

Deepak Khurana, M.D.  
Board Certified in Gastroenterology



# Specialists in Gastroenterology

Le damos las gracias por elegir nuestra práctica y estamos deseosos de participar en su atención médica. Adjunto encontrará el papeleo para pacientes nuevos. Por favor, siéntase libre de llenar estas formas con anterioridad a su visita al consultorio. Si usted prefiere, usted puede llenar una vez que llegue a nuestra oficina, sin embargo le pedimos que usted llega temprano y esperar 30 minutos para completar. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llámenos al 847-931-7550

Por favor recuerde traer lo siguiente a su visita a la oficina:

- Identificación con foto
- Tarjeta del seguro
- Lista de todos los medicamentos actuales
- Teléfono de la farmacia
- Referencia (si es necesario)
- Co-Pay

Lugar de su cita:

Elgin Oficina:

1710 N. Randall Road  
Suite # 280  
Elgin, IL 60123

Fox River Grove de oficina:

912 W. Northwest Hwy.  
Suite # 100  
Fox River Grove, IL 60021

1

Su cita Fecha : \_\_\_\_\_ Hora : \_\_\_\_\_

Gracias!

1710 N. Randall Road • Suite #280 • Elgin, IL 60123  
912 Northwest Highway • Suite 100 • Fox River Grove, IL 60021

Phone: 847-931-7550  
www.specgastro.com

DATE \_\_\_\_\_

# PATIENT REGISTRATION

FOR INTERNAL USE ONLY  
PATIENT NUMBER \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION

SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_ HOME ADDRESS \_\_\_\_\_

FIRST NAME \_\_\_\_\_ MIDDLE \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

SEX \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HOME PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS  MARRIED  SINGLE WORK PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIVORCED  WIDOWED CELL PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(CHECK ONE)  EMPLOYED  RETIRED  FULL TIME STUDENT PREFERRED CONTACT #  HOME  WORK  CELL

OTHER \_\_\_\_\_ REFERRING PHYSICIAN \_\_\_\_\_

EMPLOYER \_\_\_\_\_ HOW DID YOU HEAR OF US? \_\_\_\_\_

## HEALTHCARE REFORM QUESTIONS

DUE TO RECENT REFORMS MANDATED BY THE GOVERNMENT, DOCTORS ARE REQUIRED TO ASK ALL PATIENTS FOR THEIR RACE AND ETHNICITY REGARDLESS OF YOUR INSURANCE TO MEET MEANINGFUL USE REQUIREMENTS.

### RACE:

### ETHNICITY:

_____ American Indian or Alaska Native	_____ White	_____ Hispanic
_____ Asian	_____ Hispanic	_____ Non-Hispanic
_____ Native Hawaiian	_____ Other Race _____	_____ Unreported/Refused to Report
_____ Black or African		

LANGUAGE \_\_\_\_\_

## INSURANCE INFORMATION

PLEASE PROVIDE YOUR INSURANCE CARD TO THE RECEPTIONIST

Commercial  Medicaid  Medicare  Worker's Compensation  Other \_\_\_\_\_

INSURANCE COMPANY \_\_\_\_\_

INSURED / CARD HOLDER'S NAME \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

POLICY # \_\_\_\_\_ GROUP # \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## SECONDARY INSURANCE INFORMATION

Commercial  Medicaid  Medicare  Worker's Compensation  Other \_\_\_\_\_

INSURANCE COMPANY \_\_\_\_\_

INSURED / CARD HOLDER'S NAME \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

POLICY # \_\_\_\_\_ GROUP # \_\_\_\_\_ PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## GUARANTOR

SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RELATIONSHIP \_\_\_\_\_ DAYTIME PHONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FIRST NAME \_\_\_\_\_ MIDDLE \_\_\_\_\_ EMPLOYER \_\_\_\_\_

LAST NAME \_\_\_\_\_ ADDRESS \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

AUTHORIZATION TO PAY BENEFITS TO PHYSICIAN: I hereby authorize payment directly to the Physician of the Surgical and/or Medical Benefits, if any, otherwise payable to me for his/her services as described, realizing I am responsible to pay non-covered services.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE (Patient or Parent if Minor) DATE

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize the Physician to release any information acquired in the course of my treatment necessary to process insurance claims.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DATE

# Specialists in Gastroenterology

## Política Financiera

Specialists in Gastroenterology cree que parte de la práctica de un buen sistema sanitario es el de establecer y comunicar una política financiera a nuestros pacientes. Estamos dedicados a proveer el mejor cuidado posible para usted, y queremos que usted entienda por completo nuestra política financiera.

1. **PAGO** - Se espera que en el momento de su visita. Nosotros aceptamos dinero en efectivo, tarjeta de crédito o cheque. El pago se incluyen los deducibles no cubiertas, co-seguro, co-pago o cargos no cubiertos de su compañía de seguros. Si no tienen seguro, o si su cobertura se encuentra actualmente en una cláusula de condición pre-existente, el pago total se espera que en el momento de su visita en efectivo o con tarjeta de crédito. Para procedimientos, solo aceptamos pagos en efectivo o por tarjeta de crédito. Les pedimos copia de una identificación o licencia por casos de robo de identidad. Por favor, pregunte por nuestras tarifas antes de la visita.

