Medical Partners of Nevada
4020 E RUSSELL RD
LAS VEGAS NEVADA 89120
(702) 780-113

Consentimiento de tratamiento

Yo, _____, busco voluntariamente atención médica,
(nombre del paciente)
por la presente, doy mi consentimiento para tratamientos médicos, procedimientos, pruebas de laboratorio y otros servicios de atención médica. Entiendo que tengo derecho a rechazar tratamientos o procedimientos específicos. Yo acepto, en general, permitir pruebas de laboratorio y de diagnóstico, tratamiento médico de rutina (por ejemplo, medicamentos, inyecciones, extracción de sangre para análisis, asesoramiento, pruebas de detección, educación para la salud y otros procedimientos de diagnóstico), procedimientos de emergencia y realizados a solicitud del proveedor tratante u otros proveedores que asistan en mi atención.

El consentimiento otorgado será válido y vinculante. Los proveedores pueden confiar en esta autorización y aceptar cualquier consentimiento otorgado por el paciente hasta que el proveedor reciba una notificación por escrito de que la autorización ha sido revocada.

Entiendo que soy totalmente responsable de todos los honorarios adeudados a Medical Partners of Nevada o cualquier proveedor médico asociado (denominado colectivamente la "Clínica") como resultado de los servicios que he recibido y que todos los honorarios vencen y son pagaderos al momento de servicio a menos que la Clínica acepte la asignación de mis beneficios de Medicare, Medicaid u otros beneficios de seguro.

Lamentablemente, nuestra profesión está experimentando un aumento de personas que presentan comportamientos abusivos hacia los miembros de nuestro equipo. Esto incluye, entre otros, gritos excesivos, uso de blasfemias, amenazas, menosprecio, acoso, exigencias, agresión física o intentos de intimidación. Dicho comportamiento es completamente inaceptable y NO será tolerado. Se le pedirá que se retire y no podremos brindar atención al paciente. Las solicitudes de hablar con el proveedor o el gerente en estas circunstancias tendrán el mismo resultado. Estamos comprometidos con proteger el bienestar mental y físico de los miembros de nuestro equipo.

Las solicitudes de resurtido de medicamentos tardarán hasta 72 horas.

_____ _____
Nombre del paciente Fecha de nacimiento

_____
Firma del paciente o representante legal Relación

_____
Fecha

Práctica: Medical Partners of Nevada

Fecha de Hoy: _____

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:**_____

Sexo: ☐ M ☐ F **Estado Civil:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a **SS#:** _____

E-mail:_____ **Esposo/a o Pareja Doméstica:** _____

Dirección:_____

Ciudad: _____ **Estado:**_____ **Código Postal:**_____

Teléfono Casa: _____ **Celular:** _____ **Teléfono Trabajo:**_____

Farmacia: _____ **Teléfono:** _____

Empleador: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Raza: _____ **□ prefiero no contestar** **□ no sé**

(blanco/a, indio/a americano/a, asiático, negro/a, hawaiano/a, hispano/a, etc.)

Lenguaje Preferido: _____ **□ prefiero no contestar**

Seguro Primario: _____ ¿Es usted el asegurado? ☐Si ☐No

Información del Asegurado

Nombre del asegurado:_____ Parentesco con el asegurado: ☐Esposo/a ☐ Hijo/a ☐Asegurado ☐Otro

Teléfono:_____ Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: __/__/__

Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de Grupo: _____

Seguro Secundario: _____ ¿Es usted él asegurado? ☐Si ☐No

Información del Asegurado

Nombre del asegurado:_____ Parentesco con el asegurado: ☐Esposo/a ☐ Hijo/a ☐Asegurado ☐Otro

Teléfono:_____ Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: __/__/__

Dirección: _____

Número de póliza: _____ Número de Grupo: _____

¿Como supo de esta oficina? ☐ Proveedor ☐Internet ☐Libro Telefónico ☐Familiar ☐ Amistad ☐Otro: _____

¿Cuál es la razón de la visita hoy?_____

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? 1 2 3 4 5 6 7 ☐días ☐semanas ☐ meses ☐ años

¿Qué tratamientos ha probado y han sido efectivos? _____

En la escala de 1-10 (1 no tiene dolor y 10 tiene mucho dolor) ¿cual es su nivel de dolor? _____/10

Que tipo de dolor tiene: ☐ que quema ☐ constante ☐ sordo ☐ agudo ☐ punzante ☐ fugaz ☐ hormigueo ☐ otro:_____

PORFAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

_____(Firma del Paciente)

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:** _____

Historial Médico: ☐ Alcoholismo ☐ Desórdenes sanguíneos ☐ Problemas circulatorios
☐ Enfermedad del hígado ☐ Apnea del sueño ☐ Gota ☐ Alergias ☐ Musculo esquelético ☐ Problemas respiratorios
☐ Soplo ☐ Estómago/intestino ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Enfermedad del corazón ☐ Asma
☐ Coágulos ☐ Colesterol alto ☐ Presión alta ☐ Enfermedad mental ☐ Enfermedad del riñón
☐ Neuropatía (*especifique*)_____ ☐Enfermedad de la tiroides (*especifique*)____ ☐ Diabetes (tipo 1, tipo 2)
☐ Artritis (*especifique*)_____ ☐ Otro (*especifique*) _____ ☐ Enfermedades de la piel (especifique) __

¿Está esperando? ☐ Si ☐ No ¿Está dando de mamar? ☐ Yes ☐ No

Cirugías

¿Ha tenido alguna vez una cirugía? ☐ Si ☐ No
Si es así, por favor describa: _____

Historia Social

¿Fuma? ☐Sí ☐No Si es así, ¿cuántos paquetes fuma al día? ☐ I ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ¿Por cuanto tiempo?
¿Toma alcohol? ☐Sí, todos los días (5-7 días/semana) ☐Sí, ocasionalmente/socialmente ☐No/Rara vez
¿Abuso de drogas? ☐Sí, tengo un problema con abuso de drogas. Por favor especifique:_____
☐Sí En el pasado tuve problema de abuso de drogas. Por favor especifique: _____
☐ No, nunca he tenido problema de abuso de drogas.
¿Cuál es su ocupación?_____ Su posición principal es ☐ parado o ☐ sentado
¿Hace ejercicios regularmente? ☐ Sí, hago el siguiente ejercicio: _____
☐ No, hago ejercicios regularmente

Historial Familiar

Hay historial en la familia de: *(Por favor indique el miembro de la familia)*

☐ Alzheimer _____ ☐ Depresión _____
☐ Artritis _____ ☐ Diabetes _____
☐ Hemorragias _____ ☐ Enfisema _____
☐ Coágulos _____ ☐ Problemas de corazón _____
☐ Cáncer _____ ☐ Presión alta _____
☐ Cataratas _____ ☐ Neurológico _____
☐ Problemas de circulación _____ ☐ Embolia _____
☐ Otro (especifique): _____

Revisión de Sistemas *(Por favor marque la caja si actualmente tiene alguno de los siguientes síntomas)*

Cardiovascular	☐dolor de pierna cuando camina	☐fiebre	☐dolor de pecho/presión	☐hinchazón de pierna	☐manos/pies fríos
	☐desmayo	☐palpitaciones	☐enfermedad vascular	☐problema de válvulas	
Genitourinario	☐sangre en la orina	☐dificultad de orinar	☐incontinencia	☐incremento en la urgencia	
	☐menos frecuencia	☐orinar excesivo	☐enfermedad de riñón	☐cálculo renal/piedras en el riñón	
Gastrointestinal	☐dolor abdominal	☐reflujo	☐sangre en las heces	☐vómitos	☐ulceras
	☐diarrea	☐dificultad de tragar	☐estreñimiento	☐incremento de apetito	☐disminución de apetito
Integumentario	☐pie de atleta	☐problemas de uña	☐keloides	☐picazón	☐piel seca, escamosa
Hematológico	☐úlceras de pierna inferior	☐anemia drepanocítica	☐anemia	☐anticoagulantes	☐problemas de coagulación
Neurológico	☐hormigueo	☐debilidad	☐convulsiones	☐entumecimiento	☐dolores de cabeza
	☐temblores	☐parálisis			
Musculoskeletal	☐dolor de espalda	☐hinchazón de articulaciones		☐debilidad de músculos	
	☐dolor de músculos	☐dolor de cuello	☐sciática	☐rigidez articular	☐dolor de articulación
	☐inestabilidad de articulación		☐artritis		
Respiratorio	☐dolor de pecho	☐silbido	☐COPD	☐tos	☐roncar
	☐dificultad respiratoria	☐enfisema			

POR FAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

_____(Firma del paciente)

Práctica: Medical Partners of Nevada

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:** _____

Preferencias de información sobre la privacidad

¿Se puede dejar un mensaje de voz en el contestador automático? ☐Si ☐No

¿Permitirá recordatorios por Internet, como el correo electrónico? ☐Si ☐No

¿Con quién podemos dejar mensajes? ☐ Esposa ☐Esposo ☐Hija ☐Hijo

☐ Otro: _____

Medicamentos Actuales ☐ Ninguno

☐ Tomo estos medicamentos recetados o de venta libre:

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Nombre:_____Dosis_____

Use la parte de atrás de este documento si necesita espacio

Alergias	**Reacciones**
☐ Ninguna alergia	
☐ Penicilina	_____
☐ Mariscos	_____
☐ Sulfa	_____
☐ Cinta	_____
☐ Latex	_____
☐ Betadine *(iodo)*	_____
☐ Aspirina	_____
☐ Tylenol™	_____
☐ Ibuprofen	_____
☐ Codeína	_____
☐ Otro *(especifique)*	_____

POR FAVOR LEA Y FIRME:

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la información antes mencionada es correcta y si hay algún cambio en mi salud, seré responsable de notificar al proveedor/a o a el personal médico de cualquier cambio a la información provista.

_____(Firma del paciente)

Medical Release Form

Authorization for the Release of Protected Health Information (PHI)

Patient Name (Last, First, Middle):_____ Date of Birth: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip code: _____

Contact Phone Number(s): _____

I hereby authorize the following entity to release all medical records (including alcohol/drug treatment, mental health information, and/or HIV related information) to:

MEDICAL PARTNERS OF NEVADA
4020 E Russell Rd, LV NV 89120
ATT: ADMINISTRATION
TEL:(702)780-1313 FAX (702)476-9073

Entity Possessing the PHI: _____

Address: _____

Phone Number(s): _____ Fax: _____

I understand that:

- I may refuse to sign this authorization and it is strictly voluntary.
- My treatment, payment, enrollment of eligibility of benefits may not be conditioned on signing this authorization.
- I may revoke this authorization at any time in writing to the provider authorized to release the PHI, but if I do, it will not have any effect on any actions taken prior to receiving the revocation.
- If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by Federal Privacy Regulations and may be disclosed.
- I have the right to receive a COPY of this form after I sign it.
- I will receive a photocopy only of my medical record and that the original will remain with Medical Partners of Nevada.

Signature of Patient or Patient's Representative (if applicable):_____ Date:_____

Relationship to Patient and Description of Authority to Act:_____

Autorización para adquirir Información Protegida de Salud (PHI siglas en inglés)

Por la presente autorizo la siguiente entidad a adquirir todos los registros médicos (incluido el tratamiento de alcohol/drogas, información de salud mental y/o información relacionada con el VIH)

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento: _____
(apellido, primer nombre, segundo nombre)

Dirección _____

Teléfono de contacto(s): _____

Entidad que posee la PHI: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y es estrictamente voluntaria.
- La firma de esta autorización no puede condicionar mi tratamiento, el pago, la inscripción o el derecho a los beneficios.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al proveedor autorizado a adquirir la PHI, pero si lo hago, no tendré ningún efecto sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación.
- Si el solicitante o el receptor no es un plan de salud o un proveedor de atención médico, es posible que la información divulgada deje de estar protegida por las normas federales de privacidad y pueda ser divulgada.
- Tengo derecho a recibir una COPIA de este formulario después de firmarlo.
- Recibiré sólo una fotocopia de mi expediente médico y que el original permanecerá en Medical Partners of Nevada.

Firma del paciente o su representante:_____ Fecha: _____

Relación con el paciente y descripción de la autoridad para actuar:_____

Designación de representante personal

Como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA" siglas en inglés), usted tiene derecho a nominar a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la protección de la información médica que le pertenece. Al completar este formulario, nos informa de su deseo de designar a las personas mencionadas como su "representante personal". Puede revocar esta designación en cualquier momento firmando y fechando la sección de revocación de su copia de este formulario y devolviéndola a esta oficina.

SECCIÓN DE DESIGNACIÓN:

Yo,_____fecha de nacimiento_____ por la presente designo a las siguientes personas para que actúen como mis representantes personales con respecto a las decisiones que involucren el uso y/o divulgación de información médica que me pertenece.

Nombre de representante personal{s)/número de teléfono	**Relación con el paciente**
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La Autoridad de esta persona cuando se desempeña como mi "representante personal" está restringida a las siguientes funciones:

☐ A esta persona se le otorgarán todos los privilegios que se me otorgarían con respecto a mi información médica.

☐ Esta persona está restringida a la siguiente información sobre mi atención médica:

_____

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento firmando la sección de revocación de mi copia de este formulario y devolviéndola a:

MEDICAL PARTNERS OF NEVADA
4020 E RUSSELL RD
LAS VEGAS NEVADA 89120
ATT: ADMINISTRATION

Además, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar o divulgar mi información médica ya hayan actuado basándose en esta designación.

_____ _____
Firma Fecha

SECCIÓN DE REVOCACIÓN:

Por el presente revoco la designación de _____como mi representante personal.

_____ _____
Firma del paciente Fecha

Medical Partners of Nevada
4020 E RUSSELL RD
LAS VEGAS NEVADA 89120
(702)780-1313

POLIZA Y ACUERDO SI NO SE PRESENTA

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que, si debe cancelar su cita, proporcione un aviso con más de 24 horas de anticipación. Los pacientes que no se presenten ni proporcionen un aviso con más de 24 horas de anticipación se consideran “NO SE PRESENTA”. Los pacientes que no se presenten dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser rechazados por la clínica. SE COBRARÁ UNA TARIFA DE $ 50.00 PARA TODAS LAS CITA CON “NO SE PRESENTA”.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO Y ACEPTO LA TARIFA DE LA POLIZA SI NO ME PRESENTO.

_____
Fecha

_____ _____
Nombre del paciente Firma