



**Jeffrey S. Garbis, M.D.**  
**Jeffrey Bernstein, M.D.**  
**Marvin E. Lawrence, II, M.D.**  
**Priti Bijpuria, M.D.**

**Richard M. Chasen, M.D.**  
**Theodore Y. Kim, M.D.**  
**Sean M. Karp, M.D.**  
**Eileen Erskine, C.R.N.P.**

Estimado Paciente Nuevo:

Bienvenido y gracias por confiar en capital digestivo Care, LLC en su atención.

El paquete adjunto contiene nuestros nuevos formularios de registro de pacientes. Usted tendrá que completar todos los formularios de inscripción y traer los formularios completados con usted a su visita junto con la lista de elementos a continuación.

Ahora ofrecemos un portal interactivo en línea del paciente (gPortal) que le da acceso a actualizar su información personal, consideramos que ciertos resultados de la prueba y comunicarse con su médico o consultorio médico. Si ya nos hemos suministrado con su correo electrónico, que puede haber recibido una invitación a nuestro portal de pacientes. Si no lo ha hecho, le pedimos a que comparta su dirección de correo electrónico con nosotros para que le podamos enviar una invitación.

**\*\*\* Asegúrese del revisar tanto delante como detrás DE PAQUETE \*\*\***

**Es muy importante traer los siguientes documentos a su primera visita:**

- **Los formularios completados información paciente, formularios historia clínica del paciente y notificación firmada de prácticas de privacidad incluidas en este paquete**
- **Tarjeta de Seguro / s**
- **Identificación con foto (como la licencia de conducir)**
- **Todos los resultados de laboratorio recientes que mencionan su visita con nosotros**
- **Todos los resultados de radiología recientes que mencionan su visita con nosotros.** (Esto puede incluir, tomografía computarizada, ultrasonido o los resultados.)
- **Una lista de sus medicamentos actuales con las dosis y la frecuencia de toma**
- **Para los pacientes de HMO requieren una referencia, una referencia de su médico**
- **Co-pago si es aplicable**

**Si usted ha sido referido a nosotros por un laboratorio anormal/ radiología consecuencia, es imperativo que tengamos una copia de estos resultados para que podamos completar la consulta sin tener que repetir la prueba.**

**AL NO TRAER LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS a su cita pudiera ser aplazado.**

**Tenga en cuenta que hay un cargo de \$ 50.00 por citas no canceladas dentro de las 48 horas.**

Gracias por permitirnos participar en su atención médica.  
Esperamos verle pronto. 03-10-16 gg



Jeffrey S. Garbis, M.D.  
 Jeffrey Bernstein, M.D.  
 Marvin E. Lawrence II, M.D.  
 Priti Bijpuria, M.D.

Richard M. Chasen, M.D.  
 Theodore Y. Kim, M.D.  
 Sean M. Karp, M.D.  
 Eileen Erskine, C.R.N.P.

**INFORMACION PARA EL PACIENTE** (PATIENT INFORMATION FORM)

**Fecha** (Date): \_\_\_\_\_

**Informacion Para El Paciente** (Patient Information):

Nombre del paciente: (Patient Name)	Fecha de nacimiento: (Patient Date of Birth)
Direccion del paciente: (Patient Address)	Ciudad, estado, codigo postal: (City, State, Zip)
Telefono de casa: (Home Phone)	Telefono del trabajo: (Work Phone)
Telefono celular: (Cell Phone)	Sexo: M F (Sex)
Altura: (Height)	Peso: (Weight)
Edad: (Age)	Estado civil: Solo Casado Otro (Marital Status Single Married Other)
Numero de Social: (Social Security #)	Direccion de correo electronico: (Email Address)
Su Empleador: (Patient Employer)	Ocupacion: (Occupation)

**Informacion del esposo/a:** (Spouse's Information:)

Nombre del esposo/a: (Spouse's Name)	Fecha de nacimiento: (Spouse's Date of Birth)
Numero de social del esposo/a: (Spouse's Social Security #)	Empleador del Esposo/a: (Spouse's Employer)
Telefono del trabajo del esposo/a: (Spouse's Work Phone)	Telefono celular del esposo/a: (Spouse's Cell Phone)

**En Caso de una Emergencia** (Emergency Contact Information:)

Contacto de Emergencia y numero: (Emergency Contact Name and Number)
---

**Physician Information:**

Doctor primario: (Primary Care Physician)	Medico de referencia: (Referring Physician)
--	--

