Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

Stop Colon Cancer Now.com™

CapitalDigestiveCare.com/mdd

Estimado paciente:

Gracias por solicitar información sobre la programación de una colonoscopia con el Maryland Digestive Disease Center. Hemos desarrollado un protocolo para programar una colonoscopia para pacientes relativamente sanos sin una primera pre-procedimiento de consulta. La primera parte de este protocolo requiere que usted llene completamente la información adjunta Personal, Seguros y Autorización General para Tratamiento y la adjunta forma exhaustiva historia clínica. Después de recibir todos los formularios completados atrás en nuestra oficina, vamos a revisarlas y luego póngase en contacto con usted acerca de la programación de su colonoscopia. Después de programar su colonoscopía, le enviaremos instrucciones específicas sobre cómo preparar y limpiar su colon antes de su procedimiento, así como otras instrucciones generales.

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

Es muy importante que usted llene el formulario de Historia de la Medicina Integral de la manera más completa posible. Nos esforzamos para que su experiencia sea lo más agradable y de procedimiento más seguro posible. Con el fin de dar las correspondientes instrucciones previas al procedimiento, es necesario revisar su historia clínica completa.

Por favor, preste especial atención a completar las dosis y frecuencias de todos sus medicamentos. Además, por favor asegúrese de llenar la sección de alergia por completo.

Hay unos folletos informativos encerrados en relación con nuestra práctica y el procedimiento de la colonoscopia.

Por favor devuelva los formularios adjuntos a la oficina Laurel lo antes posible para que podamos facilitar la programación de su colonoscopia.

Si usted desea tener un reconocimiento de nuestra oficina de recepción de su paquete colonoscopia de cribado, por favor, tratar y erradicar la postal adjunta y devolverla con su paquete. Después de recibir su paquete de información y han enviado la postal, vamos a revisar la historia médica que usted nos proporciona.
Usted recibirá una llamada para programar una colonoscopia a una hora conveniente para ambos, usted y el médico.

Tenga en cuenta que hay un cargo de $ 150.00 por citas no canceladas dentro de las 48 horas.
Si usted tiene alguna pregunta, o si necesita cualquier aclaración respecto a la información, por favor llámenos al 301-498-5500 durante horas normales de oficina (8:30 am a 5:00 pm).

Sincerely,

Jeffrey S. Garbis, M.D.
Theodore Y. Kim, M.D.
Priti Bijpuria, M.D.
Richard M. Chasen, M.D.
Marvin E. Lawrence II, M.D.
Jeffrey Bernstein, M.D.
Sean M. Karp, M.D.

02/13/15 GG

Maryland Digestive Disease Center
A Division of Capital Digestive Care, LLC

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
A Division of AmSurg Corporation

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

Stop Colon Cancer Now.com™

www.CapitalDigestiveCare.Com/mdd

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE
PATIENT INFORMATION

Fecha: _____
Date:

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE: (Patient Information)

Nombre del paciente: (Patient Name)	Fecha de nacimiento: (Patient Date of Birth)
Dirección del paciente: (Patient Address)	Ciudad, estado, código postal: (City, State, Zip)
Teléfono de casa: (Home Phone)	Teléfono del trabajo: (Work Phone)
Teléfono celular: (Cell Phone)	Sexo: M F (Sex)
Altura: (Height)	Peso: (Weight)
Edad: (Age)	Estado civil: solo Casado otro (Marital Status) Single Married Other
Número de Social: (Social Security #)	Dirección de correo electrónico: (Email Address)
Su Empleador: (Patient Employer)	Ocupación: (Occupation)

Información 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)
Teléfono del trabajo del esposo/a: (Spouse's Work Phone)	Teléfono celular del esposo/a: (Spouse's Cell Phone)

En Caso de una Emergencia: (Emergency Contact Information)

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

Información del médico: (Physician Information)

Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician)	Médico de referencia (Referring physician)

Seguro Secundario: Secondary Insurance

Nombre de el seguro: (Insurance Co. Name)	Número de teléfono: (Phone #)
Dirección: (Address)	Ciudad, estado, código postal: (City, State, Zip)
Nombre del asegurado: (Name of Policy Holder)	Número de Social: (Social Security)
Relación con el paciente: (Relationship to pt)	Fecha de nacimiento del paciente: (Date of Birth)
Seguros Número de Identificación: (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)	Número de teléfono: (Phone #)
Dirección: (Address)	Ciudad, estado, código postal: (City, State, Zip)
Empleador: (Employer)	Teléfono del trabajo: (Work Phone)

