



CURE 4 THE KIDS FOUNDATION

Bienvenido a las oficinas del Cure 4 The Kids Foundation.

Agradecemos la confianza que ha depositado en nuestra clínica 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 **One Breakthrough Way, Las Vegas, NV 89135** (la intersección más cercana es 215 y Town Center Drive)

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

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

Cordialmente,

El personal del Cure 4 The Kids Foundation

Patient Registration & Insurance Information

Please verify patient's information and change if incorrect. The front desk is available if you have any questions.

Patient Information

ALL ITEMS MUST BE COMPLETED – DO NOT LEAVE ANY BLANKS

NUMERO DE PACIENTE		FECHA		N° DE LA SS N° DE LA SS	
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE DE PILA		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
N° DE TELÉFONO PARTICULAR		N° DE TELÉFONO DEL TRABAJO		N° CELULAR	SEXO
EDAD		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
FECHA DE NACIMIENTO		EMPLEADOR		MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	
PROVEEDOR HABITUAL		MÉDICO QUE REFIERE			
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 completot <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante	
REL TO GUARANTOR		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		IDOMA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> _____		NECESITA INTÉRPRETE <input type="checkbox"/> Si <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					

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 D EL CERTIFICADO		N° DE ID D EL 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

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
2	CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2			SUFIJO
	N° DE TELÉFONO 1	N° DE TELÉFONO 2	N° DE TELÉFONO 3	RELATIONSHIP TO PATIENT

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
--------	-----------	----------	-----

Motivo de la consulta

¿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 DIAGNOSTICADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE.

		Fecha De Inicio	Fecha De La Prueba	Comentarios	¿Se Resolvió?
SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
VIH POSITIVO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
ARTHRITIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
CÁNCER	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
INDICAR EL TIPO					<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
INSULINODEPENDIENTE (TIPO I)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
NO INSULINODEPENDIENTE (TIPO II)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
GOTA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD CARDIACA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
INDICAR EL TIPO					<input type="checkbox"/>
HEPATITIS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
PRESIÓN SANGUÍNEA ALTA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS DE ESTÓMAGO O INTESTINALES	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/> Si <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		
Alergen & Allergic (Y/N)		Reacción	Alérgeno y Alérgico (S/N)	Reacción
ASPRINA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
MORFINA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
PENICILINA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
SULFAS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
LÁTEX	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
CINTA ADHESIVA	<input type="checkbox"/> Si <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 Presentest
FECHA DE NACIMIENTO						
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		
			SUPLEMENTOS HERBALES		
			VITAMINA		

Historia Social Del Paciente

HOGAR MONOPARENTAL	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Aplicable	¿CUSTODIA COMPARTIDA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Aplicable
QUIÉN VIVE EN CASA CON EL NIÑO	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otro _____	¿HAY ALGUNA PREOCUPACIÓN DE SEGURIDAD EN EL HOGAR?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
LIVES IN	<input type="checkbox"/> House <input type="checkbox"/> Apartment <input type="checkbox"/> Trailer <input type="checkbox"/> Other _____	¿HAY FUMADORES EN EL HOGAR?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		¿EL CUIDADOR FUMA?	<input type="checkbox"/> Si <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"/> Otro _____
¿EL PACIENTE TOMA ALCOHOL?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿EL PACIENTE FUMA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historia del nacimiento del paciente

PROBLEMAS DE EMBARAZO O MÉDICOS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, describa _____
PARTO	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prolongado <input type="checkbox"/> Difícil <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"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique el tipo y las reacciones _____
Año	Procedimiento/ Enfermedad	Cirujano/Ubicación

Antecedentes quirúrgicos u Hospital se mantiene para el paciente: (CT, RADIOGRAFÍA, ECOGRAFÍA, MRI, ETC.)

Año	Tipo	Parte del cuerpo	Institución
	CT SCAN		
	X-RAY		
	MRI		
	ULTRASOUND		

General		Cardiovascular		Músculo-esquelético	
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	Neurológicos	
NORMAL CRECIMIENTO/ DESARROLLO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DIFICULTAD PARA RESPIRAR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
NORMAL DEL DISCURSO / LENGUA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Gastrointestinales		LESIONES DE CABEZA GRAVES	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Piel				DOLOR ABDOMINAL	<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
LUNARES O BULTOS PREOCUPANTES	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DIARREA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Psiquiátricos	
SARPULLIDO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	VÓMITOS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cabeza y cuello (HEENT)		Aparato genitourinario		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	Endocrinos o hematopoyéticos	
OJOS LLOROSOS CON ESCOZOR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INCONTINENCIA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
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 FRÍO	<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	SED EXCESIVA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Respiratorios		QUEJAS AL ORINAR	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MICCIÓN EXCESIVA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Sólo para mujeres		SANGRA FÁCILMENTE	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TOS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sólo para mujeres			
SIBILANCIA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
		IRREGULARIDADES MENSTRUALES	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Doctores Actuales

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: _____

Como nuestro paciente, nos preocupamos por usted y queremos asistirle en entender nuestro proceso de facturación.

SI USTED TIENE SEGURO

Cure 4 The Kids Foundation le enviará una reclamación a su asegurador. Contamos con su copago al momento de servicio. Después de que las reclamaciones sean procesadas por su asegurador, usted recibirá declaraciones por cualquier paciente que tenga cuenta con saldo debida, incluyendo su coseguro o deducible. Si no puede pagar su cuenta con saldo en total al momento, se va a dividir en pagos o si es posible se cubrirá bajo nuestro programa de Charity Care. Para conversar sobre sus opciones, por favor comuníquese con nuestro Representante de Cuentas de Paciente.

SI USTED NO TIENE SEGURO

Si no está asegurado por ningún asegurador, nuestro personal le proporcionará un presupuesto por su cuidado. El presupuesto incluye cargos anticipados basados en los tratamientos recomendados. Por favor esté al tanto de que nuestro presupuesto puede variar entre el costo actual del tratamiento debido a varios factores. Usted es responsable por el costo completo de su cuidado. Si no puede pagar su cuenta con saldo en total al momento, se va a dividir en pagos o si es posible se cubrirá bajo nuestro programa de Charity Care. Para conversar sobre sus opciones por favor comuníquese con nuestro Representante de Cuentas de Paciente.

Para mejor conocimiento sobre su proceso de facturación, Por favor comuníquese con un miembro de nuestro departamento de facturación.

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 C4K para todos los productos farmacéuticos, pruebas, procedimientos, equipos, suministros, servicios médicos o de enfermería—incluyendo los beneficios médicos mayores o servicios que me proporcione C4K.

____ 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 C4K, 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. C4K 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 C4K.

____ Entiendo que es mi responsabilidad notificar a C4K 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 C4K 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 C4K 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 C4K 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: _____

Autorización Del Tratamiento Y Divulgación De La Información Médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a **Cure 4 The Kids Foundation (C4K)** 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 C4K 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 C4K 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 miento de 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) _____

Authorization to Release Patient Medical Records

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Entregar información a:

Cure 4 the Kids Foundation
One Breakthrough Way
Las Vegas, NV 89135
Phone: (702) 732-1493
Fax: (702) 732-1080

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 Cure 4 The Kids Foundation (C4K). 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: ____/____/____

Cure 4 The Kids Foundation ha adoptado las siguientes prácticas de privacidad.

Aviso de prácticas de privacidad:

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE O DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED O SU HIJO Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

El Cure 4 The Kids Foundation deben mantener a privacidad de la información de su salud personal y entregarle este aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas privadas referentes a su información de salud personal. En general, cuando entregamos su información de salud, debemos cuando entregamos su información de salud, debemos revelar solamente la información que necesitamos para alcanzar el propósito que busca dicho uso o revelación. Sin embargo, toda la información de su salud personal que usted designe estará disponible para su entrega si rma un formulario de autorización, si la solicita usted mismo, a un proveedor respecto de su tratamiento o por causa de un requerimiento legal. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en este aviso, de acuerdo con la ley. Los cambios en nuestras prácticas de privacidad se aplicarán a toda la información de salud que conservemos. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, recibirá una copia revisada.

Sin su autorización por escrito, podemos utilizar su información de salud para los siguientes propósitos:

1. TRATAMIENTO: Por ejemplo, un médico puede utilizar la información de su expediente médico para determinar qué opción de tratamiento, ya sea un medicamento o cirugía, es mejor para sus necesidades de salud. El tratamiento seleccionado se documentará en su expediente médico, de modo que otros profesionales médicos puedan tomar decisiones informadas sobre su atención.

2. PAGO: A fin de que una compañía de seguros pague su tratamiento, debemos enviar una factura que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento que le proporcionamos. Como consecuencia, pasaremos esa información a la aseguradora para ayudar a que recibamos el pago por sus facturas médicas.

3. OPERACIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD: Podemos necesitar la información de su diagnóstico, tratamiento y resultados con objeto de mejorar la calidad o costo de los cuidados que proporcionamos. Estas actividades de mejora de la calidad y los costos pueden incluir la evaluación del desempeño de sus médicos, enfermeras y otros profesionales de atención a la salud, o examinar la efectividad del tratamiento proporcionado al compararlos con pacientes en situaciones similares.

