



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmedicalgroup.com

A Las Vegas Family Practice Historia Medica

A Las Vegas Family Practice pide esta información confidencial con el fin de proporcionar la atención al paciente. Las personas fuera de esta práctica médica no se le proporcionara esta información sin el consentimiento escrito del paciente.

INFORMACION DEMOGRAFICA

Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha De Nacimiento ____/____/____ Sexo: ____ M ____ F

Lugar De Nacimiento _____

Direccion _____

Tele. de Casa _____
Calle _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Seguro Social _____

Correo Electronico: _____

PODEMOS CONTACTARLOS SOBRE INFORMACION MEDICA/ FACTURACION VIA TEXTO?

YES NO

En caso de emergencia, por favor liste un contacto:

Nombre de Contacto: _____

Relación _____ Teléfono de Contacto _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

Se le pedirá que proporcione una copia de su seguro y tarjetas de identificación.

(1) Nombre del Asegurado _____

Relación al Paciente _____

Fecha de Efectividad ____/____/____ Primario Secundario

Teléfono de Asegurancia _____

Dirección de reclamaciones _____



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmmedicalgroup.com

Número de póliza o SSN _____

Número de grupo _____

(2) Nombre del Asegurado _____

Relación al paciente _____

Fecha de Efectividad ____/____/____ Primario Secundario

Tele. de Asegurancia _____

Dirección de reclamaciones _____

Número de póliza or SSN _____ Número de grupo _____

Autorización de tratamiento

Autorizo a Las Vegas Medical Group que proporcione cualquier atención de urgencia consideradas necesarias por el personal médico en el caso de una emergencia médica, mientras que este en la propiedad.

Nombre del Paciente _____

Fecha De Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____

Seguro de Liberación Médica de Asignación

Yo, el abajo firmante, autorizo a mi compañía de seguros(s) pagar a el grupo de médicos A Las Vegas Medical Group directamente, los beneficios de seguro, si lo hubiere, pagados a mí por servicios prestados. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro de dicho transportista(s), incluyendo los co-pagos y/o deducibles. También he suscrito que doy mi permiso A Las Vegas Medical Group para decorar cualquier y todos los registros médicos necesarios a cualquier entidad para emergencias o pago de reclamaciones.

Nombre de Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmedicalgroup.com

Poliza de refills de medicamento

Póliza de refills de medicamentos es su responsabilidad del paciente ponerse en contacto con la oficina por lo menos **Cinco (5) Días Antes De Que** el medicamento se le termine. Para su conveniencia, puede dejar un mensaje de voz en la option de “refills” cuando se comunique con la oficina principal.

LA PRACTICA NO HARA REFILLS EL MISMO DIA A MENOS QUE SEA DURANTE UNA VISITA DE LA OFICINA.

Yo, _____, he leído la póliza de refills de medicamentos arriba y entiendo que tengo que contactar con la oficina cinco (5) días de anticipation para cualquier refill de medicamentos. También entiendo que la oficina no hará refills el mismo día.

Nombre del paciente : _____

Firma del paciente/padres: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ **Fecha:** _____

Poliza de Formas

Entendemos que a veces se requieren varios formularios o cartas para ayudarlo con sus necesidades de atención médica. El personal de A Las Vegas Medical Group estará encantado de completar formularios y escribir cartas médicas según sea necesario a petición suya. Sin embargo, dado que esto puede consumir mucho tiempo, permita entre **7 y 10 DÍAS LABORALES PARA COMPLETAR** los formularios / cartas solicitados. Además, tenga en cuenta que se puede aplicar una tarifa de \$ 25 para completar formularios.

Yo, _____, entiendo que la finalización de los formularios puede tomar de 7 a 10 días hábiles. También entiendo que **NO SE OCURRIRÁ EL MISMO DÍA O LA CONFIGURACIÓN DEL PROXIMO DÍA.** Como tal, entiendo que es mi responsabilidad entregar los formularios con suficiente tiempo antes de su fecha de vencimiento para poder completarlos. También entiendo que se puede aplicar una tarifa de \$ 25 para completar formularios.

Firma de paciente / padre responsable

Fecha



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmmedicalgroup.com

A Las Vegas Medical Group Políticas Financieras

El objetivo de A Las Vegas es proporcionarle la mejor atención de calidad a un costo razonable. A fin de lograr estos objetivos, que se necesita su ayuda en la comprensión de su póliza de seguro y beneficios. Aunque hacemos verificar la elegibilidad y obtener un breve resumen de los beneficios de su compañía de seguros, es muy importante que lea y comprenda sus beneficios.

Si su compañía de seguro no puede ser contactado para verificar la elegibilidad, se le pedirá que pague por la visita a través de efectivo, tarjeta de crédito o débito en el momento del servicio, hasta que la elegibilidad pueda ser verificada.

El pago es debido en el momento de servicio e incluye todos los copagos y deducibles por su compañía de seguros y su contrato con nuestro servicio.

Un cargo de \$25.00 será aplicado a su cuenta por la FMLA, formularios de discapacidad, y cualesquiera otras formas que requieren una firma del proveedor, pero no se completó en el momento de su cita programada.

Un recargo de \$25 puede ser aplicado a su cuenta de perdidas o citas canceladas sin aviso anticipado de 24 horas.

Un cargo de \$30 será aplicada a su cuenta para todos los cheques devueltos. Más el monto de su cheque debe ser pagado en efectivo o money order dentro de las 24 horas siguientes a su notificación, a menos que antes se han hecho arreglos.

Su cuenta debe convertirse en delinciente, todos los recargos, comisiones de cobro y los honorarios del tribunal será su responsabilidad.

A Las Vegas Medical Group le pide que sea responsable a todas las preguntas de su compañía de seguro en su reclamaciones pendientes en forma oportuna. Le agradecemos su cooperación y asistencia para hacer frente a su compañía de seguros.

Mediante la firma de este acuerdo, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas del grupo médico de A Las Vegas Medical Group. También entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros. Autorizo también un grupo de médicos de Las Vegas para liberar mi información médica a mi compañía de seguros en relación con mis reclamaciones médicas.

Nombre de Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmedicalgroup.com

No Show / Póliza De Llegada Tarde

En un esfuerzo por maximizar el tiempo que usted pasa con su médico y minimizar el tiempo de espera, por favor, debe ser consciente de nuestra póliza No Show/ Llegada tarde :

Póliza de NO SHOW

Esta política se aplica a todos los pacientes que no mantienen una cita programada o que cancelan una cita con menos de 24 horas de anticipación.

- **Primera vez** - paciente recibirá una llamada telefónica avisando de nuestra política y ofreciendo a reprogramar las citas perdidas.
- **Segunda vez** - paciente recibirá una carta certificada y pueden ser sujetos a una tarifa de \$25.00 sin mostrar.
- **Tercera y siguientes ocurrencias** - puede resultar en el despido de la práctica y/o un costo adicional de \$25 No show para cada ocurrencia.

Póliza de Llegada tarde

Si pacientes llegan tarde a su cita, la cita puede ser cancelada.

Nombre de Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

Firma _____ Fecha _____



A Las Vegas Medical Group
 4043 E Sunset Rd
 Henderson NV 89014
 Phone (702) 733-0744
 Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmmedicalgroup.com

Antecedentes médicos personales

Porfavor indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

¿Has tenido o ¿Tiene actualmente:	Si	No		Si	No		Si	No
Ansiedad			Problemas Oído/nariz/ Garganta			Recurrentes de diarrea		
Asma			Frecuente Indigestión			Dolores de cabeza recurrentes		
Alergia			Problemas con la vesícula biliar			Trastorno Convulsivo		
Anemia			Algun tipo de Fiebre			Falta la Respiración		
Artritis			Las lesiones de la cabeza			Celulas Falciforme		
Abuso del Alcol			Enfermedad de corazón			Sinusitis		
Dolor de Espalda			Soplo cardíaco			Problemas intestinales o de estómago		
Cancer			Palpitaciones de corazón			Problemas para Dormir		
Dolor en el Pecho			Presión alta/baja			Tuberculosis		
Enfermedades transmisibles (por ej. Varicela o culebrilla)			Colesterol O Bajo			Infección en las vías Urinaria		
Tos crónica			Hepatitis			Infección de Transmisión Sexual		



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmedicalgroup.com

Diabetes			Problemas de tiroides			Debilidad: Parálisis		
Mareo			Dolor articular o lesión			SOLO MUJERES:		
Abuso a Drogas			Enfermedad renal			Períodos Irregulares		
Depresión			Trastorno de Salud Mental			Cólicos severos		
Desorden Alimentario			Neumonía			Flujo Excesivo		
Problemas oculares			Los resfriados recurrentes			Embaraza		

Explicar las respuestas "sí ":

¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión o cirugía que a requerido hospitalización? Si No

En cualquier momento cualquiera de sus actividades han sido restringidos debido a enfermedad, lesión, etc.? Si No

¿Alguna vez has experimentado alguna dificultad personal o emocional que requiere atención profesional? Si No



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmmedicalgroup.com

Historial Médico Familiar

Padre: Edad _____ Profesión _____ Vivo Fallecido

Madre: Edad _____ Profesión _____ Vivo Fallecido

Hermano/a: Male / Female Edad _____ Profesión _____ Vivo Fallecido

Hermano/a: Male / Female Edad _____ Profesión _____ Vivo Fallecido

Hermano/a: Male / Female Edad _____ Profesión _____ Vivo Fallecido

Por favor indicar si alguno de los miembros de su familia tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Sus parientes han tenido o tienen actualmente:	Si	No		Si	No
Artritis			Alta Presión		
Asma / Fiebre del heno			Enfermedad de Riñón		
Cancer			Trastorno de Salud Mental		
Depresión			La anemia de células falciformes/Atributo		
Diabetes			Abuso de Drogas		
Enfermedad del Corazón			Tuberculosis		



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmmedicalgroup.com

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

Patient Name	Date of Birth
Address	

I, or my authorized representative(s), request that health information regarding my or my child's care and treatment as set forth on this form:

In accordance with Nevada State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to alcohol and drug abuse, mental health treatment, except psychotherapy notes, and confidential HIV related information only if I choose the option below. In the event the health information described below includes any of these types of information, and I choose the option below, I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated below.
2. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to A Las Vegas Medical Group. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
3. I understand that signing this authorization is voluntary. My or my child's treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
4. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
5. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE A LAS VEGAS MEDICAL GROUP TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THOSE INDIVIDUALS/AGENCIES SPECIFIED BELOW:**

Name and address of health provider or entity to release this information:	
Names of Individuals/Agencies authorized to receive my OR my child's Protected Health Information (PHI):	
Specific information to be released: <input type="checkbox"/> Medical Record from (insert date) _____ to (insert date) _____ <input type="checkbox"/> Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to A Las Vegas Medical Group by other health care providers. <input type="checkbox"/> Other _____	
Reason for release of information: <input type="checkbox"/> At request of patient OR Parent/Guardian <input type="checkbox"/> Other: _____	Date or event on which this authorization will expire
Printed name Patient OR Parent/Guardian	Relationship to patient

All Items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Signature of Patient OR Parent/Guardian

Date



A Las Vegas Medical Group
4043 E Sunset Rd
Henderson NV 89014
Phone (702) 733-0744
Fax (702) 796-8262
www.alasvegasmmedicalgroup.com

Medical Information Release Form (HIPAA Release Form)

Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Release of Information

I authorize the release of information including the diagnosis, records; examination rendered to me and claims information. This information may be released to:

Spouse _____

Child(ren) _____

Other _____

Information is not to be released to anyone.

This **Release of Information** will remain in effect until terminated by me in writing.

Messages

Please call my home my work my cell Number: _____

If unable to reach me:

you may leave a detailed message

please leave a message asking me to return your call

Text message communication: ____ YES ____ NO

Signed: _____ Date: ____/____/____

Witness: _____ Date: ____/____/____