



KIDNEY SPECIALISTS  
OF SOUTHERN NEVADA

Estimado paciente:

Como parte del nuevo proceso del paciente, le pedimos que complete y firme los formularios de historial del paciente adjuntos. También traiga una lista de todos los medicamentos que está tomando.

A continuación se enumera la información sobre su próxima cita:

DR/ APRN/ PA: \_\_\_\_\_

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

Hora de llegada: \_\_\_\_\_ AM/ PM

Hora de la cita: \_\_\_\_\_ AM/ PM

Localidad: \_\_\_\_\_

**Traiga los formularios completos a su próxima cita.**

Los especialistas en riñón del sur de Nevada desean agradecerle su ayuda y cooperación para completar los formularios adjuntos.

Sinceramente,

Especialistas en riñones del sur de Nevada



<b>FECHA</b>		<b>POR FAVOR INGRESE EL NOMBRE DEL MEDICO QUE ESTA VER HOY</b>				<input type="checkbox"/> Paciente Nuevo <input type="checkbox"/> Paciente Establecido	
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>							
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO)			(PRIMER NOMBRE)			(S.N)	NUM. SEGURO SOCIAL
TELEFONO DE CASA		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ANOS	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> SEPARADO		RAZA <input type="checkbox"/> CAUCASICA <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> ASIATICA <input type="checkbox"/> AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> OTRA
DIRECCION						APT./ESPACIO/UNIDAD	
CIUDAD				ESTADO		CODIGO POSTAL	
EMPLEADOR DEL PACIENTE (Garante si el paciente es menor o esta desempleado)				OCUPACION			
DIRECCION DEL EMPLEADO						TELEFONO DEL TRABAJO	
CIUDAD				ESTADO		CODIGO POSTAL	
<b>INFORMACION DEL GARANTE</b>							
NOMBRE DEL GARANTE (ULTIMO)			(PRIMERA)	(M.I.)		NUM. SEGURO SOCIAL	TELEFONO DE CASA
DIRECCION DEL GARANTE				CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
GARANTE EMPLEADOR				OCUPACION		TELEFONO DE CASA	
DIRECCION DEL EMPLEADOR DEL GARANTE				CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
<b>M.I.D</b>	RAZON DE LA VISITA		DOCTOR PRINCIPAL			COMO SE ENTERO DE NUESTRA OFICINA?	
<b>EMERGENCIA</b>	A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA			TELEFONO		RELACION	
<b>EMERGENCIA</b>	DIRECCION			CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
<b>INFORMACION DEL SEGURO (Solicite al representante del paciente que copie sus tarjetas de seguro)</b>							
SEGURO PRIMARIO CO.						TELEFONO	
DIRECCION				CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA				FECHA DE NACIMIENTO		NUM. SEGURO SOCIAL	
RELACION CON EL PACIENTE		EMPLEADOR DEL TITULAR DE LA POLIZA					
NUMERO DE POLIZA			GRUPO #			FECHA EFECTIVA	
SEGURO SECUNDARIO CO.						TELEFONO	
DIRECCION				CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA				FECHA DE NACIMIENTO		NUM. SEGURO SOCIAL	
RELACION CON EL PACIENTE		EMPLEADOR DEL TITULAR DE LA POLIZA					
NUMERO DE POLIZA			GRUPO #			FECHA EFECTIVA	

La información anterior es completa y correcta. Autorizo el tratamiento del paciente mencionado anteriormente. Por la presente, autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y le asigno los beneficios que de otro modo me serían pagables al médico o grupo indicado en el reclamo. Todos los servicios profesionales prestados son a cargo del paciente. El paciente es responsable de todos los honorarios, independientemente de la cobertura del seguro. En el caso de procedimientos de cobro por falta de pago de mi parte, acepto pagar todos y cada uno de los honorarios de cobro que se puedan agregar a mi cuenta para recuperar el dinero adeudado por el médico. Una copia de la firma es tan válida como el original.

Nombre del paciente/ Representante del paciente

Firma del paciente/ Representante del paciente

Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

Lista de Medicamentos

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Indicaciones</u>

Alergias:	



KIDNEY SPECIALISTS  
OF SOUTHERN NEVADA

## Poliza de Cancelacion y No Presentarce

Effectivo November 2, 2015

Entendemos que los casos ocurren en los que debe cancelar su cita. Por lo tanto se solicita que si usted debe cancelar su cita nos proporcione más de **48 horas** de aviso. Esto nos permitirá hacer un paciente que está esperando una cita. Con las cancelaciones hechas con menos de **48 horas** de anticipación, somos capaces de ofrecer esa cita a otro paciente. Pacientes que cancelen tres 3 o más veces en un periodo de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica y así negará cualquier citas futuras.

Citas de oficina que se cancelan con menos de **48 horas** notificación estarán sujetos a un cargo por cancelación de **\$25.00**.

Pacientes que no se presenta para su cita sin una llamada para cancelar una cita serán considerados un **NO- Presentarse**. Pacientes que no se presentan tres (3) o más veces en un período de 12 meses pueden ser despedidos de la práctica y así negará cualquier citas futuras. Paciente también estarán sujetos a un cargo de **\$25.00** por No Show.

Las tarifas por cancelación son responsabilidad exclusiva del paciente y deben ser pagados en completo antes de la próxima cita del paciente.

Entendemos que especiales circunstancias inevitables puede cancelar dentro de 48 horas. Honorarios en este caso pueden ser renunciados, pero sólo con aprobación de la administración.

Nuestra práctica cree firmemente que una relación médico-paciente buena se basa en comprensión y buena comunicación. Preguntas sobre cancelaciones y no show suplementos deben hacerse en el Departamento de facturación (702-551-9070).

Por favor firmar que usted ha leído y entiende que nuestra póliza de cancelación y no presentarse política.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente (por favor imprima)**

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

AYOOLA ADEKILE, M.D.  
 TAURINO AVELAR, M.D.  
 MARVIN J. BERNSTEIN, M.D.  
 ADIN BOLDUR, M.D.  
 VENUGOPAL BOTLA, M.D.  
 JAY K. CHU, M.D.  
 DINA CORBIN, M.D.  
 BILAL IQBAL, M.D.  
 GAURAV JAIN, M.D.  
 BINDU KHANNA, M.D.  
 JENNIFER KUMAR, M.D.  
 LARRY M. LEHRNER, M.D.  
 MARC LEISEROWITZ, M.D.  
 THOMAS LIM, M.D.  
 ROBERT W. MERRELL, M.D.  
 SEYEDQUMARS MIRFENDERESKI, M.D.  
 DEEPAK NANDIKANTI, M.D.  
 SHADI NIJIM, M.D.  
 CHIDI OKAFOR, M.D.  
 NEVILLE POKROY, M.D.  
 RAO PRASAD, M.D.  
 RIZWAN QAZI, M.D.



**KIDNEY SPECIALISTS  
 OF SOUTHERN NEVADA**

RAMCHAND RANAI, M.D.  
 PHILLIP RIBEIRO, M.D.  
 CRISTY ROBERTSON, M.D.  
 KAMRON SALEEM, M.D.  
 ZVI SELA, M.D.  
 SYED SHAH, M.D.  
 VIPUL SHAH, M.D.  
 RAJ P. SINGH, M.D.  
 NAUMAN TAHIR, M.D.  
 VIVEK VEERAPANENI, M.D.  
 MARK VISHNEPOLSKY, M.D.  
 VINCENT YANG, M.D.  
 KEVIN YU, D.O.  
 MYRA BARLAAN, APRN  
 ZVIA BEN-REY, APRN  
 NERISSA BONINA, APRN  
 VALERIE CHANG, PA-C  
 MELISSA HANSEN, APRN  
 NATHAN HUGG, APRN  
 CATHERINE LORENTZ, APRN  
 LA DONNA MILLS, APRN  
 LEIGHA SCHAFFER, APRN

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a los Especialistas en Riñón del Sur de Nevada para que obtengan mi fotografía para que se mantenga en el archivo dentro de su Sistema de registros médicos electrónicos con el fin de ayudar a prevenir el fraude de seguros.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico

Enumere todas sus farmacias actuales con la dirección y / o números de teléfono a continuación

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



KIDNEY SPECIALISTS  
OF SOUTHERN NEVADA

**CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

**USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Los especialistas en riñón del sur de Nevada utilizarán su información de salud protegida o la divulgarán a otros para fines de tratamiento, obtención de pagos o apoyo a las operaciones de atención médica diarias de la práctica.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Debe revisar el Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su información de salud protegida. Puede revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.

**SOLICITANDO UNA RESTRICCIÓN SOBRE EL USO O DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN**

Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida. Los especialistas en riñón del sur de Nevada pueden o no aceptar restringir el uso o la divulgación de su información de salud protegida. Si los especialistas en riñón del sur de Nevada aceptan su solicitud, la restricción será vinculante para la práctica. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada será una violación de los estándares federales de privacidad.

**REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información de salud protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación del consentimiento no se verá afectada.

**RESERVA DEL DERECHO A CAMBIAR LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Los especialistas en riñón del sur de Nevada se reservan el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN REVELADA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**FIRMA**

He revisado este formulario de consentimiento y doy mi permiso a Kidney Specialists of Southern Nevada para usar y divulgar mi información de salud de acuerdo con él.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Representante del paciente / Relación con el paciente



KIDNEY SPECIALISTS  
OF SOUTHERN NEVADA

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

FECHA	NÚMERO DE REGISTRO DE SALUD	Fecha de nacimiento del paciente
-------	-----------------------------	----------------------------------

NOMBRE DEL PACIENTE (Apellido)	(Primero)	(MI)
--------------------------------	-----------	------

\_\_\_\_\_, Autorizo el uso y divulgación de la información de salud de la persona mencionada anteriormente descrita a continuación. Las siguientes personas u organizaciones tienen autorización para divulgar mis registros de información médica.