2. **SEGUROS** - Somos los proveedores participantes con varios planes de seguro. Vamos a presentar todas estas reclamaciones de seguros. Por favor, recuerde el seguro es contratado entre el paciente y la compañía de seguros y, finalmente, el paciente es responsable por el pago total. Si su compañía de seguros no paga la práctica en un plazo razonable de tiempo se le cobrará. Si posteriormente recibir el pago de su aseguradora, le devolveremos cualquier pago excesivo a usted.

Si nuestros médicos no están listados en la red de su plan, usted puede ser responsable por el pago parcial o total. Si usted está asegurado por un plan que no tenemos un acuerdo previo con, vamos a preparar y enviar la solicitud de que sobre una base sin asignar. Esto significa que el asegurador puede enviar el pago directamente a usted y por lo tanto, nuestros gastos de su cuidado se debe en el momento de los servicios. Debido a la existencia de múltiples productos de seguros diferentes, nuestro personal no puede garantizar su elegibilidad y la cobertura. Asegúrese de verificar con el departamento de su compañía de seguros miembros de beneficio sobre los servicios y los médicos antes de su cita. Usted es responsable de pago si su reclamo rechaza por falta de uno.

No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determina que un servicio sea "no cubre" usted será responsable por los cargos completos. El pago se efectuará a la recepción de una declaración de nuestra oficina. Todos los procedimientos facturados en esta oficina se consideran cubiertos, a menos limitado por su póliza de seguro específica.

3. **SALDOS** - más de 90 días sin pago será entregado a una agencia de cobros.

4. **CHEQUES DEVUELTOS** - incurrirá en un cargo de \$ 25.00. Se le pedirá para llevar efectivo o giro postal para cubrir el monto de los cargos por cheques además de un servicio.

5. **PRINCIPIOS DE CUENTA** - Pago y créditos se aplican a los más antiguos primeros cargos, con excepción del pago de seguros, que se aplican a las fechas correspondientes de los servicios.

6. **COMPLETAR LOS FORMULARIOS DE SEGUROS, COPIAR REGISTROS MEDICOS, ETC** - Es posible que requieren pre-pago para completar los formularios, copiar los expedientes médicos, o para las transcripciones adicionales por los médicos. Los cargos son determinados por la longitud y la complejidad de la forma o por carta.

7. **CARGOS DE CANCELACION**-Si no cancela su cita antes de las 24 horas se le cobrara \$75.00. Si no cancela su procedimiento antes de 5 días de trabajo se le cobrara \$200.00.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que dichos términos podrán ser modificados por la práctica de vez en cuando.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o persona responsable, si es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del paciente

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Primary Care Doctor: \_\_\_\_\_

Any ALLERGIES to medications? \_\_\_\_\_ Dr. Khurana Signature: \_\_\_\_\_

## Yearly Patient History Form

### Cardiovascular & Blood Disorder History:

HYPERTENSION (HIGH BP)?	Y/N
HYPOTENSION (LOW BP)?	Y/N
HEART DISEASE/FAILURE?	Y/N
<i>If yes, artificial valve?</i>	Y/N
<i>If yes, stent?</i>	Y/N
<i>If yes, pacemaker?</i>	Y/N
<i>If yes, defibrillator/AICD?</i>	Y/N
<i>If yes, heart attack history?</i>	Y/N
<i>-If yes, year of heart attack:</i>	
IRREGULAR HEART BEAT?	Y/N
HEART PALPITATIONS?	Y/N
SWELLING/EDEMA (feet/ankles)?	Y/N
BLOOD CLOT HISTORY?	Y/N
THROMBOCYTOPENIA (low platelet count)?	Y/N
EASY BLEEDING/BRUISING?	Y/N
ANEMIA?	Y/N
PREVIOUS BLOOD/PLATELET TRANSFUSION?	Y/N
<i>-If yes, when &amp; where?</i>	

Notes: |

### Pulmonary History:

ASTHMA?	Y/N
COPD?	Y/N
EMPHYSEMA?	Y/N
SHORTNESS OF BREATH?	Y/N
WHEEZING?	Y/N
FREQUENT COUGH?	Y/N
SLEEP APNEA?	Y/N
<i>If yes, CPAP or BiPAP use?</i>	CPAP or Bi PAP

**GASTROINTESTINAL SURGERY**

**DATE COMPLETED:**


Please fill in if procedures were done with a different practice so we can retrieve records.

