el acceso a la información de salud protegida.

**Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que usted nos puede solicitar que no usemos ni revelemos alguna parte de su información de salud protegida con objetivos de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Además, usted puede solicitar que no se divulgue alguna parte de su información de salud protegida a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o con objetivos de notificación, según se describe en este Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quienes desearía aplicar la restricción.

Su médico no está obligado a estar de acuerdo con una restricción que usted solicite. Si el médico considera que es por su bien y mejor interés permitir el uso y la divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no tendrá restricciones. Usted entonces tiene el derecho de contar con otro profesional para la atención de su salud.

**Usted tiene el derecho de solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales a través de medios alternativos o a un lugar alternativo. Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este aviso,** si lo solicita; incluso habiendo aceptado recibir este aviso en forma alternativa, es decir, por vía electrónica.

**Usted puede tener derecho a que su médico corrija su información de salud protegida.** Si rechazamos su solicitud para que se haga una corrección, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podremos preparar una refutación de su declaración y le proporcionaremos una copia de esa refutación.

**Usted tiene el derecho de recibir un informe detallado, en el caso de que hayamos divulgado algunas partes de su información de salud protegida.**

Nos reservamos el derecho de modificar las condiciones de este aviso y le informaremos por correo si realizamos algún cambio. Usted entonces tendrá el derecho de objetar o retirarse, según se estipula en este aviso.

### **Quejas**

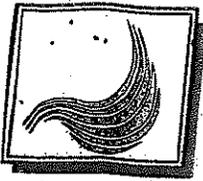
Usted puede presentarnos una queja o presentarla ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services) si cree que nosotros hemos violado sus derechos de privacidad. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando de su queja a nuestro contacto responsable de la privacidad. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el **14 de abril de 2003 o antes.**

La ley nos obliga a mantener la privacidad y a proporcionar a las personas este aviso de nuestras prácticas de privacidad y obligaciones legales relacionadas con la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción que hacer sobre este formulario, solicite hablar con nuestro funcionario de Cumplimiento de la HIPAA (HIPAA Compliance), en persona o llamando a nuestro número de teléfono principal.

Su firma a continuación es sólo para confirmar que usted ha recibido este Aviso sobre nuestras Prácticas de Privacidad:

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**ASSOCIATED  
GASTROENTEROLOGY  
MEDICAL  
GROUP**

Dennis S. Riff, M.D.,  
F.A.C.G., C.P.I., Inc.

Steven L. Duckor, M.D.,  
F.A.C.G., C.P.I., Inc.

Michael P. DeMicco, M.D.  
F.A.C.G., Inc.

Kevin D. Kuettel, M.D.

Peter J. Winkle, M.D., F.A.C.P.,  
F.A.C.G., C.P.I., Inc.

1211 West La Palma Ave.  
Suite 306  
Anaheim, CA 92801  
(714) 778-1300 ☐  
Fax: (714) 778-6235 ☐

2617 East Chapman Avenue  
Suite 302  
Orange, CA 92869  
(714) 633-1823 ☐  
Fax: (714) 633-1615 ☐

**ASSOCIATED GASTROENTEROLOGY MEDICAL GROUP**  
<http://www.agmg.com/>

**About the Patient Portal**

We invite you to join the Patient Portal by registering online today. Our Patient Portal is a free, secure online service that gives you 24/7 access to information about your recent visit.

**Register for the Patient Portal to:**

- View your health summary
- View your prescribed medications
- View information about follow-up care
- Communicate with our staff regarding your care

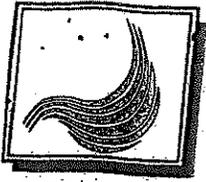
Our Patient Portal allows you to be more actively involved in your health care. We provide a safe and secure way for you to communicate with your care team and with your physician. This will help you make more informed decisions about your care.

Only you and those whom you authorize will be able to view your information on the Patient Portal, and your health care team will not share or release your personal information.

To register for the Patient Portal follow the simple steps below:

1. Provide your preferred email address to receive an invitation to register (You may do this in person or by calling our office at 714-778-1300).
2. Visit us at <http://www.agmg.com/> and **Contact Us** to request an invitation to register. You will be provided with a temporary PIN, which will be sent to the email address you provide.
3. With the temporary PIN we provide, you will be able to register via the **Patient Portal** from our website: <http://www.agmg.com/>

If you have any questions about registration for the Patient Portal, please call or email the Electronic Medical Records Department at 714-778-1300, Ext. 266, or [saltamirano@agmg.com](mailto:saltamirano@agmg.com)



**ASSOCIATED  
GASTROENTEROLOGY  
MEDICAL  
GROUP**

**AGMG ENDOSCOPY CENTER  
PATIENT PORTAL: FREQUENTLY ASKED QUESTIONS**

Dennis S. Riff, M.D.,  
F.A.C.G., C.P.I., Inc.

Steven L. Duckor, M.D.,  
F.A.C.G., C.P.I., Inc.

Michael P. DeMicco, M.D.  
F.A.C.G., Inc.

Kevin D. Kuettel, M.D.

Peter J. Winkle, M.D., F.A.C.P.,  
F.A.C.G., C.P.I., Inc.

1211 West La Palma Ave.  
Suite 306  
Anaheim, CA 92801  
(714) 778-1300 ☐  
Fax: (714) 778-6235 ☐

2617 East Chapman Avenue  
Suite 302  
Orange, CA 92869  
(714) 633-1823 ☐  
Fax: (714) 633-1615 ☐

**1. What do I need to set-up and access my Patient Portal?**

All you need is access to a computer, tablet, laptop or Smartphone, an internet connection, and an email account.

**2. When can I sign-in to my Patient Portal?**

You have access to your Patient Portal 24 hours a day, seven days a week. Information about your visit will be available within 24 hours of your discharge.

**3. Is my Patient Portal secure?**

Your Patient Portal uses a secure, encrypted connection that meets the highest industry standards. Your personal and medical information in your Patient Portal is confidential.

Only you and those persons you authorize are able to gain access to the information in your Patient Portal. We will not share or release your information.

**4. Are you going to send me emails?**

You will receive one email notification inviting you to create your Patient Portal account. In the future, you may receive health care reminders via your Patient Portal.

**5. Can I give my authorized representative (e.g. spouse, caregiver) access to my Patient Portal?**

Yes. Anyone who is at least 18 years of age can be your authorized representative.

**6. If I need to correct or update my personal information (name, address, and telephone number) can I do this via my Patient Portal?**

Yes. You may email our office via your Patient Portal with your updated information. This information will be updated within 24-48 hours.

**7. Can I request my medical records via my Patient Portal?**

The recommended way to request copies of your medical records is to complete an **Authorization for Release of Health Information** form.

Please contact our office at 714-778-1300 for additional information on obtaining a copy of your medical records.

For additional questions about your Patient Portal, please call or email our Electronic Medical Records Department at 714-778-1300, Ext. 266, or [saltamirano@agmg.com](mailto:saltamirano@agmg.com).