



GREGORY S. SMITH, M.D.
Board Certified Gastroenterology & Hepatology

MARY DOTSON, DNP-FNP
Board Certified Nurse Practitioner

Querido(a) _____,

Bienvenido(a) a nuestro oficina! Estamos comprometidos a proporcionar la mejor atención médica posible. Te animamos a hacer preguntas. Por favor ayúdenos proporcionando la siguiente información. Toda la información es confidencial y sólo sería compartida con su consentimiento. Por favor, complete estos formularios con tinta de pluma solamente, y puedes traer las formas con usted en el día de su visita. Por favor, asegúrese de llenar todos los espacios en las formas. Si necesita ayuda para completar estos formularios, estaremos encantados de ayudarle en el día de su visita. Por favor, para el beneficio completo de su visita, **venga acompañado de un adulto que puede traducir** por usted si no habla o comprende el Inglés básico.

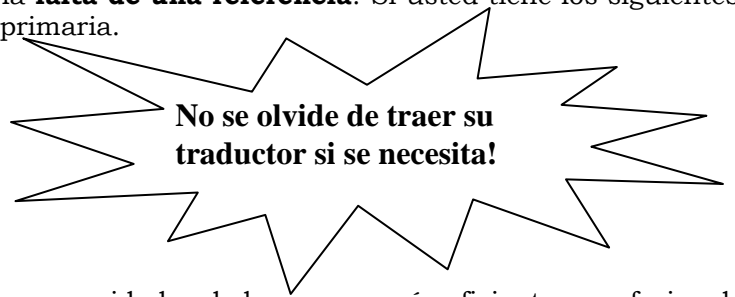
Estos son algunos artículos que usted necesita en el día de su visita:

- **Tarjeta de seguro** y de **identificación con foto** (si usted tiene.)
- Su **co-pago** y **deducible** (si su seguro requiere) y el **pago de saldo** que debe (si hay algún saldo.)
- Tarjeta de Medicare Parte D o tarjeta de farmacia (si usted tiene.)
- Una lista de sus **recetas** y **medicamentos** de venta libre usted está tomando actualmente, incluidas las hierbas o vitaminas. Por favor incluya la dosis y la frecuencia con la que usted toma sus medicamentos.
- Cualquier **registro de gastroenterología** de su gastroenterólogo anterior, y su médico de atención primaria, que puede estar **relacionado con el motivo de su visita**. Envíe por fax los registros médicos a (706) 548-0555, o llevarlos con usted a su visita a la oficina.
- Si tiene dificultad para entender el Inglés, por favor **traiga un adulto que pueda traducir** para usted.

Co-pagos son debidos en el momento de la visita. Le recomendamos que **consulte con su compañía de seguros** para asegurarse de **que estamos en la red**. Es responsabilidad del paciente para saber dónde su seguro le cubrirá. Por favor, asegúrese de que tiene una referencia para su visita si su compañía de seguro requiere una referencia autorizado. Es **responsabilidad del paciente obtener** la **referencia** de su **médico de atención primaria**. **No** nos hacemos responsables si sus **beneficios no pagan** debido a la **falta de una referencia**. Si usted tiene los siguientes seguros se necesita una referencia de su médico de atención primaria.

(Esta lista está sujeto a cambios sin previo aviso.)

- Blue Cross Blue Shield (BCBS) POS
- TriCare Prime
- South East Community Care/Arcadian
- Kaiser Permanente (a menos que sea MultiChoice)
- Pearce Administration
- National Union Fire Insurance



Como siempre, hacemos todo lo posible para servir mejor a sus necesidades de la manera más eficiente y profesional. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación, por favor no dude en contactarnos al número (706) 548-0058.

Sinceramente,

El coordinador de cita calendario

FECHA DE SU CITA: _____

HORA DE SU CITA: _____

FUE REFERIDO POR: _____

SU CITA ES CON:

<input type="checkbox"/>	GREGORY S. SMITH, M.D.
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	MARY DOTSON, DNP, RN, FNP

Por favor llame a nuestra oficina dos días de antelación si no puede acudir a su cita, o si usted necesita cambiar su cita. Una cita estropeada es una pérdida para todos.

Gracias por permitirnos ser parte de su equipo de atención médica!!