HISTORY	COLONOSCOPY	UPPER ENDOSCOPY
DATE:		
LOCATION:		
DOCTOR:		
RESULTS:		

### DO YOU...

CURRENTLY SMOKE?	Y/N-
HISTORY OF SMOKING?	Y/N-
DRINK ALCOHOL?	Y/N-
CONSUME CAFFEINE?	Y/N-
HISTORY SUBSTANCE ABUSE? <i>If yes, describe.</i>	Y/N-

### Additional Questions:

REACTION TO ANESTHESIA? <i>If yes, when?</i>	YES or NO
FAMILY HISTORY OF ANESTHESIA REACTION? <i>If yes, relationship to you.</i>	YES or NO
IMPLANTS/PROSTHETICS? <i>If yes, what and where?</i>	YES or NO
Breast cancer/lymph node removal? Which breast/side?	Y or N Left, Right, or Both
Any recent abnormal labs? <i>If yes, what lab/test?</i>	YES or NO
<i>If yes, what facility (name)?</i>	

**NON-GI SURGERIES:**

**DATE:**


Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Endocrine, Neuromuscular, Neuro History:**

DIABETES HISTORY?	Y/N
<i>If yes, oral meds?</i>	Y/N
<i>If yes, insulin?</i>	Y/N
EXCESSIVE THIRST?	Y/N
TEMPERATURE INTOLERANCE?	Y/N
THYROID DISEASE?	Y/N
ARTHRITIS?	Y/N
HIP FRACTURE/JOINT REPLACED?	Y/N
<i>If yes, when &amp; where?</i>	
MUSCLE WEAKNESS?	Y/N
HEADACHES?	Y/N
HISTORY OF STROKE?	Y/N
<i>If yes, date &amp; type?</i>	
HISTORY OF SEIZURES?	Y/N
DIZZINESS?	Y/N
VERTIGO?	Y/N

**Psychiatric, GU, Skin, General History:**

KIDNEY DISEASE (stage)?	Y/N
<i>If yes, on dialysis?</i>	Y/N
KIDNEY STONES?	Y/N
FREQUENT URINATION?	Y/N
PAINFUL URINATION?	Y/N
ANXIETY?	Y/N
DEPRESSION?	Y/N
NERVOUSNESS?	Y/N
RASH OR ITCHING?	Y/N
<i>If yes, location &amp; duration?</i>	
CHANGE IN SKIN COLOR?	Y/N
PROBLEMS SWALLOWING?	Y/N
RECENT WEIGHT CHANGE?	Y/N
FATIGUE?	Y/N
NOTES:	

**GI History/Cancer (circle any that apply):**

Abdominal pain	Constipation	Diarrhea
Nausea	Vomiting	Change in bowels
Colon polyps	Diverticulosis	Diverticulitis
Celiac disease	Crohn's disease	Ulcerative colitis
Hemorrhoids	Blood in stool	Rectal bleeding
Tarry stools	Hiatal hernia	GI ulcers
Varices	Barrett's Esophagus	Reflux/heartburn
Cirrhosis-liver	Hepatitis	Jaundice
Pancreatic disease	Pancreatic cancer	Colon cancer
Prostate cancer	Ovarian cancer	Uterine cancer
Loss of appetite	Gallbladder disease	Gallstones

**Please list/explain any ADDITIONAL medical history that we should be made aware of:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Reason for visiting a gastroenterology practice:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Specialists in Gastroenterology

Pido que todas las comunicaciones a mí (por teléfono, correo o de otra manera) por los Specialists in Gastroenterology y / o su personal se maneja de la siguiente manera:

**Para la comunicación por escrito, dirigirse a:**

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_  
(Por favor escriba)

Dirección del paciente : \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal : \_\_\_\_\_

**Para la comunicación por teléfono: Llame**

Casa #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de farmacias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguranza principal titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Nombre / Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre de la aseguranza secundaria titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Nombre / Fecha de Nacimiento

Médico de atención primaria : \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina : \_\_\_\_\_

**En caso de necesidad, al cual podemos hablar con respecto a su información médica y la atención? (Ejemplo: los padres, esposa, esposo, hijos adultos, etc ...)**

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

Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que esta autorización, a la persona mencionada arriba, será valida hasta que una correspondencia escrita que mencione el cambio sea recibida en nuestra oficina o una nueva forma es entregada.

Firma del paciente : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

## *Specialist in Gastroenterology*

### CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, PAGO Y Operaciones de atención médica

Yo autorizo, \_\_\_\_\_, Specialists in Gastroenterology de utilizar y / o revelar mi información de salud que específicamente se me identifique o que razonablemente se puede utilizar para identificar a mí para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que, si bien este consentimiento es voluntario, si me niego a firmar esta autorización, especialistas en Gastroenterología puede negarse a tratar.

He recibido una copia del Aviso de Normas de Privacidad ("Aviso"), que más ampliamente se describen los usos y divulgación que se pueden hacer de mi información médica personal para operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación a especialistas en Gastroenterología, por escrito, pero si revoco mi consentimiento revocación no afectará mis acciones que los especialistas en Gastroenterología tuvo antes de recibir mi revocación.

Entiendo que los especialistas en Gastroenterología se ha reservado el derecho de cambiar su / sus prácticas de privacidad y que pueden recibir los avisos de cambios, mediante simple solicitud.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que los especialistas en Gastroenterología restringe mi información médica personal se usa y / o divulgada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Entiendo que los especialistas en Gastroenterología que no tiene por qué estar de acuerdo a las restricciones, pero la restricción una vez que son de acuerdo con, los especialistas en Gastroenterología deben cumplir con tales restricciones.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o representante del paciente)**  
(Formulario debe ser completado antes de firmar)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre del paciente o del representante del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente**