

2010	Nevada Pediatric Specialists Patient Information Form	Date:
Referido por: <input type="checkbox"/> Pagina de Internet <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas <input type="checkbox"/> Amigos/Familia <input type="checkbox"/> Ginecólogo <input type="checkbox"/> Lista De Doctores <input type="checkbox"/> No Cita		
Información Del Paciente: Apellido		Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Dirección: _____		
Ciudad, Estado, Código Postal: _____		
Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____	Masculino/Femenino _____
Información de La Madre: Apellido		Nombre: _____ # de Seguro Social _____
Dirección: _____		Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Estado Civil: _____	Nombre de su Empleo: _____
# de Teléfono: _____	# de celular: _____	Otro # en caso de Emergencia: _____
Información del Padre: Apellido		Nombre: _____ # de Seguro Social _____
Dirección: _____		Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Estado Civil: _____	Nombre de su Empleo: _____
# de Teléfono: _____	# de Celular: _____	Otro # en caso de Emergencia: _____
Nombre de Persona Asegurada: _____		Relación al Paciente: _____
# de Seguro Social: _____	Fecha de Nacimiento: _____	
Nombre de Compañía de Seguro Médico: _____	# de Identificación: _____	# de Grupo: _____
Nombre de su Empleo: _____	# De Teléfono de su Empleo: _____	
Nombre Para Comunicarles en Caso de Emergencias: (aparte de los padres)		# de Teléfono: _____
Nombre De Hermano/na: _____	Fecha De Nacimiento: _____	Edad: _____
Nombre De Hermano/na: _____	Fecha De Nacimiento: _____	Edad: _____
Nombre De Hermano/na: _____	Fecha De Nacimiento: _____	Edad: _____
<u>YOU ARE FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES INCURRED, REGARDLESS OF INSURANCE COVERAGE! PLEASE READ THE FOLLOWING CAREFULLY! BY SIGNING BELOW, YOU INDICATE YOUR UNDERSTANDING AND ACCEPTANCE OF THE FOLLOWING POLICIES:</u>		
1. I authorize the release of any medical or other information necessary to process my insurance claims. I authorize the release of medical records for the purpose of medical referrals, and to the persons listed above on this form. 2. I authorize payment of medical benefits from my insurance company or government program to Nevada Pediatric Specialists. 3. I agree to pay all insurance co-pays and/or coinsurance at the time of check-in and prior to services being rendered. 4. If Nevada Pediatric Specialists cannot verify my insurance at the time of visit, or if I do not bring current proof of insurance to each visit, I agree to pay charges in full before the patient is seen. 5. If any charges incurred by me or my dependents are submitted to a collection agency, I agree to pay all fees including, but not limited to both, the collection agency fee and the account balance. 6. If I miss any appointments without prior notification to this office, I agree to pay a \$25.00 no show charge. 7. I agree to pay a \$25.00 charge, in addition to the check amount, on any of my personal checks which are returned to this office by my bank. 8. I understand that Nevada Pediatric Specialists bills insurance as a courtesy. I understand that my financial charges for services rendered by Nevada Pediatric Specialists are ultimately my responsibility. 8. While your appointment maybe for a specific time, no express or implied guarantee is made that a nurse or physician will see you at that exact time. Nevada Pediatric Specialists makes every effort to see patients in a timely fashion, subject to patient volume and emergencies beyond our control. I agree not to hold Nevada Pediatric Specialists responsible in any manner for time spent waiting to be seen.		
Nombre De Persona Responsable _____ Firma: _____ Fecha: _____		

Nevada Pediatric Specialists
Quality Healthcare for Children
Historia Medica

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Fecha De Hoy _____

Favor de contestar todas las preguntas:

Embarazo y Nacimiento:

Tuvo usted alguna enfermedad durante su embarazo? Si _____ No _____
El bebé tuvo algun problema mientras estaba en el hospital? Si _____ No _____
Su bebé nacio prematuro? (prematuro es a las 37 semanas o antes) Si _____ No _____
Este es su primer bebé? Si no, cuantos hijos/hijas tiene? Si _____ No _____
El parto fue vaginal(normal) o cesárea? _____ Si _____ No _____
Cual fue el peso de el bebé? _____
En que hospital nacio su bebé? _____

Historia Medica

A estado su bebé internado en un hospital? Si _____ No _____
A tenido su bebé alguna operación? Si _____ No _____
A tenido su bebé mas de 3 infecciones de oido? Si _____ No _____
A tenido su bebé mas de 3 infecciones de garganta? Si _____ No _____
A tenido su bebé convulsiones? Si _____ No _____
A tenido su bebé asma o sibilancias (resoplidos) Si _____ No _____
A tenido su bebé alguna transfusión de sangre? Si _____ No _____
Sufre su bebé alguna alergia a medicinas o comida? Si _____ No _____
(Si sufre alergias, favor de anotarlas) _____

A sufrido su bebe algun problema medicos escrito abajo?

Crecimiento y desarrollo	Pecho
Cambio de peso	Pulmones
Fiebre	Estómago o intestino
Piel	Riñones o vejiga
Cabeza	Partes genitales
Ojos	Músculos o collonturas
Oídos	Cerebro, nervios o ataques
Nariz	Vista
Boca y garganta	Sangrar a exceso
Cuello	Problemas en la escuela
Problemas emocionales	

Nevada Pediatric Specialists
Quality Healthcare for Children

Nombre del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento** _____
Fecha De Hoy: _____

Autorizacion/Consentimiento Para su Tratamiento Médico:

Doy autorización a la oficina de **Nevada Pediatric Specialists** para que le den atención médica necesaria, ya sea tratamiento regular o de emergencia, como sea determinado por el doctor y en cuanto sea la mejor decision y bienestar de mi hijo/hija, siendo un/una menor de edad. Esta autorización deberá permanecer válida, amenos que sea revocada, o cancelada en escrito por mi y expirará un año despues de haber sido firmada.

Firma del Padre/Madre/Guardian Legal/Representante

Fecha: _____

Farmacia de Preferencia:

Para su conveniencia **Nevada Pediatric Specialists** tiene la habilidad de mandar su receta médica via correo electronico, o si usted lo desea, le podemos proveer su receta médica en papel.

Nombre de su Farmacia: _____

de Teléfono: _____

Por Medio de la presente autorizo que los datos protegidos relacionados con la susodicha persona sean enviados via correo electronico.

Esta Autorización deberá permanecer válida, amenos que sea revocada, o cancelada en escrito por mi y expirará un año despues de haber sido firmada.

Firma del Padre/Madre/Guardian Legal/Representante

Fecha

Autorización Para Dibulgar los Datos Médicos del Paciente Siendo un/una Menor de Edad:

Les doy autorización a las siguientes personas o agencias para que autoricen atención médica y firmen en caso de mi ausencia por mi hijo/hija siendo menor de edad. Esta Autorización deberá permanecer válida, amenos que sea revocada, o cancelada en escrito por mi y expirará un año despues de haber sido firmada.

Nombre Completo: _____ Relación al Paciente: _____

Nombre Completo: _____ Relación al Paciente: _____

Firma del Padre/Madre/Guardian Legal/Representante

Fecha

**Nevada Pediatric Specialists
Quality Healthcare for Children**

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento _____
Fecha De Hoy: _____

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Paciente y Permiso

Este aviso describe como Nevada Pediatric Specialists puede usar y revelar la información de salud sobre su hijo/hija y como puede tener acceso a esta información. (Favor de revisar este aviso cuidadosamente.)

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud que lo identifica; entregarle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a su información de salud; y seguir las condiciones de nuestro aviso que se encuentran vigentes actualmente. Este aviso cubre las prácticas de nuestra oficina **Nevada Pediatric Specialists**.

Sus derechos en cuanto a la información de salud sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, con respecto a la Información de Salud que **Nevada Pediatric Specialists** mantiene sobre usted.

Derecho a solicitar enmiendas

Si piensa que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información y debe decirnos la razón de su solicitud. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo durante el cual la información sea mantenida por o para Columbia. La solicitud de enmiendas se debe enviar, por escrito, al Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso.

Derecho a solicitar una relación de las revelaciones.

Usted tiene derecho a solicitar una "relación de las revelaciones" sobre la Información de Salud. Ésta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de la Información de Salud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratis. Si solicita listas adicionales, **Nevada Pediatric Specialists** tiene derecho de cobrarle por el costo de proporcionarle esta lista.