**PUBLICAR INFORMACIÓN A**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

DIRECCION

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

**PUBLICAR INFORMACIÓN A**

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN

DIRECCION

NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
--------------------	---------------

RANGO DE FECHA , DE REGISTROS A PUBLICAR: Desde: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_, 20

ME GUSTARÍA UNA COPIA DE MIS REGISTROS EN  Papel \$ 0.60 por página  discos compactos

<input type="checkbox"/> Registros de salud completos	<input type="checkbox"/> Información de trasplante	<input type="checkbox"/> Resultados de rayos X	<input type="checkbox"/> Historia y física
<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Resultados de biopsia	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro: _____.
<input type="checkbox"/> Lista de recetas	<input type="checkbox"/> Registros hospitalarios	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	

Esta autorización para divulgar información médica vence el: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. Si no se proporciona una fecha, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma. Entiendo que la información en mis registros de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de conducta o mentales, y el tratamiento por abuso de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al oficial de privacidad de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando le otorgue a mi aseguradora el derecho de consentir un reclamo bajo mi póliza de seguro, a menos que se revoque lo contrario. **Esta autorización vencerá en la siguiente fecha o condición: \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un año después de la fecha de firma a continuación.** Si tengo alguna pregunta con respecto a esta divulgación de mi información de salud, puedo contactar al oficial de privacidad al 702-877-1887.

_____ Firma del paciente o representante legal	_____ Fecha
---	----------------

_____ Si está firmado por un representante legal, relación con el paciente	_____ Fecha
---	----------------

### Sus derechos como paciente

Como paciente, tiene derecho a:

1. Recibir atención equitativa, imparcial, considerada y respetuosa y ser tratado con cortesía y dignidad.
2. Recibir el mismo trato en todo momento y bajo cualquier circunstancia, independientemente de su raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, condición de veterano, responsabilidades familiares, discapacidad, enfermedad infecciosa, matriculación, afiliación política, fuente de ingresos o lugar de residencia o negocio.
3. Reciba atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro.
4. Información precisa y fácil de entender sobre su diagnóstico, plan de salud, profesionales de la salud y centros de atención médica.
5. Elegir proveedores de atención médica que puedan brindarle atención médica de alta calidad según sea necesario.
6. Conocer el nombre de cada persona en su equipo de atención desde la oficina hasta el médico y las funciones que desempeñarán.
7. Reciba información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que razonablemente se espera que comprenda.
8. Ayuda con la comprensión en caso de que tenga una discapacidad física o mental, o no entienda algo para poder tomar decisiones informadas sobre su plan de salud.
9. Solicite una segunda opinión de otro médico.
10. Participe activamente en la determinación de un curso de tratamiento para usted. Tus responsabilidades
11. Rechazo al tratamiento y reciba información sobre el efecto que esto puede tener en su salud, y que se le informe sobre las otras posibles consecuencias del rechazo.
12. Tenga privacidad mientras esté bajo nuestro cuidado y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con su atención.
13. Negarse a participar en la investigación o suspender su participación en cualquier momento.
14. Examine y reciba una explicación de su factura.
15. Designe a una persona para que lo represente en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento.
16. Recibir información sobre reglas, políticas y responsabilidades que se aplican a su conducta.

### Sus responsabilidades como paciente:

Como paciente, usted tiene la responsabilidad de:

1. Cooperar con sus cuidadores y siga el plan de atención acordado por usted y su equipo de atención.
2. Proporcione información precisa y completa sobre su atención e historial médico, así como los medicamentos actuales.
3. Respetar la privacidad y los derechos de los demás.
4. Proporcione una identificación adecuada cuando se encuentre en la oficina o cuando solicite información sobre su atención por teléfono.
5. Notifique a la oficina de manera oportuna cuando no pueda asistir a una cita.
6. Informe al equipo de atención sobre cualquier cambio en su condición o nuevos síntomas.
7. Siga los planes de tratamiento recomendados o rechazar el tratamiento.
8. Solicitar registros médicos según sea necesario.
9. Informe al equipo de atención médica sobre los cambios en su decisión de participar en la investigación.
10. Cumplir con la obligación financiera de su tratamiento de manera oportuna.

Las reglas y regulaciones relativas a la conducta del paciente son necesarias para garantizar que todos los pacientes sean tratados de manera justa y se sientan seguros mientras estén bajo nuestro cuidado. Su cooperación en estas responsabilidades nos ayudará a brindar atención y servicios de calidad. Estamos disponibles para responder preguntas sobre sus derechos como paciente, proporcionar información y referencias, resolver problemas, investigar quejas y actuar como su defensor. Para comunicarse con un representante del paciente, llame al 702-877-1887.