

SOUTHERN NEVADA FAMILY MEDICINE
Board Certified in Family



Dr. Amir K. Nicknam, M.D.
Meagan Hill, APRN

Ron Ludwiszewski, PA-C
Yaw-Jong Tsai, PA-C

PATIENT INFORMATION

Fecha de hoy: ____/____/____
Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Genero: Hombre Mujer Seguro Social: ____-____-____
Direccion: _____
Telefono: ____-____-____ # Celular: ____-____-____ # Trabajo: ____-____-____
E-mail: (Para recordatorios de cita, acceso a sus records): _____

Estado Civil: Etnicidad:
 Soltero(a) Blanco
 Casado(a) Afroamericano(a)
 Deivorciado(a) Latino/ Hispano
 Vuido(a) Otro: _____

Idioma de preferencia: _____
Nombre del conyuge: _____ Numero de telefono del conyuge: ____-____-____
Contacto de emergencia: _____ Telefono del contacto: ____-____-____

INFORMACION DE TRABAJO

Trabaja? Si No Nombre de trabajo: _____
Direccion: _____ Telefono ____-____-____
Su esposo(a) trabaja? Si No Nombre de trabajo: _____
Direccion: _____ Telefono ____-____-____

INFORMACION DE ASEGURANZA PRIMARIA

Numero de aseguranza: _____ # de miembro: _____
de grupo: _____ Telefono: ____-____-____
Direccion: _____ Usted es el primario? Si No
Relacion con el segurador? Conyuge Hijo(a) Guardian Otro: _____
Nombre del segurador: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Seguro social: ____-____-____

INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA

Numero de aseguranza: _____ # de miembro: _____
de grupo: _____ Telefono: ____-____-____
Direccion: _____ Usted es el primario? Si No
Relacion con el segurador? Conyuge Hijo(a) Guardian Otro: _____
Nombre del segurador: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Seguro social: ____-____-____

SOUTHERN NEVADA FAMILY MEDICINE
Board Certified in Family

Dr. Amir K. Nicknam, M.D.
Meagan Hill, APRN



Ron Ludwiszewski, PA-C
Yaw-Jong Tsai, PA-C

PATIENT HISTORY

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Nombre de farmacia: _____ Locacion (calles de interseccion): _____
Razon para su visita de hoy? _____

Por favor anote cualquier hospitalizacion y/o cirujias que a tenido en el pasado con fechas aproximadas:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

Lista de medicinas que toma diaramente, incluyendo medineas no recetadas:

MEDICINA	DOSIS	CADA CUANTO

***** Si toma medicina adicional, por favor anote atras de esta papel*****

Es alergico(a) a una medicina? Si No
Si? Mencione las elergias/ reacciones abajo:

Ultima colonoscopia: _____ Ultimo examen de la vista: _____ Ultima Mamografia: _____
Ultima densitometria osea (dexa): _____ Ultima prueba de Papanicolaou: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Pariente	Edad	Estado de Salud	Muerto(a)		Edad que fallecio?	Causa de muerte?
			Yes	No		
			Yes	No		
			Yes	No		
			Yes	No		
			Yes	No		

HISTORIAL SOCIAL

Usted fuma? Si No Cuantos paquetes fuma al dia? _____ Por cuantos anos a fumado? _____
Si no, a fuemado en el pasado? Si No En que ano dejo de fumar? _____ Cuantos paquetes fumaba al dia? ____
Toma alcohol? Si No Todos los dias Semanalmente Mensualmente Ocasionalmente
Cuantas bebidas tomas? _____
Usa Drogas? Si No Que Drogas usa? _____

SOUTHERN NEVADA FAMILY MEDICINE
Board Certified in Family



Dr. Amir K. Nicknam, M.D.
Meagan Hill, APRN

Ron Ludwiszewski, PA-C
Yaw-Jong Tsai, PA-C

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS/ INFORMACION DE PACIENTE

Yo autorizo a _____ para liberar mis registros/
informacion a:

_____ 4060 N. Martin Luther King Blvd., Suite
101 A N. Las Vegas, Nv 89032
Phone 702-380-1712, Fax 877-361-1165

_____ 1765 Village Center Circle., Suite 100 Las
Vegas, NV 89134
Phone 702-733-6622, Fax 877-361-1165

Yo autorizo liberar registros en relaciona Drogas, alcohol, mental resultados de STD, HIV/AIDS, asi sean
negativos o positivos: ____Si ____No

Yo _____ autorizo Southern Nevada Family Medicine a reveler mi
informacion medica/ facturas y todo lo que tenga que ver con mi salud a las personas siguientes:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

POR FAVOR PONER SUS INCIALES EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

_____ Yo autorizo a Southern Nevada Family Medicine de mandar la informacion anterior por via
electronica, por fax o correo electronico.

_____ Yo autorizo a Southern Nevada Family Medicine de dejar mensajes en mi contestador o
buzon de voz.

_____ En el evento de que Southern Nevada Family Medicine no pueda contactarme, les doy
permiso de dejar un mensaje con mis contactos siguientes.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
|----------|----------|

**POR FAVOR NOTE, ESTA AUTORIZACION QUEDA EN EFECTO INDEFINIDAMENTE, SOLO EL PACIENTE LA
PUEDE REVOCAR**

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE HOY

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Yo estoy coniente y autorizo a la administration de todos los tratamientos terapeuticos y de diagnosticos
que se considere conveniente o medicamento necesario a juicio del Dr. Amir Nicknam.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE HOY

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE LA INFORMACION SANITARIA (HIPPA)

He leido y recibido una copia de la Ley de Portabilidad y Responsbilidad de Information de Salud (HIPPA)

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE HOY

SOUTHERN NEVADA FAMILY MEDICINE
Board Certified in Family



Dr. Amir K. Nicknam, M.D.
Meagan Hill, APRN

Ron Ludwiszewski, PA-C
Yaw-Jong Tsai, PA-C

POLITICA FINANCIERA

Nombre de paciente: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Medicina Familiar del Sur de Nevada (SNFM) agradece la oportunidad de participar en su atención médica. Los servicios que puede recibir del Dr. Nicknam han sido elegidos para diagnosticar y mantener correctamente su condición de salud. Reconocemos la necesidad de un entendimiento entre el paciente y el médico con respecto a los acuerdos financieros para su atención médica.