E-MAIL AVISO DE COMUNICACIONES (E-MAIL COMMUNICATIONS NOTICE)

Con el fin de mejorar la eficacia de las comunicaciones, Capital Digestivo Care está aumentando los esfuerzos para colectar los correos electrónicos de nuestros pacientes. Su privacidad es importante para nosotros y no vamos a compartir o vender su dirección de correo electrónico a cualquier proveedor de terceros. Los pacientes que proporcionar su dirección de correo electrónico puede recibir los siguientes tipos de comunicaciones de capital Digestivo Atención:

- El paciente Portal de Acceso: Usted recibirá una invitación para crear una cuenta en el portal del paciente. Si elige crear una cuenta, usted será capaz de actualizar su información personal antes o después de su nombramiento, ver ciertos resultados de la prueba y enviar mensajes a su médico y / o consultorio médico.
- Avisos de Práctica: Estos pueden incluir anuncios de nuevos médicos o notificaciones de retiro médicos.
- Mejoras de Servicio al Cliente: Actualmente estamos evaluando una serie de aplicaciones para mejorar nuestro servicio a usted, incluyendo soluciones para mejorar la programación de citas, recordatorios de citas y preparación procedimiento. Medida que se disponga de las aplicaciones, puede recibir una notificación o invitación registro.
- Información sobre la Salud Digestiva: Esto puede incluir información sobre nuevos tratamientos, la notificación de seminarios educativos sobre temas de salud digestiva específicas u otra información relevante.

La información anterior es verdadera y correcta.
The above information is true and correct.

Nombre (en letra de molde): _____
(Name-please print)

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Signature) (Date) (02/13/15 gg)

ENTREVISTA DEL PACIENTE

Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Raza (Race)

☐Blanco/Caucásico (White/Caucasian) ☐Negro o Afroamericano (Black or African American) ☐Asiático (Asian)
(Hispanic or Latino) ☐Americano o Nativo de Alaska Indio (American Alaska Native Indian)
☐Nativeo de Hawai o de otra isla del Pacífico (Native Hawaiian or Other Pacific Islander) ☐Mixto (Mixed)
☐Otro (Other) ☐Paciente se niega a proporcionar información (Patient Declines to Provide information)

Ethnicidad (Ethnicity)

☐Hispano o Latino (Hispanic or Latino) ☐No Hispano o Latino (Not Hispanic or Latino)
☐Paciente se niega a proporcionar información (Patient Declines to provide information)

Sexo (Sex)

☐Femenino (Female) ☐Masculino(Male) ☐Otro (Other): _____

Idioma Preferido (Preferred Language)

☐Ingles (English) ☐Español (Spanish) ☐Otro (Other): _____

Preferencia de Contacto (Contact Preference)

☐Carta (Letter) ☐Otro (Other): _____

Farmacia (Pharmacy)

Nombre y Ubicación (Name & Location): _____

Alergia's

☐Ninguna Alergia Conocida (No Known Allergies) ☐Ninguna Alergia ha Medicamentos Conocidas (No Known Drug Allergies)
☐Cinta Adhesiva (Adhesive Tape) ☐Codeína Sulfato (Codeine Sulfate) ☐Eritromicina (Erythromycin) ☐Látex (Latex) ☐Penicilina (Penicillins)
☐Mariscos (Shelfish) ☐Sulfa (antibióticos de sulfonamide) (Sulfa (Sulfonamide Antibiotics)) ☐Iv Sye, Yodo que contienen los medios de contraste (IV Sye, Iodine Containig Contrast Media)

Medicamentos de Uso Diario

☐Niguno (None)

Nombre	Dosis	Como se lo toma?

Inmunizaciónes (Immunizations)

☐Ninguna (None)

☐Vacuna Contra la Gripe (Flu Shot) ☐Hep A ☐Hep B ☐Pneumovax (Pnuemovax) ☐Tb Preuba en la Piel (TB Skin Test)

Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____ Cuando: _____

Edstudios de Diagnóstico/Pruebas (Diagnostic Studies/ Tests)

☐Ninguno (None)

☐Colonoscopía (Colonoscopy) ☐Endoscopía (EGD) ☐Tomografia 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) ☐Reseccón 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 (Hemmorhoid Banding) ☐Abdominoplastia (Abdominoplatsy)

☐Histerectomia (Hysterectomy) ☐Ligación de trompas (Tubal Ligation) ☐Mastectomía (Mastectomy) ☐Marcapaso (Pacemaker) ☐Desfibrilador (Defibrillator)

☐Bypass de la Arteria Coronaria Gráfica(Coronary Artery Bypass Graphing) ☐Aneurisna 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 Vascular (Vascular Disease) ☐Colesterol Alto (High Cholesterol)

☐Carrera (Stroke) ☐Ataqu IsquémicoTransitorio (Transient Ischemic Attack) ☐Stent Coronario (Coronary Stent) ☐Implante Valvular (Valvular Disease Implant)

☐Marcapaso (Pacemaker) ☐Otro (Other): _____

Neumología (Pulmonology)

☐Enfermedad Pulmonar Obstuctiva 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)

☐Tastorno de Ansiedad (Anxiety Disorder) ☐Artritis (Athritis) ☐Trastorno Bipolar (Bipolar Disorder) ☐Piercings (Body Piercings)
☐Cáncer del Seno (Breast Cancer) ☐Embarazo Actual (Current Preganancy) ☐Depresión (Depression) ☐Diabetes
☐Fibromialgia (Fybromyalgia) ☐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 (Seperated)
☐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)

☐Niguno (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 internasal actualmente (IV or internasal drugs currently) ☐IV o Drogas internasal en el Pasado (IV or Internasal 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 Hisroty)

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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer del Colon (Colon Cancer)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pólipos de Colon (Colon Polyps)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Vesicular (Gallbladder Disease)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad Hepática (Liver Disease)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colitis Ulceros (Ulcerative Colitis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer del Estómago (Stomach Cancer)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro (Other):	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Revisión del sistema
(Por favor seleccione todos los síntomas que usted está experimentando acualmente)

	Sí
***Alérgico/Inmunógico* (Allergic/Immunologic)**	
☐Ninguno (None)	
Reacciones Alérgicas (Allergic Reactions)	☐
Infecciones Actuales (Current Infections)	☐
***Cardiovascular* (Cardiovascular)**	
☐Ninguno (None)	
Dolor en el Pecho (Chest Pain)	☐
Latidos Irregulares del Corazón (Irregular Heart Beat)	☐
Palpitaciones (Rapid Heart Rate/Palpitations)	☐
Hinchazón de Tobillos (Ankle Swelling)	☐
***Constitucional* (Constitutional)**	
☐Ninguno (None)	
Fiebre (Fever)	☐
Falta de Apetito (Loss of Appetite)	☐
Perdida de Peso (Weight Loss)	☐
***Oido, Nariz, Boca y Garganta* (ENMT)**	
☐Ninguno (None)	
Sangramiento de Nariz (Nose Bleeds)	☐
Pérdida de la Visión (Loss of Vision)	☐
Ronquera (Hoarsness)	☐
Llaga en la boca (Mouth Sores)	☐

	Sí
***Gastrointestinal* (Gastrointestinal)**	
☐Ninguno (None)	
Dolor Abdominal (Abdominal Pain)	☐
Hinchazón Abdominal (Abdominal Swelling)	☐
Cambio en los hábitos Inestinales (Change in Bowel Habits)	
Entreñimiento (Constipation)	☐
Diarrea (Diarrhea)	☐
Gas	☐
Acidez (Heartburn)	☐
Náusea (Nausea)	☐
Sangrado Rectal (Rectal Bleeding)	☐
Calambres en el Estómago (Stomach Cramps)	☐
Vómitos (Vomitting)	☐
Dificultad para Tragar (Difficulty Swallowing)	☐
Coloración amarillenta de la piel	☐
***Genitournario* (Genitourinary)**	
☐Ninguno (None)	
Sangre en la Orina (Blood in Urine)	☐
Recientes Oscurecimiento de la Orina (Recent Darkening of Urine)	☐

Sí

***Endocrino* (Endocine)**

☐Ninguno (None)

Sed Excesiva (Excessive Thirst) ☐

Intolerancia al Frio y Calor (Heat & 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) ☐

***Repiratorio* (Respiratory)**

☐Ninguno (None)

Dificultad con Respirar (Wheezing) ☐

Tos (Frequent Cough) ☐

Falta de aire cuando está en reposo ☐
(Shortness of Breath when at Rest)

Sí

***Hematológicas/Linfárico* (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 PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo puede usted tener acceso a ella. Estúdielo con cuidado.

Información médica del paciente
De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es 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 información sobre pagos, facturación y seguros. Es posible que su información se guarde electrónicamente y, de ser así, estará sujeta a la divulgación electrónica.

Cómo usamos y revelamos su información médica del paciente
Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención.
Pagos: Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que debamos obtener autorización de su compañía de seguros antes de brindar ciertos tipos de tratamiento o revelar su información a pagadores para determinar si está inscrito o si es elegible para recibir los beneficios. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud.
Operaciones de atención de la salud: Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento, la coordinación de servicios legales, y evaluar la atención y los resultados de su caso y de otros como el suyo.

