

Dr. Waseem Alhushki  
Dr. Kanyalakshmi Ayyanar  
Arlene Bayreder, APRN  
Danielle Bello, PhD  
Angela Berg, DNP, CPNP  
Dr. Diane Brown, PhD  
Dr. Daisy Cortes  
Amber Federizo, APRN, FNP-BC



Erin Foster, APRN, FNP-BC  
Dr. Alan Ikeda  
Dr. Nicola Longo, PhD  
Dr. Lisa Majlessi  
Dr. Katherine Marzan  
Dr. Nik Abdul Rashid  
Dr. Alexandra Walsh

Bienvenido a las oficinas del Children's Specialty Center of Nevada. Agradecemos la confianza que ha depositado en nuestra clinica y esperamos poder conocerlo personal y profesionalmente. Nuestro objetivo es proporcionar el cuidado de la más alta calidad en un ambiente amigable y eficiente.

Es también nuestro objetivo de proporcionar a que usted oportuna visita con los médicos. Por favor llegar a tiempo a su cita con el papeleo para evitar el riesgo de su cita para ser reprogramado.

Le pedimos que traiga lo siguiente a nuestro consultorio para su primera consulta:

- Todos los medicamentos sin receta, a base de hierbas y con receta que el paciente está tomando
- Tarjeta actual del seguro y licencia de conducir o identificación con fotografía expedida por el gobierno.
- CD o película de cualquier tomografía, ultrasonido o prueba que le hayan realizado

Nuestro consultorio de Las Vegas se encuentra en el 3121 de S. Maryland Parkway, Suite 300, Las Vegas, NV 89109 (la intersección más cercana es Desert Inn y Maryland Parkway). El consultorio de Las Vegas HTC se encuentra en el 3121 de S. Maryland Parkway, Suite 206, Las Vegas, NV 89109. Nuestro consultorio de Reno está ubicado en el 540 de Plumb Lane, Suite 200, Reno, NV 89509 entre S. Arlington Ave. y Plumas St.

Si tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, no dude en consultar a nuestra clinica en el 702-732-1493.

Esperamos con gusto verlo en nuestra clinica. Gracias por darnos la oportunidad de atenderlo.

Cordialmente,

El personal del Children's Specialty Center of Nevada y el Hemophilia Center of Nevada

Dr. Waseem Alhushki  
 Dr. Kanyalakshmi Ayyanar  
 Arlene Bayreder, APRN  
 Danielle Bello, PhD  
 Angela Berg, DNP, CPNP  
 Dr. Diane Brown, PhD  
 Dr. Daisy Cortes  
 Amber Federizo, APRN, FNP-BC



Erin Foster, APRN, FNP-BC  
 Dr. Alan Ikeda  
 Dr. Nicola Longo, PhD  
 Dr. Lisa Majlessi  
 Dr. Katherine Marzan  
 Dr. Nik Abdul Rashid  
 Dr. Alexandra Walsh

## Registro de pacientes e información del seguro

Complete la información del paciente. Nuestro personal del consultorio estará encantado de ayudarle si tiene alguna pregunta.  
**Todos los artículos deben estar terminado – no deje espacios en blanco de cualquier**

INFORMACIÓN DE PACIENTE				
APELLIDO DEL PACIENTE	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	N° de la SS	SUFIJO
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N° DE TELÉFONO PARTICULAR	N° DE TELÉFONO DEL TRABAJO	N° CELULAR	SEXO	EDAD
FECHA DE NACIMIENTO	EMPLEADOR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
PROVEEDOR HABITUAL	MÉDICO QUE REFIERE	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA		
ESTADO CIVIL	SITUACIÓN LABORAL <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado	SITUACIÓN DE ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante	RELACIÓN CON EL FIADOR	
FARMACIA PREFERIDA Y UBICACIÓN (ESQUINA)		N° DE TELÉFONO DE LA FARMACIA PREFERIDA		
ETNIA (elija 1) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/Rehúso contestar		IDIOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____	NECESITA INTÉRPRETE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
RAZA (elija 1) <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido/Rehúso contestar				

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA		DIRECCIÓN DE LA ASEGURADORA	
N° DE ID DEL CERTIFICADO		N° DE ID DEL CERTIFICADO	
NOMBRE DEL GRUPO		NOMBRE DEL GRUPO	
N° DE RECLAMACIÓN O GRUPO		N° DE RECLAMACIÓN O GRUPO	
N° DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA		N° DE TELÉFONO DE LA ASEGURADORA	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR		FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	
N° de SS DEL SUSCRIPTOR		N° de SS DEL SUSCRIPTOR	
RELACIÓN CON EL PACIENTE		RELACIÓN CON EL PACIENTE	

