

Información del paciente
Referido Por: Página de Internet Amigo(a)/Familia Ginecólogo(a) Seguro Entro a Oficina Solo/a:
Información Del Paciente
Nombre: _____
Apellido Primer Segundo
Raza/Etnicidad:

- Caucásico • Hispano/Latino • Afroamericano
- Asiático • Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo Hawaiano • Isleño del pacifico • Otro _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _ M _ F
Información Del Paciente
Nombre: _____
Apellido Primer Segundo
Raza/Etnicidad:

- Caucásico • Hispano/Latino • Afroamericano
- Asiático • Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo Hawaiano • Isleño del pacifico • Otro _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _ M _ F
Información Del Paciente
Nombre: _____
Apellido Primer Segundo
Raza/Etnicidad:

- Caucásico • Hispano/Latino • Afroamericano
- Asiático • Indio Americano/Nativo de Alaska
- Nativo Hawaiano • Isleño del pacifico • Otro _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** _ M _ F
Configuración de Comunicación del Paciente

- | | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Idioma preferido: | <input type="checkbox"/> Ingles | <input type="checkbox"/> español | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Permitir mensaje: | <input type="checkbox"/> Voz | <input type="checkbox"/> Texto | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| Tiempo preferido para llamar: | <input type="checkbox"/> Mañana | <input type="checkbox"/> Tarde | <input type="checkbox"/> Noche |
| Tipo de avisos: | <input type="checkbox"/> Todos | <input type="checkbox"/> Citas | <input type="checkbox"/> Resultados de estudios |
| | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud | | <input type="checkbox"/> Confirmación de recetas |
| | <input type="checkbox"/> Notificación general | | |

de teléfono preferido _____ **Correo electrónico preferido:** _____
Información de Seguros
Seguro Primario: _____ **Nombre del Asegurado:** _____

Compañía de empleo: _____ **# de teléfono de empleo:** _____ **# de póliza:** _____

Fecha de nacimiento _____ **Sexo:** _ M _ F **SSN:** _____ **# de grupo:** _____

Relación con el paciente: _Mismo/a _hijo/a _Hijastro/a _Espos/a _Otro/a _____ **Nombre de grupo:** _____

Seguro Secundario _____ **Nombre del Asegurado:** _____

Compañía de empleo: _____ **# de teléfono de empleo:** _____ **# de póliza:** _____

Fecha de nacimiento _____ **Sexo:** _ M _ F **SSN:** _____ **# de grupo:** _____

Relación con el paciente: _Mismo/a _hijo/a _Hijastro/a _Espos/a _Otro/a _____ **Nombre de grupo:** _____
Información de La Madre o Guardian
Nombre: _____ **estado civil:** _ Soltera _ Casada _ Divorciada _ Viuda _ Separada
Apellidó Primer Segundo
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Fecha de nacimiento _____ **Sexo:** _ M _ F **SSN:** _____ **Idioma:** _Ingles _español _ Otro: _____

de Casa: _____ **# móvil:** _____ **Correo electrónico:** _____
Información del Padre o Guardian
Nombre: _____ **estado civil:** _ Soltero _ Casado _ Divorciado _ Viudo _ Separado
Apellidó Primer Segundo
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Fecha de nacimiento _____ **Sexo:** _ M _ F **SSN:** _____ **Idioma:** _Ingles _español _ Otro: _____

de Casa: _____ **# móvil:** _____ **Correo electrónico:** _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información del contacto de Emergencia

Nombre (aparte de los padres del paciente): _____

Relación con el paciente: _____ # de teléfono _____

Consentimiento para el tratamiento

Yo le doy autorización a la oficina de **Nevada Pediatric Specialists** para que le den atención medica necesaria, ya sea tratamiento regular o de emergencia, como sea determinado por el doctor y en cuanto sea la mejor decisión y bienestar de mi hijo/a, siendo un/a menor de edad.

Les doy autorización a las siguientes personas o agencia para que autoricen atención médica y firmen en caso de mi ausencia por mi hijo/a siendo menor de edad.

Esta autorización deberá permanecer valida, a menos que sea revocada, o cancelada en escrito por mí. **expirará un año** después de haber sido firmada.

Nombre Completo: _____ relación al paciente: _____

Nombre Completo: _____ relación al paciente: _____

Nombre Completo: _____ relación al paciente: _____

Firma del padre/Guardian/Representante personal

Fecha

Farmacia de preferencia

Para su conveniencia, Nevada Pediatric Specialists tiene la habilidad de mandar su receta médica vía medios electrónico, o si usted lo desea, le podemos proveer su receta médica en papel.

Nombre de su farmacia: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio o la calles que cruzan: _____

Por este medio autorizo a la farmacia de arriba para transmitir las recetas médicas a través de medios electrónicos. Esta autorización deberá permanecer valida, a menos que sea revocada, o cancelada en escrito por mí.

Firma del padre/Guardian/Representante personal

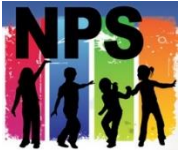
Fecha

Farmacia de preferencia

Por este medio doy mi consentimiento a **NPS** para recuperar el historial de recetas médicas de fuentes externas. Esta autorización deberá permanecer valida, a menos que sea revocada, o cancelada en escrito por mí.

Firma del padre/Guardian/Representante personal

Fecha



Nevada Pediatric Specialists
 3201 S. Maryland Parkway suite 608
 Las Vegas, NV 89109
 Phone:702-457-5437
 Fax:702-464-5801

Authorization for Release of Medical Records

Autorización para divulgar los datos medicos del paciented de su oficina Anterior

PATIENT INFORMATION (Please Print)

Información del paciente (por favor imprimir)

Patient's Full Name: _____
 Nombre de paciente

DOB: _____
 Fecha de nacimiento

Patient's Full Name: _____
 Nombre de paciente

DOB: _____
 Fecha de nacimiento

Patient's Full Name: _____
 Nombre de paciente

DOB: _____
 Fecha de nacimiento

Parent/Guardian Name: _____
 Nombre de pader/guardián

Phone # _____
 Número de teléfono

PLEASE RELEASE ALL MEDICAL RECORDS FOR TRANSFER OF PATIENT CARE

Por favor libere todos los expedientes médicos para la transferencia del cuidado del paciente

From:

De

Physician's Name: _____
 Nombre de su doctor anterior

Name of Practice: _____
 Nombre de la oficina

Practice Phone # _____
 Número de teléfono

Practice Fax # _____
 Numero de Fax

To:

A(recipiente)

Nevada Pediatric Specialists

3201 S. Maryland Parkway suite 608
 Las Vegas, NV 89109
 Phone:702-457-5437
 Fax:702-464-5801

Reason to request information: Transfer of care
 Motivo para solicitar la información: Transferencia de cuidado

Other _____
 Otra _____

Please release a copy of all medical records, including but not limited to: vaccine records, progress notes, operative notes, laboratory and diagnostic test.

Por favor, envíe una copia de todos los registros médicos, incluyendo, pero no limitado a: registros de vacunas, notas de progreso, notas operativas, pruebas de laboratorio y diagnósticos.

By my signature, I authorize the release of all medical records, I understand and accept the terms of the authorization to release my protected health information (PHI)

Con mi firma, autorizo la divulgación de todos los expedientes médicos, entiendo y acepto los términos de la autorización para divulgar mi información médica de salud protegida.

 Firma del padre/Guardian/Representante personal

 Fecha