Divulgaciones y usos especiales
Luego de un procedimiento, revelaremos sus instrucciones de alta e información relacionada con su atención, a la persona que lo llevará hasta su casa desde el centro o que, de otro modo, esté identificada como la persona que le ayudará en su atención posterior al procedimiento. Es posible que también revelemos información médica relevante a un familiar, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención o el pago de su atención, y que revelemos información a aquellas personas que brinden asistencia en actividades de auxilio en caso de catástrofes.

Otros usos y divulgaciones
Es posible que debamos o que se nos permita usar o revelar la información incluso sin su permiso, según se describe a continuación:
Cuando está exigido por ley: Probablemente nos veamos obligados por ley a revelar información, como por ejemplo informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.
Fines de investigación: Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.
Actividades de salud pública: Podemos revelar a las autoridades sanitarias estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares.
Supervisión de la salud: Es posible que revelemos información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorías, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.
Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento, una solicitud de divulgación o una orden de un tribunal apropiado.
Fines relativos a la observancia de las leyes: Es posible que revelemos información que funcionarios a cargo del cumplimiento de las leyes necesiten o soliciten o que denunciemos un delito en nuestras instalaciones.
Muertes: Podemos revelar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.
Amenazas serias a la salud o a la seguridad: Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público o de un tercero.
Funciones militares o especiales del gobierno: Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.
Compensación a trabajadores: Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación a trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
Asociados comerciales: Podemos revelar su información médica a asociados comerciales (personas o entidades que desempeñan funciones en nuestra representación), siempre que acuerden proteger la información.
Mensajes: Podemos contactarnos con usted para enviarle recordatorios de citas, o para realizar facturaciones o cobros, y podemos dejar mensajes en su contestadora, correos de voz o utilizar otros métodos.

En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o divulgación futuros. Conforme al cumplimiento con excepciones limitadas, no utilizaremos ni revelaremos notas de psicoterapia, ni tampoco su información médica para fines de comercialización, ni venderemos su información médica, salvo que usted haya firmado una autorización.

Derechos individuales
Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con la persona de contacto indicada más abajo para conocer la forma apropiada de ejercer estos derechos.
□ Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y divulgaciones. No tenemos la obligación de aceptar una restricción solicitada, salvo las solicitudes de limitar las divulgaciones a su plan de salud para fines de operaciones de atención médica o pagos cuando haya pagado en su totalidad con dinero propio el artículo o servicio cubierto por la solicitud, y cuando la ley no exija los usos o las divulgaciones.
□ Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle las citas.
□ En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias.
□ Tiene derecho a solicitar que corrijamos su información.
□ Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información por razones que no se relacionen con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y salvo por otras excepciones.
□ Usted tiene derecho a obtener a pedido una copia impresa de la versión vigente de este Aviso, aunque haya acordado previamente recibirlo por vía electrónica.

Nuestras obligaciones legales
Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del Aviso actualmente vigente. Debemos notificar a las personas afectadas en caso de un incumplimiento que involucre información médica sin protección.

Cambios en las prácticas de privacidad
Es posible que cambiemos este Aviso en cualquier momento y que los nuevos términos entren en vigencia para toda la información médica que poseemos. La fecha de vigencia de este Aviso se indica al final de la página. Si cambiamos nuestro Aviso, colocaremos el nuevo documento en la zona de espera. 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, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada más abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.

Persona de contacto
Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con:

Director del centro

Yo, _____, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad que se me ha entregado.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no se firma, razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo: _____

Testigo del personal que solicita el acuse de recibo

_____ Fecha: _____

CAPITAL DIGESTIVE CARE™
First in Digestive Health

Maryland Digestive Disease Center

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.

09/25/14 gg

CAPITAL DIGESTIVE CARE
First in Digestive Health

Maryland Digestive Disease Center

Cómo llegar a Ambulatory Endoscopy Center
Directions to Ambulatory Endoscopy Center of MD

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.

08/07/13 sh

CAPITAL DIGESTIVE CARE℠
First in Digestive Health

Maryland Digestive Disease Center

Explicación de Facturación del Paciente
Patient Billing Explanation

Estimado paciente:

Está programado para tener un procedimiento endoscópico en el Centro de Endoscopia Ambulatoria de Maryland. El procedimiento se lleva a cabo por uno de los médicos Digestive Disease Center GI Maryland. Durante el procedimiento puede recibir sedación administrada por uno de los Anestesia Grupo CRNA (anestesiólogos certificados Registered Nurse).
Frecuentes durante la endoscopia su médico tomará una biopsia (s). Si se obtiene una biopsia, la muestra será procesada en la capital Digestive Care Pathology Lab y será interpretado por uno de los patólogos.
Su procedimiento generará los siguientes diferentes cargos a su seguro o para usted, si usted no tiene seguro:
Cargo Profesional: Se trata de la tasa del Centro de Enfermedades Digestivas Maryland, una división de Cuidado Digestivo Capital, LLC, GI médico que realiza el procedimiento.
Cuota de Instalación: Esta es la cuota del Centro de Endoscopia Ambulatoria de Maryland donde el procedimiento se va a realizar.
Fee Anestesia: Este es el costo de la anestesia Corredor, LLC de los servicios proporcionado por el anestesista.
Fee Patología: Este es el costo de capital de Patología Digestiva Cuidado para la interpretación de la biopsia por uno de los patólogos.

Si usted tiene alguna pregunta antes de su procedimiento de las comisiones generadas por cualquiera de los grupos, por favor llame al Centro de endoscopía ambulatoria de Maryland al 301-498-5500.

Su explicación de beneficios (EOB) puede ser confuso. La siguiente información puede ayudar a entender este documento:
Gastos totales: Esta es la cantidad total facturado a los seguros. Este cargo será procesada por el pagador de acuerdo con su contrato con el centro.
Cantidad Permitida: Esta es la cantidad total de la instalación espera recibir de seguro y / o el paciente combinada. (También se conoce la cantidad negociada o la cantidad prevista).
Importe a pagar: Esta es la cantidad que el seguro principal va a pagar.
Responsabilidad del paciente: Esta es la diferencia entre la cantidad permitida y la cantidad a pagar. Esto representa los deducibles y copagos o coseguros. Si usted tiene un seguro secundario que pueden pagar la totalidad o parte de la "responsabilidad del paciente", dependiendo de su contrato.

08/07/13 sh

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
7350 Van Dusen Road, Suite 230
Laurel, MD 20707

Patient Rights and Responsibilities & Notification of Physician Ownership

Como paciente de la girola Endoscopy Center de Maryland, usted tiene el derecho a recibir la siguiente información antes del procedimiento.

PROYECTO DE LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE:

Todo paciente tiene derecho a ser tratado como un individuo con su / sus derechos sean respetados. Las instalaciones y el personal médico han adoptado la siguiente lista de derechos del paciente:

DERECHOS DEL PACIENTE:

• Recibir tratamiento sin discriminación de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad o fuente de pago.

• Para recibir una consideración y atención respetuosa de personal competente en un ambiente limpio y seguro. Estar libre de abuso mental, físico, sexual y verbal, abandono, explotación y libre de uso de restricciones innecesarias. Las drogas y otros medicamentos no se utilizarán para la disciplina de los pacientes o por conveniencia del personal de la instalación.

• Comprender las indicaciones para el procedimiento. Para recibir toda la información necesaria para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios del procedimiento.

• Recibir información completa sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico previsto, así como los tratamientos / procedimientos alternativos y los posibles riesgos / efectos secundarios asociados con el tratamiento. Si es médicamente desaconsejable revelar dicha información a la paciente, la información que se le da a una persona designada por el paciente oa una persona legalmente autorizada.

• Participar en todas las decisiones relacionadas con la atención sanitaria, excepto cuando dicha participación está contraindicada por razones médicas.

• Para rechazar el tratamiento de acuerdo con las leyes y reglamentos, para salir de la instalación incluso en contra de los consejos de su / su médico y que le digan qué afecta esto puede tener en su salud.

• Para cambiar de proveedor a otro proveedor disponible.

• Para garantizar un uso seguro de los equipos por personal capacitado.

• (si corresponde) Ser informado de la ausencia de cobertura de mala praxis.

• Gozar de privacidad, la confidencialidad y la integridad de toda la información y registros con respecto a su cuidado.

• Gozar de privacidad, la seguridad y la seguridad de sí mismo y sus pertenencias durante la prestación del servicio de atención al paciente.

• Para tener derecho a acceder a la información contenida en su expediente médico. Aprobar o rechazar la divulgación de su historial médico, excepto cuando es requerido por la ley y para pedir una contabilidad de los mismos.

• Ser consciente de las tarifas para el servicio y el proceso de facturación.

• Presentar una queja o presentar una queja sin temor a represalias acerca del cuidado y los servicios que están recibiendo.