INFORMACIÓN DEL GARANTE (PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE)			
APELLIDO DEL GARANTE	NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N° DE TELÉFONO PARTICULAR	N° DE TELÉFONO DEL TRABAJO	N° CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Dr. Waseem Alhushki  
 Dr. Kanyalakshmi Ayyanar  
 Arlene Bayreder, APRN  
 Danielle Bello, PhD  
 Angela Berg, DNP, CPNP  
 Dr. Diane Brown, PhD  
 Dr. Daisy Cortes  
 Amber Federizo, APRN, FNP-BC



Erin Foster, APRN, FNP-BC  
 Dr. Alan Ikeda  
 Dr. Nicola Longo, PhD  
 Dr. Lisa Majlessi  
 Dr. Katherine Marzan  
 Dr. Nik Abdul Rashid  
 Dr. Alexandra Walsh

## Registro de pacientes e información del seguro *(continúa)*

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA				
1	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 1			SUFIJO
	N° DE TELÉFONO 1	N° DE TELÉFONO 2	N° DE TELÉFONO 3	RELACIÓN CON EL PACIENTE
	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2			SUFIJO
2	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2			SUFIJO
	N° DE TELÉFONO 1	N° DE TELÉFONO 2	N° DE TELÉFONO 3	RELACIÓN CON EL PACIENTE
	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2			SUFIJO

## Cuestionario de historial de salud del paciente

Ayúdenos a ser tan eficientes como sea posible en su primera visita a nuestro programa. Este cuestionario de historial de salud **debe** completarse antes de la cita. Si necesita ayuda con las respuestas a cualquiera de las preguntas que se formulan, no dude en comunicarse con nuestro consultorio y estaremos encantados de ayudarle.

Cuestionarios de historia de salud que son incompletas u olvidados a la hora de su cita o llegar tarde a su cita pueden resultar en la reprogramación de su cita.

FECHA DE HOY	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO	<input type="checkbox"/> Desconocida
--------------	--------------------------------	--------------------------------------

Farmacia de pedidos por correo (de ser aplicable)			
Nombre	Dirección		
Teléfono	Fax		

<b>Motivo de la consulta</b> ¿Cuál es el motivo principal por el que está viendo al doctor hoy?
<input type="checkbox"/> Remitido por el hospital u otro proveedor. ¿Quién?

Antecedentes médicos ¿Paciente se le ha <b>DIAGNOSTICADO</b> alguno de los siguientes problemas? En caso afirmativo, explique.					
		FECHA DE INICIO	FECHA DE LA PRUEBA	COMENTARIOS	¿SE RESOLVIÓ?
SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Indicar el tipo					<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Insulinodependiente (Tipo I)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
No insulinodependiente (Tipo II)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Indicar el tipo					<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Problemas de estómago o intestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>

Alergias Indique los alérgenos y las reacciones asociadas (p. ej. urticaria, sarpullido, náuseas...)					
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias a medicamentos					
<input type="checkbox"/> No se conocen alergias alimentarias					
Indique otros medicamentos, alimentos, alérgenos ambientales y reacciones asociadas					
		Reacción		Reacción	
Aspirina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Morfina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Penicilina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Sulfas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Látex	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cinta adhesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

**Historial familiar:** Compruebe si pariente de sangre del paciente ha tenido alguna de las siguientes. En caso afirmativo, especifique.

<input type="checkbox"/> Historial médico familiar desconocido						
	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano(s)	Otro	No presentes
Edad						
Estado de salud (bueno, medio, malo)						
Edad a la muerte						
Abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer – Tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía – Tipo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte prematura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medicamentos** Indique cualquier medicamento como la aspirina, vitaminas, medicamentos de venta sin receta o hierbas medicinales.

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia y motivo	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia y motivo
			Aspirina		
			Cumadina/warfarina		
			Hormonas o anticonceptivos		
			<b>Suplementos herbales</b>		
			<b>Vitamina</b>		

Historia social del paciente:	
Hogar monoparental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable	¿Custodia compartida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplicable
Quién vive en casa con el niño <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros _____	
¿Hay alguna preocupación de seguridad en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Vive en <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Hay fumadores en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El cuidador fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Escuela? <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Escuela en casa <input type="checkbox"/> Escuela tradicional Grado _____	
Actividades extracurriculares <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Artes <input type="checkbox"/> Manualidades <input type="checkbox"/> Otras _____	
¿El paciente toma alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Historia del nacimiento del paciente:	
Problemas de embarazo o médicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa _____	
Parto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prolongado <input type="checkbox"/> Dificil <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> De pies <input type="checkbox"/> VBAC <input type="checkbox"/> Otro _____	
Recién nacido <input type="checkbox"/> A término <input type="checkbox"/> Prematuro Número de semanas _____	

Antecedentes quirúrgicos u Hospital se mantiene para el paciente:		
¿Historial de problemas de anestesia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el tipo y las reacciones _____		
Año	Procedimiento/ Enfermedad	Cirujano/Ubicación

Las últimas imágenes y estudios de diagnóstico para el paciente (CT, radiografía, ecografía, MRI, etc.):			
Año	Tipo		Institución
	CT Scan (Escáner de tomografía computarizada)		
	Rayos X		
	IRM		
	Ultrasonido		

Revisión de sistemas: Háblenos sobre los <u>síntomas actuales</u> que su hijo está experimentando.					
<b>* General</b>		<b>* Cardiovascular</b>		<b>* Músculo-esquelético</b>	
Normal: Nivel de actividad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apetito Normal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ritmo cardiaco irregular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de las articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sueño Normal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Normal Crecimiento/ Desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>* Neurológicos</b>	
Normal del Discurso / Lengua	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Desmayo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<b>* Gastrointestinales</b>		Lesiones de cabeza graves	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>* Piel</b>		Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Acné	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lunares o bultos preocupantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vómitos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>* Psiquiátricos</b>	
				No es cooperativo o es desafiante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>* Cabeza y cuello (HEENT)</b>		<b>* Aparato genitourinario</b>		Ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad con los profesores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con el control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad con los niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de control intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ojos llorosos con escozor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Incontinencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>* Endocrinos o hematopoyéticos</b>	
Nariz tapada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Preocupaciones con el desarrollo sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades con el calor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de un lado o costado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades con el frío	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Quejas al orinar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>* Respiratorios</b>				Micción excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>* Sólo para mujeres</b>		Sangra Fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sibilancia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Periodos de perdidas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Irregularidades menstruales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Haga una lista de todos los médicos que esté viendo actualmente como paciente:			
Nombre del médico	Número de teléfono (si lo sabe)	Tipo de médico	Enfermedad que le está tratando

## POLÍTICA FINANCIERA Y DE ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si tiene seguro, el Children's Specialty Centers of Nevada (CSCN) procesará encantado su reclamación. Sin embargo, requerimos que su porción estimada se pague al prestarse los servicios.

**SI NO ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO**, le proporcionaremos una estimación del costo de su atención. Esta estimación incluirá los cargos que se esperan basados en el plan de tratamiento recomendado. Si cambia su plan de tratamiento, se le pedirá que acepte una nueva estimación y las estimaciones pueden variar debido a diversos factores.

Si es un paciente de **AUTOPAGO** o si tiene una obligación financiera después de que su seguro haya cumplido con su responsabilidad, deberá pagar el saldo adeudado. Si no puede pagar su saldo en su totalidad, quizá sea posible tomar disposiciones para el pago. En el caso de las opciones de pago, incluyendo las escalas móviles de honorarios, debe hablar con nuestro Representante de la Oficina de Negocios.

Para mayor comprensión de nuestro proceso de facturación, no dude en contactar con un miembro del personal de la Oficina de Negocios.

### Ponga sus iniciales en cada línea:

\_\_\_ Solicito que el pago de los beneficios autorizados por el seguro, incluyendo Medicare si soy beneficiario de Medicare, se realicen en mi nombre a CSCN para todos los productos farmacéuticos, pruebas, procedimientos, equipos, suministros, servicios médicos o de enfermería--incluyendo los beneficios médicos mayores o servicios que me proporcione CSCN.

\_\_\_ Autorizo la entrega de cualquier dato médico o cualquier otra información necesaria para determinar estos beneficios o las prestaciones pagaderas por los servicios médicos mencionados arriba a CSCN, mi compañía de seguros, la agencia de acreditación estatal o federal, u otra entidad médica. Se enviará una copia de esta autorización a mi compañía de seguros u otra entidad médica, si así lo solicita. CSCN mantendrá archivada la autorización original. También estoy de acuerdo con una revisión de mis expedientes para fines de auditoría interna, investigación y revisiones del control de calidad dentro de CSCN.

\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a CSCN de cualquier cambio en mi cobertura de salud, aseguradora, cambio de domicilio, cambio de empleador o cualquier cambio en la custodia legal del menor o paciente.

\_\_\_ Entiendo que soy financieramente responsable ante CSCN de cualquier gasto no cubierto por los beneficios de atención a la salud. En algunos casos, no se pueden determinar los beneficios exactos del seguro hasta que la compañía aseguradora reciba la reclamación. Soy responsable del total de la factura o saldo de la cuenta según lo determinado por CSCN o mi asegurador de salud, si se niega el pago de las reclamaciones presentadas o cualquier parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario estoy aceptando la responsabilidad financiera y estoy de acuerdo en pagar por cualesquiera y todos los servicios médicos arriba descritos recibidos. Reconozco este documento como una cesión jurídicamente vinculante para cobrar mis beneficios como el pago de las solicitudes de servicio.