**Laurel, MD**  
 7350 Van Dusen Rd  
 Suite 210 & 230  
 Laurel, MD 20707  
 301-498-5500 Office  
 301-498-7346 Fax

**Columbia, MD**  
 5500 Knoll North Dr.  
 Suite 460  
 Columbia, MD 21045  
 410-730-9363 Office  
 410-730-2084 Fax

**Takoma Park, MD**  
 7610 Carroll Ave  
 Suite 250  
 Takoma Park, MD 20912  
 301-270-3640 Office  
 301-270-3645 Fax

**Seguro Primario (Primary Insurance:)**

Nombre de el seguro: (Insurance Co. Name)	Numero de telefono: (Phone #)
Direccion: (Address)	Ciudad, estado, codigo postal: (City, State, Zip)
Nombre del asegurado: (Name of Policy Holder)	Numero de Social: (Social Security #)
Relacion con el paciente: (Relationship to patient)	Fecha de nacimiento del paciente: (Date of Birth)
Seguros Numero de Identificacion: (Insurance ID#)	Seguros de Grupo N: (Insurance Group)

**Seguro Secundario (Secondary Insurance:)**

Nombre de el seguro: (Insurance Co. Name)	Numero de telefono: (Phone#)
Direccion: (Address)	Ciudad, estado, codigo postal: (City, State, Zip)
Nombre del asegurado: (Name of Policy Holder)	Numero de Social: (Social Security #)
Relacion con el paciente: (Relationship to Patient)	Fecha de nacimiento del paciente: (Date of Birth)
Seguros Numero de Identificacion: (Insurance ID#)	Seguros de Grupo N: (Insurance Group)

**\*\*\*A CUMPLIMENTAR SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD \*\*\* (TO BE COMPLETED IF PATIENT IS A MINOR)**

Parte responsable: (Responsible Party)	Numero de telefono: (Phone #)
Direccion: (Address)	Ciudad, estado, codigo postal: (City, State, Zip)
Empleador: (Employer)	Telefono del trabajo: (Work Phone)

**Notificación de comunicaciones**

Dirección de correo electrónico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (móvil) \_\_\_\_\_

Capital digestivo Care emplea un número de diferentes recursos con el fin de ponerse en contacto con usted para entregar información importante. Su privacidad es importante para nosotros y no vamos a compartir o vender su información a cualquier proveedor de terceros, excepto cuando sea necesario por razones legales y de cobro de deudas. A continuación se enumeran ejemplos de algunas de las razones por las que podemos necesitar para llegar a usted el uso de la información que recogemos en el momento de la inscripción (para nuevos pacientes) o tener en su archivo (para pacientes establecidos), que pueden incluir su dirección de correo electrónico, su domicilio o número de teléfono móvil.

- Aceso al Portal de Paciente: Si elige crear una cuenta, usted será capaz de actualizar su información personal antes o después de su cita, ver ciertos resultados de la prueba y enviar mensajes a su médico y / o consultorio médico.
- Avisos de práctica: Estos pueden incluir nuevos anuncios médico o proveedor o notificaciones de retiro / reubicación de los proveedores.
- mejoras en el servicio de atención al cliente: Siempre estamos evaluando aplicaciones para mejorar nuestro servicio a usted, incluyendo soluciones para mejorar la programación de citas, recordatorios de citas y procedimiento de preparación. A medida que las aplicaciones estén disponibles, puede recibir una notificación o una invitación de registro.
- Información sobre la Salud Digestiva: Esto puede incluir información sobre nuevos tratamientos o ensayos de investigación clínica, la notificación de seminarios educativos sobre temas de salud digestiva específicos u otra información relevante.
- Obtención de la actividad: Si su cuenta llega a ser delincente, Capital digestivo Care puede emplear los servicios de una agencia de cobro para recuperar cualquier saldo pendiente en su cuenta. Usted puede solicitar la eliminación de su número de móvil para este proposito por notificación escrita a capital digestivo Cuidado, Atención: Gerente de Facturación, 12510 Prosperity Drive, Suite 200, Silver Spring, MD 20904.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ (revised 03-10-16 gg)

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



**Inmunizaciones (Immunizations)**

- Ninguna (None)
- Vacuna Contra la Gripe (Flu Shot)     Hep A     Hep B     Pneumovax (Pnuemovax)     Tb Prueba en la Piel (TB Skin Test)
- Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

**Edstudios de Diagnóstico/Pruebas (Diagnostic Studies/ Tests)**

- Ninguno (None)
- Colonoscopia (Colonoscopy)     Endoscopia (EGD)     Tomografía computarizada (Abd/Pelvis) (CT Scan (Abd/Pelvis))     MRI (Abd/Pelvis)     ERCP
- Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