• Tiene el derecho de ser informado de cualquier proyecto de investigación o experimental, y de negarse a participar sin compromiso al cuidado general del paciente.

• El derecho a solicitar información sobre las credenciales de los profesionales de la salud.

• El derecho a la evaluación y gestión apropiada del dolor.

• El derecho a la continuidad de la atención de la salud y para conocer con anticipación la hora y el lugar de la cita, así como el médico que brinda la atención. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se mantenga más tratamiento indicado médicamente, sin darle la oportunidad suficiente paciente para tomar medidas alternativas.

• Ser informado si la instalación ha autorizado a otras instituciones sanitarias y docentes a participar en el tratamiento del paciente. El paciente también tendrá derecho a conocer la identidad y las funciones de esta institución y de negarse a permitir su participación en el tratamiento del paciente.

• Solicitar y recibir información sobre las Voluntades Anticipadas y la política del Centro en honor a ellos.

• Ser informado por su / su médico o un delegado de su / su médico de los requisitos de asistencia sanitaria a raíz de su / su descarga desde el centro.

• Tener la seguridad de que en el caso de la atención a largo plazo que se necesita, esta organización proporcionará los mecanismos para ayudar a avanzar en el desarrollo de la atención continua de calidad para los pacientes que lo requieran.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

• Proporcionar historial médico pasado y el presente preciso, las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, cirugías, los medicamentos incluidos en los productos de venta libre y de cualquier alergia o sensibilidad.

• Informar al proveedor sobre cualquier testamento vital, poder médico y otra directiva que pudiera afectar su cuidado.

• Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor y de hacer preguntas cuando no entienden algo sobre su atención o tratamiento.

• Para asegurar que las obligaciones financieras para la atención de la salud prestados se pagan en el momento oportuno.

• Por sus acciones si se debe rechazar un tratamiento o procedimiento, o si no seguir o entender las instrucciones que les dieron por el médico o empleado Center.

• Para mantener su nombramiento procedimiento. Si se anticipan a un retraso o deben cancelar, notificarán al Centro tan pronto como sea posible.

• Para la disposición de los objetos de valor, ya que el Centro no asume esta responsabilidad.

• Para mostrar respeto y consideración a otras personas y sus bienes.

• Los pacientes tienen la responsabilidad de organizar el transporte desde y hacia el centro de un adulto responsable.
• Para asegurar que no hay niños que se quedan solos en la instalación en cualquier momento.
Si necesita un traductor:
Si necesita un traductor, por favor háganoslo saber y se le proporcionará uno para usted. Si tienes a alguien que pueda traducir la información confidencial, médica y financiera para usted, por favor haga arreglos para que ellos le acompañará en el día de su procedimiento.
Derechos y respeto a la propiedad y la persona
El paciente tiene el derecho a:
Ejercer sus derechos sin ser sujetado a discriminación o represalia
Presentar quejas con respecto al tratamiento o cuidado que es o deja de ser amueblado
Estar completamente informado acerca de un tratamiento o procedimiento y el resultado que se espera antes de que se lleva a cabo
La confidencialidad de la información médica personal
Privacidad y Seguridad
El paciente tiene el derecho a:
La privacidad personal
Recibir atención en un entorno seguro
Estar libre de toda forma de abuso o acoso
Directivas Anticipadas
Usted tiene el derecho a la información sobre la política del Centro en relación con las Directivas Anticipadas.
Directivas anticipadas no serán honrados en el Centro. En caso de una emergencia de eventos que amenaza la vida se llevarán a cabo los procedimientos médicos. Los pacientes serán estabilizados y trasladados a un hospital, donde la decisión de continuar o poner fin a las medidas de emergencia puede ser hecha por el médico y la familia.
Si el paciente o el representante del paciente quiere que sus directivas anticipadas a ser honrado, el paciente se ofrecerá atención en otro centro que se cumplan sus deseos.
Si lo solicita, se le proporcionará un formulario de directiva anticipada oficial del estado para usted. Los formularios también se pueden encontrar en http://www.oag.state.md.us/Healthpol/AdvanceDirectives.htm sitio Internet de la Procuraduría General de la Nación Maryland
Presentación y tramitación de quejas: Usted tiene el derecho a que sus quejas verbales o escritas presentadas, investigadas y recibir una notificación por escrito de la decisión del Centro.
Los siguientes son los nombres y / o agencias que usted puede ponerse en contacto con:
KIM WILSON, RN, BSN - Director del Centro de
7350 Van Dusen Road Suite 230
Laurel, MD 20707
(Voz) 301-498-5500 ext. 117 (fax) 301-604-5956
AAAHC
5250 Old Orchard Road, Suite 250
Skokie, IL 60077
Tel: 847/853.6060
Fax: 847/853.6118 Email: info@aaahc.org
Puede ponerse en contacto con el representante del Estado para presentar una queja;
www.gov.state.md.us/
Oficina de Calidad de la Atención de la Salud
Departamento de Salud y Salud Mental
Spring Grove Hospital Center
Soso Bryant Building
55 Wade Avenida
Catonsville, Maryland 21228
Teléfono: (410) 402-8000
Número gratuito: 1-800-492-6005
Email: ohcqweb@dhmh.state.md.us

Estado de sitio web-http :/ / www.dhmh.maryland.gov/
Sitios con direcciones y teléfonos de los organismos reguladores: sitio web Intermediario de Medicare
www.medicare.gov / Ombudsman / resources.asp

Medicare: www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Oficina del Inspector General: http://oig.hhs.gov
Médico de interés financiero y propiedad: El Centro es propiedad, en parte, por AmSurg Corporation y, en parte, por los siguientes médicos: Jeffrey Garbis, MD, Richard Chasen, MD; Jeffrey Bernstein, MD, Theodore Kim, MD, Marvin Lawrence MD y Sean Karp, MD. El médico (s) que lo refirió a este Centro y que realizará su procedimiento (s) puede tener un interés financiero y la propiedad.
Los pacientes tienen el derecho a ser tratado en otro centro de atención médica de su elección. Estamos realizando esta información, de conformidad con las regulaciones federales.

Ambulatory Endoscopy Center of Maryland
7350 Van Dusen Road, Suite 230
Laurel, MD 20707

AEC Brochure

Como paciente de la girola Endoscopy Center de Maryland, usted tiene el derecho a recibir la siguiente información antes del procedimiento.
PROYECTO DE LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE:
Todo paciente tiene derecho a ser tratado como un individuo con su / sus derechos sean respetados. Las instalaciones y el personal médico han adoptado la siguiente lista de derechos del paciente:
DERECHOS DEL PACIENTE:
• Recibir tratamiento sin discriminación de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad o fuente de pago.
• Para recibir una consideración y atención respetuosa de personal competente en un ambiente limpio y seguro. Estar libre de abuso mental, físico, sexual y verbal, abandono, explotación y libre de uso de restricciones innecesarias. Las drogas y otros medicamentos no se utilizarán para la disciplina de los pacientes o por conveniencia del personal de la instalación.
• Comprender las indicaciones para el procedimiento. Para recibir toda la información necesaria para dar su consentimiento informado para cualquier procedimiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios del procedimiento.
• Recibir información completa sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico previsto, así como los tratamientos / procedimientos alternativos y los posibles riesgos / efectos secundarios asociados con el tratamiento. Si es médicamente desaconsejable revelar dicha información a la paciente, la información que se le da a una persona designada por el paciente oa una persona legalmente autorizada.
• Participar en todas las decisiones relacionadas con la atención sanitaria, excepto cuando dicha participación está contraindicada por razones médicas.
• Para rechazar el tratamiento de acuerdo con las leyes y reglamentos, para salir de la instalación incluso en contra de los consejos de su / su médico y que le digan qué afecta esto puede tener en su salud.
• Para cambiar de proveedor a otro proveedor disponible.
• Para garantizar un uso seguro de los equipos por personal capacitado.
• (si corresponde) Ser informado de la ausencia de cobertura de mala praxis.
• Gozar de privacidad, la confidencialidad y la integridad de toda la información y registros con respecto a su cuidado.
• Gozar de privacidad, la seguridad y la seguridad de sí mismo y sus pertenencias durante la prestación del servicio de atención al paciente.
• Para tener derecho a acceder a la información contenida en su expediente médico. Aprobar o rechazar la divulgación de su historial médico, excepto cuando es requerido por la ley y para pedir una contabilidad de los mismos.
• Ser consciente de las tarifas para el servicio y el proceso de facturación.
• Presentar una queja o presentar una queja sin temor a represalias acerca del cuidado y los servicios que están recibiendo.
• Tiene el derecho de ser informado de cualquier proyecto de investigación o experimental, y de negarse a participar sin compromiso al cuidado general del paciente.
• El derecho a solicitar información sobre las credenciales de los profesionales de la salud.
• El derecho a la evaluación y gestión apropiada del dolor.
• El derecho a la continuidad de la atención de la salud y para conocer con anticipación la hora y el lugar de la cita, así como el médico que brinda la atención. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se mantenga más tratamiento indicado médicamente, sin darle la oportunidad suficiente paciente para tomar medidas alternativas.
• Ser informado si la instalación ha autorizado a otras instituciones sanitarias y docentes a participar en el tratamiento del paciente. El paciente también tendrá derecho a conocer la identidad y las funciones de esta institución y de negarse a permitir su participación en el tratamiento del paciente.
• Solicitar y recibir información sobre las Voluntades Anticipadas y la política del Centro en honor a ellos.
• Ser informado por su / su médico o un delegado de su / su médico de los requisitos de asistencia sanitaria a raíz de su / su descarga desde el centro.
• Tener la seguridad de que en el caso de la atención a largo plazo que se necesita, esta organización proporcionará los mecanismos para ayudar a avanzar en el desarrollo de la atención continua de calidad para los pacientes que lo requieran.
RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:
• Proporcionar historial médico pasado y el presente preciso, las quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, cirugías, los medicamentos incluidos en los productos de venta libre y de cualquier alergia o sensibilidad.
• Informar al proveedor sobre cualquier testamento vital, poder médico y otra directiva que pudiera afectar su cuidado.
• Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor y de hacer preguntas cuando no entienden algo sobre su atención o tratamiento.
• Para asegurar que las obligaciones financieras para la atención de la salud prestados se pagan en el momento oportuno.
• Por sus acciones si se debe rechazar un tratamiento o procedimiento, o si no seguir o entender las instrucciones que les dieron por el médico o empleado Center.
• Para mantener su nombramiento procedimiento. Si se anticipan a un retraso o deben cancelar, notificarán al Centro tan pronto como sea posible.
• Para la disposición de los objetos de valor, ya que el Centro no asume esta responsabilidad.
• Para mostrar respeto y consideración a otras personas y sus bienes.
• Los pacientes tienen la responsabilidad de organizar el transporte desde y hacia el centro de un adulto responsable.
• Para asegurar que no hay niños que se quedan solos en la instalación en cualquier momento.
EL AMBULATORIO Endoscopy Center de Maryland es una instalación del estado de la técnica que nos permite realizar procedimientos de gastroenterología en forma ambulatoria. Somos capaces de proporcionar una atención de alta calidad en un ambiente agradable para el paciente. Esto nos permite satisfacer nuestras oatients más eficaz y eficiente.
Nuestro centro es AAAHC (Acreditación de Atención Médica Ambulatoria, Inc.) acreditada y certificada por Medicare.

Nuestros médicos y personal de enfermería son ACLS (Advanced Cardiac Life Support) certificados.

Si se solicita, información sobre directivas anticipadas / testamentos en vida se encuentra disponible en esta oficina.

Debido al espacio limitado sala de espera, por favor traiga sólo su conductor que lo acompañe, si es posible.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN NUESTRO CENTRO
Colonoscopia
polipectomía
Biopsia hepática
Endoscopia GI
dilataciones esofágicas
Extracción de cuerpos extraños
Las biopsias del tracto GI
Control de la Hemorragia Gastrointestinal
La colocación del tubo de gastrostomía y reemplazo
paracentesis
Enteroscopia
cápsula endoscópica

Problemas médicos comunes que se evalúan EN NUESTRO CENTRO
Detección del cáncer de colon
La eliminación de los pólipos del colon
El dolor abdominal que no responden a la terapia adecuada
Ardor de estómago persistente con el tratamiento apropiado
dificultad para tragar
Las pruebas para Helicobacter Pylori
Evaluación de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Evaluación de las pruebas hepáticas elevadas
Las causas de la hemorragia digestiva
Pruebas de causas de la diarrea intratable
Pérdida de Peso
Hemorroides

Le invitamos a que nos visite en la Web en www.endocentermaryland.com o www.capitaldigestivecare.com para obtener informacion sobre:

Perfiles del Personal Médico
procedimientos realizados
Enfermedades del Aparato Digestivo
Información para el paciente
Formas y paquetes de detección
Prepara para los procedimientos
Direcciones de las oficinas
instrucciones
Enlaces a Recursos digestivos
Contactos

Laurel Medical Arts Building
7350 Van Dusen Rd. Suite 230
Laurel, MD 20707
Teléfono 301-498-5500
Fax 301-498-7346

02/13/15 SH

gPortal Patient Brochure

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

Introducting ....

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 physicains?
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
Maryland Centro de Enfermedades Digestivas
Laurel, MD
Columbia, MD
Takoma Park, MD
301-498-5500

08/19/14 gg