\_\_\_ Entiendo que hay un cargo de **\$25.00** por todos los cheques devueltos.

\_\_\_ Entiendo que hay un cargo de **\$25.00** por cada cita a la que no asista o cancelada que no se cancele en el plazo de 24 horas desde el momento en que se fijó la cita.

### **\*\* ESTE RECONOCIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR HASTA QUE YO LO DÉ POR TERMINADO POR ESCRITO \*\***

*Al firmar este documento, también acepto que estoy enterado del **Aviso de prácticas de privacidad** de CSCN como lo exige la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) para asegurarme de que se me ha hecho consciente de mis derechos de privacidad, así como la **Comprensión de nuestro proceso de facturación**. He leído y, si así lo solicité, recibido una copia de la anterior declaración y prácticas de privacidad y acepto las condiciones. Un duplicado o transmisión por fax de esta declaración se considera igual que el original.*

Firma del asegurado, padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del asegurado, padre o tutor en letra de molde \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Página 8 de 10

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_



---

---

## AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

---

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a **Children's Specialty Center of Nevada (CSCN)** y **Hemophilia Treatment Center of Nevada (HTC)** para tratar yo o mi hijo según sea necesario y mantenerlos no responsable de las decisiones en una situación de emergencia.

No se discutirá ninguna información médica con terceros, salvo que se haya obtenido consentimiento o autorización por escrito. Esto incluye la discusión por teléfono, fax, carta, correo electrónico o en persona. Este formulario de consentimiento da a CSCN permiso para discutir la información médica con el fin de administrar actividades relacionadas con la atención a la salud. Por la presente estoy de acuerdo en que CSCN pueden entregar la información protegida de salud (PHI) como se indica en el '**Aviso de prácticas de privacidad**' de nuestra clínica.

Autorizo sólo a las siguientes personas para acompañar a menor a las citas y para que reciban información médica protegida (PHI) con respecto al paciente menor arriba mencionado (autorizo sólo a las siguientes personas para que actúen como "representantes personales" o en lugar de los padres para el menor o paciente arriba indicado) de conformidad con NRS 129.030-129.040:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

***Además, certifico que soy el padre o tutor legal del menor o paciente arriba mencionado.***

Firma del asegurado, padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del asegurado, padre o tutor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Testigo del empleado: \_\_\_\_\_

*(Employee Witness)*

## AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Entregar información a:**

Las Vegas



Children's Specialty Center of Nevada  
3121 S. Maryland Parkway #300  
Las Vegas, NV 89109  
Teléfono: (702) 732-1493  
Fax: (702) 732-1080  
Fax de expedientes médicos: (702) 862-4981

Las Vegas HTC

HEMOPHILIA TREATMENT CENTER  
OF NEVADA  
Hemophilia Treatment Center of Nevada  
3121 S. Maryland Parkway #206  
Las Vegas, NV 89109  
Teléfono: (702) 732-1956  
Fax: (702) 732-3225

Reno Location



HEMOPHILIA TREATMENT CENTER  
OF NEVADA  
Children's Specialty Center of Nevada &  
Hemophilia Treatment Center of Nevada  
540 W. Plumb Lane #200  
Reno, NV 89509  
Teléfono: (775) 657-8981  
Fax: (775) 657-8317

**Liberación:**

Todos los registros     Laboratorios/Radiología     Notas

Entiendo que puedo retirar o revocar mi permiso en cualquier momento. Si retiro mi permiso, mi información ya no podrá usarse o entregarse por los motivos cubiertos por esta autorización. Sin embargo, cualquier divulgación ya hecha con mi permiso no puede ser revertida. Puedo revocar esta autorización notificándolo por escrito a Children's Specialty Centers of Nevada (CSCN). Mi tratamiento no se basará en completar este formulario de autorización. La información que se entregue por medio de esta autorización puede volver a ser entregada por la persona u organización que la reciba y podría ya no estar protegida por las normas de privacidad federales o de Nevada.

Libero a la persona u organización mencionadas en esta autorización de responsabilidad legal o responsabilidad civil por la divulgación de los registros tal como se autoriza en este formulario. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rechazar firmarla. Se me proporcionará una copia de esta autorización firmada, si la solicito. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Nombre en letra de imprenta de la persona solicitante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:     Paciente     Padre     Tutor     Otro \_\_\_\_\_

Firma de autorización: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ESTA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR UN AÑO DESDE LA FECHA DE LA FIRMA,  
A MENOS QUE YO ESPECIFIQUE OTRA FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.**