Además, podemos querer usar su información de salud para recordatorios de citas. Por ejemplo, podemos ver su expediente médico para determinar la fecha y hora de su próxima cita. Por otra parte, podemos mirar su información médica y decidir que puede interesarle otro tratamiento o un nuevo servicio que ofrecemos. Por ejemplo, podemos ponernos en contacto con pacientes con cáncer para informarles que tenemos una nueva instalación de investigación que ofrece nuevos tratamientos para salvar sus vidas.

Igualmente, podemos querer usar la información que se encuentra en su expediente médico, como su nombre, dirección, número de teléfono y fechas del tratamiento para ponernos en contacto con usted a propósito de nuestra recaudación de fondos. Por ejemplo, con el fin de proporcionar más cuidados de caridad o mejorar de otro modo la salud de su comunidad, podemos querer recaudar dinero adicional y por lo tanto podemos ponernos en contacto con usted para que haga una donación.

4. SEGÚN LO EXIJA O PERMITA LA LEY: En ocasiones debemos reportar algo de su información de salud a las autoridades legales, como los oficiales policíacos, autoridades judiciales o agencias del gobierno. Por ejemplo, podemos tener que reportar abusos, negligencias, violencia doméstica o determinadas heridas físicas, o responder a una orden judicial.

5. PARA ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA: Se nos puede exigir que reportemos su información de salud a las autoridades para ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades. Esto puede incluir el uso de su

expediente médico para reportar ciertas enfermedades, lesiones, información de nacimiento o fallecimiento, información de interés para la Administración de Drogas y Alimentos, o información relacionada con abuso infantil o negligencia. Podemos también tener que reportar a su empleador ciertas enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo para que se pueda monitorear la seguridad de su lugar de trabajo.

6. PARA ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD: Podemos revelar su información de salud a las autoridades para que puedan monitorear, investigar, inspeccionar, disciplinar o licenciar a aquellos que trabajan en el sistema de atención a la salud o para programas de beneficios gubernamentales.

7. PARA ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA MUERTE: Podemos revelar su información de salud a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan realizar sus tareas relacionadas con el fallecimiento de usted, como la identificación del cuerpo, determinar las causas de la muerte o, en el caso de las funerarias, para que realicen las actividades de preparación del funeral.

8. PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS: Podemos revelar su información de salud a las personas involucradas en obtener, almacenar o trasplantar órganos, ojos o tejidos de cadáveres para fines de donación.

9. PARA INVESTIGACIÓN: Bajo ciertas circunstancias y solamente después de un proceso especial de aprobación, podemos usar o revelar su información de salud para ayudar a conducir una investigación. Dicha investigación debe tratar de descubrir si un determinado tratamiento es efectivo para curar una enfermedad.

10. EVITAR UNA AMENAZA GRAVE PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD: Como se exige en la ley y las normas de conducta ética, podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos, de buena fe, que dicha revelación es necesaria para prevenir o minimizar una amenaza grave e intención intencionada para usted o para la salud y seguridad públicas.

11. POR SEGURIDAD MILITAR O NACIONAL, O CUSTODIA POR ENCARCELAMIENTO O REQUERIMIENTO POLICÍACO: Si usted está involucrado en la seguridad nacional o militar, o en actividades de inteligencia, o está bajo custodia de autoridades policíacas, o está interno en una institución correccional, podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes para que puedan cumplir con sus obligaciones de conformidad con la ley.

12. PARA LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES: Podemos revelar su información de salud a las personas adecuadas con el fin de cumplir con lo que las leyes establecen en cuanto a compensación de los trabajadores u otros programas similares. Estos programas pueden proporcionar beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

13. A TODOS AQUELLOS INVOLUCRADOS CON EL CUIDADO O PAGO DE SU CUIDADO: Si personas tales como los miembros de su familia, parientes o amigos cercanos están cuidándole o ayudándole a pagar sus facturas médicas, podemos entregarles a ellos información importante de su salud. La información que se entregue puede incluir su ubicación dentro de nuestras instalaciones, su estado general o su muerte. Usted tiene derecho de oponerse a esa revelación, a menos que no sea capaz o se trate de una emergencia. Además, podemos divulgar su información de salud a organizaciones autorizadas para manejar los esfuerzos de auxilio en caso de desastres, de manera que quienes le cuidan puedan recibir información sobre su ubicación o estado de salud. Podemos permitirle estar de acuerdo o no con esta divulgación verbalmente, a menos que se trate de una emergencia. Es nuestro deber darle suficiente información como para que pueda decidir si se opone a la revelación de su salud a otras personas involucradas en su cuidado.

NOTA: Excepto en el caso de las situaciones detalladas arriba, debemos obtener su autorización específica por escrito para cualquier otra divulgación de su información de salud. Si firma un formulario de autorización puede retirar su autorización en cualquier momento, siempre que su retirada se haga por escrito. Si desea retirar su autorización, envíe su retirada por escrito a nuestro personal administrativo.

