

**Nevada ENT & Hearing Associates**  
**9770 S. McCarran Blvd.**  
**Reno, NV 89523**

EN MOLDE

Fecha: \_\_\_\_\_

---

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
----------	--------	----------------	---------------------

---

Domicilio	Apt#	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-----------	------	--------	--------	---------------

---

Domicilio (si es diferente que la casa)	Ciudad	Estado	Codigo Postal
---	--------	--------	---------------

---

# de telefono de casa	# celular	# de trabajo
-----------------------	-----------	--------------

---

# de Seguro Social	Sexo M/F	Ocupacion
--------------------	----------	-----------

---

Informacion del responsable	# de seguro social	Fecha de nacimiento	Relacion al Paciente
-----------------------------	--------------------	---------------------	----------------------

---

Doctor quien refiere	Doctor Familiar
----------------------	-----------------

---

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de emergencia	Relacion al paciente
---	----------------------

**\*\*\* EN ORDEN PARA PODER HACER NOSOTROS UN RECLAMO A LA CUENTA DE SU ASEGURANZA, USTED DEBE ACOMPLETAR LA INFORMACION SIGULENTE. SU ASEGURANZA NOS REQUIERE OBTENER LA INFORMACION SIGUIENTE \*\*\***

---

Nombre del seguro medico	Domicilio del
--------------------------	---------------

---

# de identificacion	Grupo/Numero	Empleo
---------------------	--------------	--------

---

Nombre del asegurado	# de seguro social del asegurado	Fecha de nacimiento	Relacion con el paciente
----------------------	----------------------------------	---------------------	--------------------------

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

---

Nombre del seguro medico	Domicilio del seguro medico
--------------------------	-----------------------------

---

# de identificacion	Grupo/Numero	Empleo
---------------------	--------------	--------

---

Nombre del asegurado	# de seguro social de asegurado	Fecha de nacimiento	Relacion al paciente
----------------------	---------------------------------	---------------------	----------------------

# NEVADA ENT & HEARING ASSOCIATES, LLC

## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo Nevada ENT & Associates audición, LLC, para solicitar o divulgar la información médica se describe a continuación en relación con:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

que consiste en elementos tales como, notas clínicas, prescripciones, resultados de laboratorio, resultados de la radiografía,

Por favor, tenga en cuenta que la familia o los amigos que se enumeran a continuación son capaces de traer al paciente sin su presencia.

etc: \_\_\_\_\_

Nombres de familiares o amigos que puedan llamar y comprobar en su bienestar y / o que puedan recoger recetas, registros, etc, cuando usted no pueda:

nombre \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

nombre \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

A los efectos de la atención médica:

Estamos solicitando esta autorización de usted para nuestro uso y revelación o de permitir a otro proveedor de atención médica o plan de salud a divulgar información a nosotros:

- No podemos condicionar nuestra prestación de servicios o el tratamiento de usted en la recepción de esta autorización firmada
- Usted puede inspeccionar una copia de la información de salud protegida para ser utilizada o revelada
- Usted puede negarse a firmar esta autorización
- Nosotros le proporcionaremos con una copia de la autorización firmada, si así lo solicita.
- 

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito y, salvo en la medida en que ya hemos utilizado o divulgado la información en virtud de esta autorización.

A menos que sea revocada antes o de lo contrario se indica, esta autorización caducará en 180 días a partir de la fecha de la firma o se mantendrá en vigor durante el período razonablemente necesaria para completar la solicitud.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Guardián: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

# NEVADA ENT & HEARING ASSOCIATES

## Acuerdo financiero

Los doctores de Nevada ENT & Associates audición participan en muchos planes de seguro, pero no todos. Es su responsabilidad para saber si el médico que lo esta viendo es un participante en su plan. Cargos por servicios prestados por Nevada ENT se presentarán directamente a su compañía de seguros para el pago, como una cortesía para usted. Usted será responsable de cualquier cantidad no pagada por su seguro. Si usted no tiene cobertura de seguro, usted será responsable del pago en el momento de su visita. Todos los copagos deben ser pagados al momento del servicio.

\*\*\* Los pacientes deben tener en cuenta que no todos los servicios quirúrgicos médicos están cubiertos por el seguro. Los pacientes son responsables directos de tales honorarios. Usted será informado y se le facturará en consecuencia en el momento de su visita.

\*\*\* Tenga en cuenta que usted puede estar sujeto a un pago adicional por su compañía de seguros si usted es visto por el médico y el audiólogo en el mismo día. Usted es responsable de cualquier saldo adeudado después de que su seguro haya procesado y pagado su reclamo.

\*\*\* Es su responsabilidad notificar a esta oficina cual es su hospital preferido, laboratorio e instalaciones radiológicas y si se requiere autorización previa.

\*\*\* Es su responsabilidad asegurarse de que sus procesos de seguros y pagos de nuestros reclamos de manera oportuna.

**\*\* Poliza de No Presentacion y no Aviso de 24 Horas** Efectiva a partir del 1 de Septiembre de 2017. Una multa de \$25.00 sera aplicada si no se presenta a su cita o no da previo aviso con 24 horas de anticipacion para cambiar o cancelar su cita. Esta multa debe ser pagada antes de hacer una nueva cita. Nuevos pacientes no se les daran mas citas despues de 2 cancelaciones sin previo aviso.

### Autorización

Autorizo el Dr. David Mathis, el Dr. Josh Meier, el Dr. Anthony Zamboni, el Dr. Jenny Van Duyne, el Dr. Thomas Killeen, el Dr. Richard Johnson, y / o el Dr. Richard Panelli a divulgar cualquier información adquirida durante mi examen y tratamiento con el propósito de pago de la reclamación. Además, autorizo el pago directamente a los médicos de las prestaciones debidas en mí para este servicio. Reconozco y acepto la responsabilidad personal de cualquier saldo restante después del pago de tales beneficios.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Guardián: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_



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

**MOTIVO DE LA VISITA DE HOY:**

\_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_

**Por favor escriba cualquier medicamento que este tomando actualmente:**

Nombre del Medicamento	Dosis	Con que frecuencia Toma

**Es alergico a algun medicamento? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No.** En caso afirmativo, por favor indicar a continuacion:

Nombre del Medicamento	Tipo de Reaccion

Liste cualquier cirugia que haya tenido (incluyendo las fechas):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_