Doy autorización a la oficina de **Nevada Pediatric Specialists** para que divulgan información médica, tratamientos, pagos y operaciones de servicio de la salud. Esta autorización deberá permanecer válida, amenos que sea revocada, o cancelada en escrito por mi y expirará un año despues de haber sido firmada. Esta práctica divulga esta forma para cumplir con la ley llamada Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. (HIPPA)

Firma del Padre/Guardián/Representante Personal y Relación con el Paciente

Fecha

**Nevada Pediatric Specialists
Quality Healthcare for Children**

Nombre del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento** _____
Fecha De Hoy: _____

Autorización para Divulgar los Datos Médicos del Paciente De su Oficina Anterior

Por favor lea con cuidado ambos lados de este formulario. El Acta Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA por sus siglas en inglés) que entró en vigor el 14 de abril del 2003, requiere que todos los siguientes elementos sean completados para que sea válida la autorización.

Nombre del Paciente: _____
Direccion: _____
Teléfono: _____
Fecha De Nacimiento _____
del Padre/Madre/Guardian: _____

Por Medio de la presente autorizo que los datos protegidos relacionados con la susodicha persona sean enviados:

De:
Nombre de su Doctor Anterior: _____
Nombre de la Oficina: _____
Número de Teléfono: _____
Número de Fax: _____

A:
(Recipiente)

Nevada Pediatric Specialists
3201 S. Maryland Parkway Suite 608
Las Vegas, NV 89109
Tel: (702)457-5437
Fax: (702) 464-5801

Motivo para Solicitar la Información:

La información divulgada incluirá (marque todos los que apliquen):

Carátula	Historia y Exámenes Físicos	Reporte de Laboratorio
Reporte de Operacion	Resumen al dearlo de alta	Progreso/Notas del Médico
Rayos X	Reporte Radiológico	Reporte de Emergencias
Notas de las Enfermeras	Reportes de EKG/EMG/EEG	Reporte de Consultas

Otro: _____
Expediente del periodo (fechas) del _____ al: _____

Tambien entiendo que yo puedo revocar/retirar esta autorizacion en cualquier momento, solicitándolo por escrito a la persona contacto del expediente médico en este lugar de cuidados, except por las acciones que ya se hayan tomado para divulgar esta informacion. Esta Autorización deberá permanecer válida, amenos que sea revocada, pero expirará un año despues de haber sido firmada. Tengo el derecho de inspeccionar una copia de la información de salud que sera divulgada, y si no firmo esta autorización, la organización mencionada anteriormente no divulgará mi informacion de salud. La persona/ organización

Mencionada anteriormente no se negará a darme tratamiento basada en mi decision de accede o no a permitir que mi informacion de salud sea utilizada y divulgada a otros.

Firma del Padre/Guardián/Representante Personal y Relacion con el Paciente Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián/Representante Personal y Relacion con el Paciente Fecha: _____

Nevada Pediatric Specialists
Quality Healthcare for Children

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento _____
Fecha De Hoy: _____

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad del Paciente y Permiso

Este aviso describe como Nevada Pediatric Specialists puede usar y reveler la información de salud sobre su hijo/hija y como puede tener acceso a esta información. (Favor de revisar este aviso cuidadosament.)

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud que lo identifica; entregarle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a su información de salud; y seguir las condiciones de nuestro aviso que se encuentran vigentes actualmente. Este aviso cubre las prácticas de nuestra oficina *Nevada Pediatric Specialists*.

Sus derechos en cuanto a la información de salud sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, con respecto a la Información de Salud que *Nevada Pediatric Specialists* mantiene sobre usted.

Derecho a solicitar enmiendas

Si piensa que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos la información y debe decirnos la razón de su solicitud. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo durante el cual la información sea mantenida por o para Columbia. La solicitud de enmiendas se debe enviar, por escrito, al Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso.

Derecho a solicitar una relación de las revelaciones.

Usted tiene derecho a solicitar una "relación de las revelaciones" sobre la Información de Salud. Ésta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de la Información de Salud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratis. Si solicita listas adicionales, *Nevada Pediatric Specialists* tiene derecho de cobrarle por el costo de proporcionarle esta lista.

Doy autorización a la oficina de *Nevada Pediatric Specialists* para que divulgan información médica, tratamientos, pagos y operaciones de servicio de la salud. Esta autorización deberá permanecer válida, amenos que sea revocada, o cancelada en escrito por mi y expirará un año despues de haber sido firmada. Esta práctica divulga esta forma para cumplir con la ley llamada Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. (HIPPA)

Firma del Padre/Guardián/Representante Personal y Relación con el Paciente

Fecha