**Procedimientos Anteriores (Previous Procedures)**

- Ninguno (None)
- Vesicula Biliar (Gallbladder)     Apendectomía (Appendectomy)     Resección del Colon (Colon Resection)     Resección del intestino Delgado (Small Bowel Resection)     Exploración quirúrgica abdominal (Exploratory Abdominal Surgery)
- El Bypass Gástrico (Gastric Bypass Surgery)     Lap Band     Hemorroides (Hemorrhoid)     Atadura de Hemorroides (Hemorrhoid Banding)     Abdominoplastia (Abdominoplasty)
- Histerectomía (Hysterectomy)     Ligación de trompas (Tubal Ligation)     Mastectomía (Mastectomy)     Marcapaso (Pacemaker)     Desfibrilador (Defibrillator)
- Bypass de la Arteria Coronaria Gráfica (Coronary Artery Bypass Graphing)     Aneurisma Aórtico Abdominal (Abdominal Aortic Aneurysm Repair)     Reemplazo de válvulas Cardíacas (Heart Valve Replacement Suregery)     Stent/Cateterismo Cardíaco (Cardiac Catherization/Stent)
- Reemplazo de articulaciones (Joint Replacement)     Cirugía del espalda (Back Surgery)     Fibromialgia (Fibromyalgia)
- Otro (Other): \_\_\_\_\_  Otro (Other): \_\_\_\_\_

**Condiciones Médicas pasadas o presents (Past or Present Conditions)**

- Niguna (None)

**Gastroenterología/Hepatología (Gastroenterology/ Hepatology)**

- Pólipos de Colon (Colon Polyps)     Cáncer del Colon (Colon Cancer)     Síndrome del intestine irritable (Irritable Bowel Syndrome)
- Diverticulitis (Diverticulitis)     Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)     Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)
- Reflujo/GERD     Barret Esófago (Barretts Esophagus)     Enfermedad de Úlcera (Ulcer Disease)
- Hepatitis B     Hepatitis C     Enfermedad del Hígado Grasoso (Fatty Liver Disease)
- Cirrosis (Cirrhosis)     Enfermedad Celíaca (Celiac Disease)     Obstrucción intestinal (Bowel obstruction)
- Pancreatitis (Pancreatitis)     Anemia     Otro (Other): \_\_\_\_\_

**Cardiología (Cardiology)**

- Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease)     Enfermedad de la Válvula Cardíaca (Heart Valve Disease)     Insuficiencia Cadiaca Congestiva (Congestive Heart Failure)     Ataque de corazón (Heart Attack)
- Hipertensión (High Blood Pressure)     Fibrilación Auricular (Atrial Fibrillation)     Enfermedad Vasculat (Vascular Disease)     Colesterol Alto (High Cholesterol)
- Carrera (Stroke)     Ataqu Isquémico Transitorio (Transient Ischemic Attack)     Stent Coronario (Coronary Stent)     Implante Valvular (Valvular Disease Implant)
- Marcapaso (Pacemaker)     Otro (Other): \_\_\_\_\_

## **Neumología (Pulmonology)**

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)  Asma (Asthma)  Apnea del sueño (Sleep Apnea)  Coágulos de Sangre (piernas) (Blood Clots (Legs))
- Coágulos de Sangre (pulmones) (Blood Clots (lungs))  Dificultad con Respirar (Wheezing)  Transfusiones de Sangre (Blood Transfusions)
- Otro (Other): \_\_\_\_\_

## **Otro (Other)**

- Trastorno de Ansiedad (Anxiety Disorder)  Artritis (Arthritis)  Trastorno Bipolar (Bipolar Disorder)  Piercings (Body Piercings)
- Cáncer del Seno (Breast Cancer)  Embarazo Actual (Current Pregnancy)  Depresión (Depression)  Diabetes
- Fibromialgia (Fibromyalgia)  Gota (Gout)  Exposición al VIH (HIV Exposure)  Infección por VIH (HIV Infection)
- Hipotiroidismo (Hypothyroidism)  Enfermedad en el Riñón (Kidney Disease)  Piedras en los Riñones (Kidney Stones)  Cáncer de Pulmón (Lung Cancer)
- Cáncer Ovario (Ovarian Cancer)  Otro Tipo de Cáncer (Other Cancer)  Cáncer del Próstata (Prostate Cancer)  Infecciones Recurrentes (Recurrent Infection)
- Convulsiones (Seizures)  Cáncer en la Piel (Skin Cancer)  Tatuajes (Tattoos)  Otro (Other): \_\_\_\_\_

## **Historial Social (Social History)**

### **Estado Marital (Marital Status)**

- Soltero (a) (Single)  Casado (a) (Married)  Divorciado(a) (Divorced)  Separado (Separated)
- Viudo(a) (Widow)  Unión Civil (Civil Union)  Desconocido (Unknown)  Otro (Other)

### **Uso De Alcohol (Alcohol Use)**

- Ninguno (None)
- Menos de 7 por semana (Less than 7 per week)  Mas de 7 por semana (More than 7 per week)

### **Cafeína (Caffeine)**

- Ninguno (None)
- De vez en cuando (Occasionally)  Diario (Daily)

### **Estado de Fumar Tabaco (Tobacco Smoking Habits)**

- Actual Fumo Diario (Current Every day Smoker)  Fumo Algunos Días (Current Someday Smoker)  Ex-Fumador (Former Smoker)  Nunca he Fumado (Never Smoked)

### **Tipo (Type)**

- Cigarillos (Cigarettes) \_\_\_\_\_
- Cigarro (Cigar) \_\_\_\_\_
- Tabaco de Mascar (Chewing Tobacco) \_\_\_\_\_

### **Consumo de Drogas (Drug Use)**

- Nada (None)
- IV o Drogas intranasal actualmente (IV or intranasal drugs currently)  IV o Drogas intranasal en el Pasado (IV or Intranasal Drugs in the past)

**Ejercicio (Exercise)** Nada (None)  Ejercicio regular de rutina (Routine Regular Exercise)**Antecedentes Familiares (Family History)** Ningún conocimiento de la historia familiar (No Knowledge of Family History)**No hay historia Familiar de: (No Family History of)**

- Enfermedad Celíaca (Celiac Sprue)  Cáncer del Colon (Colon Cancer)  
 Pólipos de Colon (Colon Polyps)  Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)  
 Enfermedad Vesicular (Gallbladder Disease)  Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Inflammatory Bowel Disease)  
 Enfermedad Hepática (Liver Disease)  Pólipos (Polyps)  
 Cáncer del Estómago (Stomach Cancer)  Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)

**Diagnóstico de:**

	Mamá	Papá	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo
Enfermedad Celíaca (Celiac Disease)	<input type="checkbox"/>					
Cáncer del Colon (Colon Cancer)	<input type="checkbox"/>					
Pólipos de Colon (Colon Polyps)	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad Vesicular (Gallbladder Disease)	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad Hepática (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>					
Colitis Ulcerosa (Ulcerative Colitis)	<input type="checkbox"/>					
Cáncer del Estómago (Stomach Cancer)	<input type="checkbox"/>					
Otro (Other):	<input type="checkbox"/>					

**\*Revisión del sistema\*****(Por favor seleccione todos los síntomas que usted está experimentando actualmente)**

	Sí		Sí
<b>*Alérgico/Inmunológico* (Allergic/Immunologic)</b>		<b>*Gastrointestinal* (Gastrointestinal)</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	
Reacciones Alérgicas (Allergic Reactions)	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal (Abdominal Pain)	<input type="checkbox"/>
Infecciones Actuales (Current Infections)	<input type="checkbox"/>	Hinchazón Abdominal (Abdominal Swelling)	<input type="checkbox"/>
<b>*Cardiovascular* (Cardiovascular)</b>		Cambio en los hábitos Inestinales (Change in Bowel Habits)	
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		Entreñimiento (Constipation)	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Pecho (Chest Pain)	<input type="checkbox"/>	Diarrea (Diarrhea)	<input type="checkbox"/>
Latidos Irregulares del Corazón (Irregular Heart Beat)	<input type="checkbox"/>	Gas	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones (Rapid Heart Rate/Palpitations)	<input type="checkbox"/>	Acidez (Heartburn)	<input type="checkbox"/>
Hinchazón de Tobillos (Ankle Swelling)	<input type="checkbox"/>	Náusea (Nausea)	<input type="checkbox"/>
<b>*Constitucional* (Constitutional)</b>		Sangrado Rectal (Rectal Bleeding)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		Calambres en el Estómago (Stomach Cramps)	<input type="checkbox"/>
Fiebre (Fever)	<input type="checkbox"/>	Vómitos (Vomiting)	<input type="checkbox"/>
Falta de Apetito (Loss of Appetite)	<input type="checkbox"/>	Dificultad para Tragar (Difficulty Swallowing)	<input type="checkbox"/>
Perdida de Peso (Weight Loss)	<input type="checkbox"/>	Coloración amarillenta de la piel	<input type="checkbox"/>
<b>*Oído, Nariz, Boca y Garganta* (ENMT)</b>		<b>*Genitourinario* (Genitourinary)</b>	
<input type="checkbox"/> Ninguno (None)		<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	
Sangramiento de Nariz (Nose Bleeds)	<input type="checkbox"/>	Sangre en la Orina (Blood in Urine)	<input type="checkbox"/>
Pérdida de la Visión (Loss of Vision)	<input type="checkbox"/>	Recientes Oscurecimiento de la Orina (Recent Darkening of Urine)	<input type="checkbox"/>
Ronquera (Hoarsness)	<input type="checkbox"/>		
Llaga en la boca (Mouth Sores)	<input type="checkbox"/>		

Sí

Sí

**\*Endocrino\* (Endocrine)** Ninguno (None)

Sed Excesiva (Excessive Thirst)

Intolerancia al Frío y Calor (Heat &amp; Cold Intolerance)

**\*Relativo a lo Músculos\* (Musculoskeletal)** Ninguno (None)

Dolor de Espalda (Back Pain)

Dolor en las Conyunturas (Joint Pain/Arthritis)

**\*Psiquiátrico\* (Psychiatric)** Ninguno (None)

Depresión (Depression)

Ansiedad/Pánico (Anxiety/Panic Attacks)

**\*Respiratorio\* (Respiratory)** Ninguno (None)

Dificultad con Respirar (Wheezing)

Tos (Frequent Cough)

Falta de aire cuando está en reposo

(Shortness of Breath when at Rest)

**\*Hematológicas/Linfático\* (Hematologic/Lymphatic)** Ninguno (None)

Moretones Fácil (Easy Bruising)

Anemia (Anemia)

**\*Integumentario\* (Integumentary)** Ninguno (None)

Picazón (Itching)

Sarpullido (Rashes)

Sarpullido/Urticaria (Rashes/Hives)

**\*Neurológico\* (Neurological)** Ninguno (None)

Mareo (Dizziness)

Desmayo (Fainting)

Dolores de Cabeza Frecuentes

(Frequent Headaches)

Vértigo (Vertigo)

Pérdida de la memoria/Confusión

(Memory Loss/Confusion)



## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (CDC/MDD Notice of Privacy Practices)

Este aviso describe cómo se puede usar la información médica sobre usted y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado. Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, bajo petición.

### **Información sobre la Salud del Paciente**

Bajo la ley federal, su información médica está protegida y confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también el pago, facturación y seguros.

### **Cómo usamos su información de salud del paciente**

Utilizamos la información médica acerca de usted para tratamiento, para obtener pagos y para operaciones de cuidado de salud, incluyendo los propósitos y la evaluación de la calidad de la atención que usted recibe. En algunas circunstancias, es posible que debamos utilizar o revelar la información aun sin su autorización.

### **Ejemplo de tratamiento, pago y actividades de atención médica**

Tratamiento-Vamos a utilizar y divulgar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, médicos y otros miembros de su equipo de tratamiento registrarán y utilizarla para determinar el curso más apropiado de cuidado. Podemos revelar la información a otros proveedores de atención de la salud que participan en su tratamiento, para los farmacéuticos que están llenando sus recetas y para sus

familiares que están ayudando con su cuidado.

Pago-Vamos a utilizar y divulgar su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos la autorización de su compañía aseguradora antes de suministrar ciertos tipos de tratamiento. Vamos a presentar las cuentas y mantener los registros de pago de su plan de salud.

Operaciones-Vamos a utilizar y divulgar su información de nuevos sistemas para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, incluyendo la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares.

### **Usos especiales**

Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted para recordarle citas. También podemos comunicarnos con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Podemos comunicarnos con usted para fines de recaudación de fondos, pero usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones.)

### **Otros usos y revelaciones**

Podemos usar o revelar información médica sobre usted por otras razones, aun sin su consentimiento. Con sujeción a ciertos requisitos, estamos autorizados a entregar información médica sin su permiso para los siguientes fines:

Requerido por la ley: Podemos estar obligados a informar heridas de bala, sospecha de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.

Investigación: Podemos usar o revelar información para la investigación médica aprobada. Actividades de salud pública Como lo requiere la ley,

podemos divulgar estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos e información similares a las autoridades de salud pública.

### Supervisión de la Salud:

Podemos estar obligados a revelar información a colaborar en investigaciones y auditorías, elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

### Procedimientos judiciales y administrativos:

Podemos divulgar información en respuesta a una citación u orden judicial correspondiente.

Hacer cumplir la ley:

Sujeto a ciertas restricciones, podremos revelar información solicitada por funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

Muertes: Podemos entregar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.

Grave amenaza para la salud y la seguridad:

Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

### Militar y las funciones especiales del Gobierno:

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades militares, También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

### Compensación a los

Trabajadores: Podemos revelar información sobre usted para compensación de trabajadores o

programas similares que otorguen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo o enfermedades.

En todas las demás situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de usar o divulgar. (Business Associates: Podemos revelar su información de salud a los socios o terceros que hemos contratado para prestar los servicios acordados) No nos involucramos en la venta de su información de salud, sin embargo, si lo hacemos, obtendremos su autorización escrita antes de que se nos permite vender su información de salud. En todas las demás situaciones, incluidas las actividades de marketing, le pediremos su autorización escrita antes de usar o revelar cualquier información médica que lo identifique. Si usted elige firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o revelación futuros.

#### **Derechos Individuales**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Por favor, póngase en contacto con la persona indicada más abajo para obtener la forma más apropiada para el ejercicio de estos derechos.

**Solicitar restricciones:** Usted puede solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información de salud a su plan de salud con fines de pago y operaciones de atención médica (y no a tratamiento) si la divulgación se refiere a un elemento de cuidado de la salud o el servicio para el que pagó de su bolsillo en su totalidad. Si está solicitando una restricción para un elemento de cuidado de la salud o el servicio para el que pagó de su bolsillo en su totalidad, nos honraremos su petición, a menos que dicha

divulgación es necesaria para su tratamiento o se requiere por ley. Para el resto de solicitudes de restricción, no estamos obligados a aceptar dichas restricciones, pero si estamos de acuerdo, tenemos que cumplir con esas restricciones.

#### **Comunicación Confidencial:**

Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, el envío de avisos a una dirección especial o no usando post-cartas para recordarle las citas.

#### **Obtener e inspeccionar copias:**

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Puede haber un pequeño cargo por las copias.

**Modificar información:** Si usted cree que la información en su expediente es incorrecta, o que falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corriamos la información existente o añadir la información que falta.

**Contabilidad o divulgaciones:** Usted puede solicitar una lista de los casos en que hemos revelado su información médica por razones que no sean de tratamiento, pago u opciones de atención.

**Contabilidad o divulgaciones:**  
*Notificación Incumplimiento:*  
*Estamos obligados a notificar en caso de una violación de su información de salud protegida sin garantía, y lo haremos.*

#### **Nuestro Deber Legal**

Estamos obligados por ley a proteger y mantener la privacidad de su información de salud, para proporcionar este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica protegida, ya cumplir los términos del aviso vigente.

#### **Los cambios en las prácticas de privacidad**

Podemos cambiar nuestras

políticas en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas vamos a cambiar nuestro Aviso y colocaremos el nuevo Aviso en las áreas de espera y cada sala de examen. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

#### **Quejas**

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre sus registros, puede comunicarse con la persona mencionada abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.. La persona indicada más abajo le proporcionará la dirección apropiada bajo petición. Usted no será penalizado de ninguna manera por presentar una queja.

#### **Persona de contacto:**

Si usted tiene alguna pregunta, peticiones o quejas, comuníquese con:  
El oficial de privacidad  
7350 Van Dusen Rd.  
Suite 250  
Laurel, MD 20707  
(301) 498-5500

Yo \_\_\_\_\_  
por este medio acusar recibo de la Notificación de prácticas de privacidad que me han dado.

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

Testimonio Personal buscan reconocimiento:

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Undo edits

03/10/16 SH



## **gPortal Patient Request**

### **Hay una nueva forma de comunicarse con su médico y su oficina.**

Además de llamarnos en horario de oficina, ahora tenemos un portal paciente en línea que le permite el acceso 24/7 desde cualquier lugar.

gPortal le permitirá

- Enviar mensajes a su médico o su personal (todos los mensajes dejados serán procesados el siguiente día hábil)
- Solicitar citas
- Revisar sus resultados de laboratorio
- recargas Solicitud de prescripción
- Actualización de sus expedientes personales y médicos

Si usted está interesado en inscribirse en nuestra gPortal, pelase completar la siguiente información y una invitación será enviada por correo electrónico. Su invitación enviada por correo electrónico se titulará "myPortal-ninguna respuesta con capital digestivo Cuidado en el tema." Asegúrese de revisar su spam y correo basura por la invitación. Si usted no recibe su invitación en un par de días, háganoslo saber y vamos a volver a enviarlo.

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Date of Birth): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (Email Address): \_\_\_\_\_

Fecha (Date): \_\_\_\_\_

Asegúrese de preguntar a un miembro del personal para un folleto gPortal. Esperamos poder comunicarnos con usted en línea.

## **gPortal Patient Brochure**

Ahora tenemos un portal interactivo en línea diseñado específicamente para usted, nuestro estimado paciente

Introducing ....

### **gPortal**

por

Capital Digestive Care

!Si necesita atención médica inmediata, por favor llame al 911 o tiene ot su hospital más cercano.

-----

### **¿Cómo me registro?**

Paso 1: Usted recibirá un correo electrónico de invitación nuestra práctica con un enlace y identificador único que le llevará a través del proceso de registro.

Paso 2: Haga clic en teh enlace en el correo electrónico de invitación para crear un ID de usuario y una contraseña únicos.

Paso 3: Una vez registrado, completa tu familia médica y la historia social.

Paso 4: Haga clic en Enviar para enviar su información directamente a nuestra oficina

### **¿Cómo ...?**

#### **Enviar un mensaje a la oficina de mi doctor?**

Haga clic en la ficha mensaje  
Haga clic en "nuevo" y redacte el mensaje

Recuerde presionar send

#### **Recibir mensajes a través gPortal?**

Usted recibirá una notificación por correo electrónico cuando se tiene un mensaje en espera en gPortal

Haga clic en la ficha mensaje

Haga clic en "nuevos mensajes" para ver sus mensajes.

#### **Actualizar mi información personal?**

Haga clic en el botón "actualizar"

Haga clic en la pestaña "Información personal"

Cambie la información que desee

#### **Cambiar mi contraseña?**

Haga clic en la pestaña de "cambiar contraseña"  
Ingrese nombre de usuario, fecha de nacimiento y dirección de correo electrónico registrada

#### **Preguntas frecuentes:**

Q: ¿Puedo programar mi cita en línea a través gPortal?

A: Usted puede enviar una solicitud para programar su cita y nuestra práctica pondremos en contacto con usted.

P. ¿Permite gPortal que envíe un mensaje directamente a mi oficina physicans?

A: Sí, muchas enviar un mensaje directamente a nuestra oficina a través gPortal. Nos aseguraremos de que su mensaje llegue a la persona correcta para que su pregunta sea respondida.

Q: ¿Puedo llenar mi receta a través gportal?

A: No, usted debe ir directamente a través de su farmacia para surtir su receta.

Q: ¿Qué debo hacer si mi cuenta está bloqueada debido a demasiados intentos de registro fallidos-en?

R: Haga clic en la pestaña de cambio de contraseña y siga las instrucciones para crear una nueva contraseña.

---

### **Beneficios de gPortal**

#### **Con gPortal, se puede ...**

##### **Solicitar citas**

Revise sus resultados

Enviar un mensaje a nuestra práctica

Actualice sus expedientes personales y médicos

Log-el 24/7-Acceso desde cualquier lugar

#### **Cómo iniciar:**

Recomendado para Internet Explorer (8 o superior)

o Mozilla Firefox-

Cree su nombre de usuario y contraseña de hoy

Comience a tomar un papel activo en su cuidado de la salud

#### **Contacto:**

Capital Digestivo Care  
Laurel, MD

Columbia, MD

Takoma Park, MD

301-498-5500

03/10/16 gg



## Welcome to our Practice Brochure

### BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA MÉDICA

#### **Introducción**

Este folleto está diseñado a responder preguntas con respecto a nuestra práctica médica y las políticas de la oficina. Nos esforzamos por ofrecer la satisfacción del paciente con los servicios médicos de alta calidad en un ambiente relajado con equipos de personal calificado para ayudarlo.

#### **Hospitales**

Todos los médicos de Maryland Centro de Enfermedades Digestivas están certificados y tienen privilegios en los siguientes hospitales: Laurel Regional, Washington Adventista, y el Hospital General del Condado de Howard. Desafortunadamente no podemos tratar a los pacientes que ingresan en otros hospitales de la zona.

#### **Horas laborables**

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm. Nuestros teléfonos son contestados por personal altamente capacitado en nuestra central de reservas.

#### **Citas de los pacientes**

Tenemos tres lugares en los que los médicos ven a los pacientes. Cuando haga una cita, llame al 301-498-5500. Si tiene que ser visto por su médico en caso de

emergencia, es posible que tenga que viajar a una ubicación alternativa en función de la disponibilidad de citas. Nos esforzamos por ver a nuestros pacientes lo antes posible para facilitar el tratamiento.

Si la cita es para una visita inicial de oficina, el papeleo de registro se puede descargar desde nuestro sitio Web en [www.capitaldigestivecare.com / mdd](http://www.capitaldigestivecare.com/mdd) o, si se prefiere, se pueden enviar a usted a petición. Favor de traer sus documentos de inscripción completo con usted en la fecha de su visita. Tarjetas de seguro y la imagen de ID se recogen en cada visita. También pedimos que traiga todos los trabajos de laboratorio recientes, exploraciones y radiografías relacionadas con su visita. Si usted es un paciente HMO, usted debe traer su formulario de remisión de su médico de atención primaria. También, estar preparado para pagar un copago en el momento de su visita, por favor.

Si tiene que cancelar una cita, le solicitamos que nos notifique dentro de las 24 horas antes de nuestro horario de oficina. Nos reservamos el derecho de cobrar por citas canceladas o cancelada sin 24 horas de anticipación.

De vez en cuando las urgencias hospitalarias se traducirá en un cambio en su cita. Nosotros le notificaremos tan pronto como sea posible cuando se presenta esta situación.

Atención de emergencia  
Para después de horas necesidades, contamos con servicio de contestador a calificado para ayudarlo a conectarse con el médico de guardia sólo emergencias. El servicio de contestador puede ser contactado llamando al 240-790-1625. Todas las llamadas que no sean de emergencia se deben colocar durante las horas regulares de oficina.

#### **Recetas y repuestos**

Todas las recetas y las recargas deberán solicitarse durante las horas regulares de oficina que permite hasta 48 horas para procesar su solicitud. Por favor haga que su farmacia llámenos para rellenar.