Sus derechos de información de salud

Tiene varios derechos con respecto a la información sobre su salud. Si desea ejercer cualquiera de los derechos siguientes, comuníquese con un miembro de nuestra administración. Concretamente, tiene el derecho de:

1. INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD: Con unas pocas excepciones, tiene derecho a inspeccionar su información de salud y obtener una copia de ella. No obstante, este derecho no se aplica a las notas de psicoterapia o a información obtenida para procesos judiciales, por ejemplo. Adicionalmente, podemos cobrarle una tarifa razonable si desea una copia de su información de salud.

2. SOLICITAR QUE SE CORRIJA SU INFORMACIÓN DE SALUD: Si considera que su información de salud es incorrecta, puede pedirnos que la corrijamos. Se le puede pedir que haga tales solicitudes por escrito y que dé un motivo de por qué debe cambiarse su información de salud. Sin embargo, si no creamos la información de salud que usted considera incorrecta, o si estamos en desacuerdo con usted y consideramos que su información de salud es correcta, podemos denegar dicha solicitud.

3. SOLICITAR RESTRICCIONES SOBRE DETERMINADOS USOS Y RESTRICCIONES: Tiene derecho de solicitar restricciones sobre cómo se utilice su información de salud o a quién se le revele, incluso si tal restricción afecta su tratamiento, nuestro pago o las actividades de operación de atención a la salud. Opcionalmente, puede desear limitarles la información de salud que se les proporciona a su familia o amigos implicados en su atención o el pago de las facturas médicas. También puede desear limitar la información de salud que se proporcione a las autoridades implicadas en esfuerzos de auxilio en caso de desastres. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar en todas las circunstancias las restricciones que haya solicitado. Si recibe determinados dispositivos médicos (por ejemplo, dispositivos de apoyo a la vida usados fuera de nuestro centro), puede negarse a dar su nombre, dirección, número de teléfono, número de la Seguridad Social u otra información de identificación a efectos de rastrear el dispositivo médico.

4. Según sea aplicable, recibir comunicación confidencial de la información de salud: Tiene el derecho de solicitar que le comuniquemos su información de salud de distintas formas o en distintos lugares. Por ejemplo, puede desear recibir la información sobre su situación de salud en una sala privada especial o por medio de una carta escrita enviada a una dirección privada. Debemos respetar todas las solicitudes razonables.

5. RECIBIR UN REGISTRO DE LAS DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD: En algunos casos limitados, tiene derecho de pedir una lista de las divulgaciones de su información

de salud que hayamos hecho durante los últimos seis años, pero la solicitud no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Esta lista debe incluir la fecha de cada divulgación, quién recibió la información de salud revelada, una breve descripción de la información de salud que se reveló y por qué se hizo la revelación. Debemos acatar su solicitud de una lista en un plazo de 60 días, a menos que usted esté de acuerdo con una ampliación de 30 días, y no podremos cobrarle por la lista, a menos que la solicite más de una vez al año. Adicionalmente, no incluiremos en la lista revelaciones que se le hayan hecho a usted o para efectos de tratamiento, pago, operaciones de atención a la salud, nuestro directorio, seguridad nacional, agencias policíacas o prisiones y ciertas actividades de vigilancia de la salud.

6. OBTENER UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO: Al solicitarlo, puede recibir en cualquier momento una copia en papel de este aviso, incluso si anteriormente aceptó recibirlo electrónicamente.

7. QUEJARSE: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros y ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal. No ejerceremos represalias contra usted por presentar tal queja. Para presentar una queja ante cualquiera de estos dos organismos, comuníquese con un miembro de nuestra administración, que le proporcionará la ayuda y la documentación necesarias.

Un paciente o cliente puede llamar por teléfono, escribir o presentar en persona la presunta violación de la privacidad o la queja ante un miembro del personal administrativo o una persona designada. Se dará una respuesta por escrito al paciente o cliente en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en que se presentó la queja. Se proporcionarán traductores, intérpretes y otras personas que puedan ayudar a satisfacer cualquier necesidad especial de comunicación del paciente o cliente durante el proceso de la queja. Los pacientes o clientes pueden tener un representante de su elección para que represente sus intereses durante proceso de la queja. Los pacientes o clientes que soliciten que un organismo externo revise su queja, pueden comunicarse con el Secretario del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos en el 200 Independence Avenue, S.W. Washington, DC 20201 o comunicarse con el Secretario por teléfono al (202) 690-7000.



CURE 4 THE KIDS
FOUNDATION

De nuevo, si tiene cualquier pregunta o preocupación respecto de sus derechos de privacidad o de la información contenida en este aviso, comuníquese con un miembro del personal administrativo en nuestra oficina.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente, padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____