#### **Llamadas telefónicas**

Si usted desea hablar con su médico por teléfono, por favor dejar un mensaje con nuestro personal y su médico le devolverá la llamada. Excepto en casos de emergencia, las llamadas no pueden ser devueltos hasta después de las horas de oficina.

#### **Facturación y Seguro**

Como una cortesía a nuestros pacientes, vamos a presentar todos los formularios de seguros necesarios para facturar los servicios prestados. Si el pago no se recibe en treinta días por

su compañía, será su responsabilidad llamar a su compañía de seguros para facilitar el pago. También es responsabilidad del paciente para asegurarse de que todas las referencias de HMO son archivos válidos y con la oficina de facturación. No hay excepciones serán Cajones para los pacientes de HMO que no tienen una referencia en el archivo.

Participamos con la mayoría de los seguros. También aceptamos todas las tarjetas de crédito.

Nuestra oficina de facturación centralizada puede ayudar entre las horas de 9:00 am a 5:00 pm de lunes a viernes. Por favor llame a 866-331-4232, opción 2.

PLEASE VISIT US ON THE  
WEB AT:  
[www.capitaldigestivecare.com](http://www.capitaldigestivecare.com)

### **UBICACIONES**

Laurel Medical Arts Pavilion  
7350 Van Dusen Rd. suite 210  
Laurel, MD 20707  
Teléfono: 301-498-5500  
Fax: 301-498-7346

7610 Professional Building  
7610 Carroll Avenue. suite 250  
Takoma Park, MD 20912  
Ltd: 301-270-3640  
Fax: 301-270-3645

Columbia Medical Campus  
5500 Knoll North Drive  
suite de 460  
Columbia, MD 21045  
Teléfono: 410-730-9363  
Fax: 410-730-2084

### **MÉDICOS**

Jeffrey S. Garbis, M.D., F.A.C.G.  
Richard Chasen, M.D., F.A.C.G.  
Jeffrey Bernstein, M.D., F.A.C.G.  
Theodore Kim, M.D., F.A.C.G.  
Marvin Lawrence M.D., F.A.C.G.  
Sean Karp, M. D., F.A.C.G.  
Priti Bijpuria, M.D.  
Eileen Erskine, C.R.N.P.

03/10/16 sh



**Directions to 3 offices:**

**Laurel Office:**

**Laurel Medical Arts Building**  
**7350 Van Dusen Rd.**  
**Laurel, MD 20707**  
**Teléfono 301-498-5500**  
**Fax 301-498-7346**

**Desde el sur**, tome la I-95 Norte hacia Baltimore.

Tome la salida 33A de Laurel 198  
Manténgase en el carril de la derecha y gire a la derecha en la intersección a Van Dusen Rd.  
En el quinto semáforo, gire a la derecha en calzada del Hospital Regional de Laurel.  
Nuestro edificio se encuentra a la derecha del hospital.

---

**Desde el norte**, tome la I-95 hacia Washington D.C.

Tome la salida 33A Laurel 198  
Manténgase en el carril de la derecha y gire a la derecha en la intersección a Van Dusen Rd.  
En el quinto semáforo, gire a la derecha en calzada del Hospital Regional de Laurel.  
Nuestro edificio se encuentra a la derecha del hospital.

---

**Takoma Park Office**  
**7610 Professional Building**  
**7610 Carroll Ave.**  
**Suite 250 Takoma Park, Md. 20912**  
**Telefono 301-270-3640**  
**Fax 301-270-3645**

Desde el norte:  
Tome la I-95 Sur hacia Washington a 495 hacia Silver Spring. Toma la salida 29-B University Blvd / Langley Park.

---

Siga University Blvd., A Carroll Ave.  
Gire a la derecha a Carroll Avenue.  
Pase por el semáforo primero y gire a la derecha en Washington Hospital Adventista Estacionamiento. nuestro edificio está inmediatamente a la izquierda.

---

**Columbia Office**  
**Columbia Medical Campus**  
**5500 Knoll North Drive**  
**Suite 460**  
**Columbia, MD 21045**  
**Telephone: 410-730-9363**  
**Fax: 410-730-2084**

**EL 29 DE NORTE O SUR:**

Salir en 175 Este (Salida 20A) hacia Jessup.  
Tome la primera a la izquierda en Thunderhill Rd.  
Tome la primera a la izquierda en Lightning View. Tome la primera a la izquierda en la loma del Norte. Nuestro edificio está a la izquierda.

**Desde la I-95 Norte o Sur:**

Salir a 175 West (Salida 41B) hacia Columbia.  
Manténgase a la izquierda a la 175 West  
Aproximadamente 4,5 millas gire a la derecha sobre el ThunderHill Rd. Haga el primer izquierda en Lightning View. Haga el primer a la izquierda en la loma del Norte Dr. Nuestro edificio está a la izquierda.

03/10/16 gg