POR FAVOR LEA Y INICIE TODAS LAS DECLARACIONES A SIGUIENTES:

- _____ Todos los copagos vencen al **momento del servicio**. Estos pagos se cobran antes de ver al médico.
- _____ SNFM presentará un reclamo a su compañía de seguros. Una vez recibido el pago, SNFM facturará a su seguro secundario y / o terciario (si corresponde) cualquier saldo restante según la explicación de los beneficios recibidos de su compañía de seguros primaria y / o secundaria.
- _____ Es posible que su (s) compañía (es) de seguro no cubra todos los servicios que el Dr. Nicknam determine como médicamente necesarios. Consulte su póliza de seguro para obtener más aclaraciones y verificación de la cobertura y los beneficios. Las tarifas por los servicios no cubiertos son responsabilidad del paciente o del garante.
- _____ SNFM intentará apelar lo que mi seguro no paga. En el caso de una apelación denegada y una vez que se hayan tomado todas las medidas para anular o denegar una apelación, debo presentar una apelación a la decisión con mi compañía de seguros.
- _____ Si su compañía de seguros no paga dentro de los 60 días, nos reservamos el derecho de comenzar a facturarle directamente y le recomendamos que se comunique con su (s) compañía (s) de seguros para hacer un seguimiento del estado del pago. Cualquier cuenta que quede sin pagar se colocará en una agencia de cobranza privada. Todas y cada una de las cuentas estarán sujetas a los costos asociados con el proceso de cobranza.
- _____ **Acepto que soy responsable de todos los cargos incurridos en la oficina. Usted, como asegurado, es responsable de pagar cualquier coseguro o deducible pendiente que determine su compañía de seguros. Si mi compañía de seguros no proporciona todos los beneficios, acepto pagar el saldo restante.**
- _____ Si alguna parte de su (s) compañía (s) de seguros cambia, **es su responsabilidad notificar a SNFM** para que podamos facturar sus reclamos correctamente. **Debe proporcionarnos una copia de la nueva tarjeta de seguro de inmediato.** El no informarnos de cualquier cambio nuevo puede afectar la obtención de una autorización previa antes de citas futuras y la obtención de una cita futura en nuestra oficina.
- _____ Si su dirección o número de teléfono cambia en cualquier momento, debe notificar al departamento de facturación de SNFM sobre dicho cambio. Comuníquese con el departamento de facturación al 702-733-6622.
- _____ **Cheques devueltos y estarán sujetos a un cargo de \$ 25.00**
- _____ **Las no presentaciones están sujetas a una tarifa de \$ 40.00**

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluido el historial médico, los hallazgos físicos y el tratamiento prestado según lo permitido por HIPPA para determinar la responsabilidad por el pago y obtener el reembolso de mis reclamos médicos. Solicito que el pago de los pagos autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos a los que tengo derecho, incluidos Medicare, seguros privados y otros planes de salud a SNFM. La cesión de beneficios permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan válida como el original. Entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos, ya sean pagados por las compañías de seguros.

He leído, entendido y estoy de acuerdo con la política financiera anterior.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE HOY

Dr. Amir K. Nicknam, M.D.
Meagan Hill, APRN



Ron Ludwiszewski, PA-C
Yaw-Jong Tsai, PA-C

POLIZAS DE SOUTHERN NEVADA FAMILY MEDICINE

- Se solicita a los pacientes que vengan cinco (5) minutos antes de la cita asignada. En el caso de pacientes nuevos que no se hayan preinscrito en línea, ingrese (15) minutos antes de la hora señalada para que pueda completar nuestro formulario de admisión correctamente.
- **Identificación y tarjeta(s) de aseguranza** son requeridas cada vez que vengas a su cita.
- El paciente necesita que hacer cita mensualmente para recetas medicas de substancias controladas.
- Copagos, deductibles y cualquier balance y co-aseguranza despues de que la aseguranza pague, deben ser pagados **AL MOMENTO DE LA CITA**. Somos obligados por su aseguranza de colectar su parte.
- Si tiene problemas de pagar su balance, por favor dejele saber a la persona de recepcion inmediatamente o pregunte por la persona a cargo.
- Aceptamos efectivo, visa, mastercard y American express, **NO CHECKS**.
- Si necesita obtener sus registros medicos, Habra un cobro de **\$0.60** por pagina y puede tomar hasta 10 dias para completer.
- Una cobro de **\$45.00+** por cualquier forma que el doctor llene. Ejemplo: Formas de FMLA, cartas, etc.
- Si necesita una receta medica y llama a nuestra linea 304, puede tomar de 24-48 horas para procesar
- Mandamos recordatorios como cortesia para sus citas, debe confirmar su cita por medi de email, telefono o texto.
- Si deja un mensaje, le regresaremos su llamada dentro de 24 horas abiles.
- **Cancelación/No Mostrar política** para la cita con el médico: Entendemos que hay momentos en que debe perderse una cita debido a emergencias u obligaciones para el trabajo o la familia. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, es posible que esté impidiendo que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Se cobrará una tarifa de cancelación de **\$40.00** a la cuenta del paciente para pacientes nuevos y existentes si la cita no se cancela **24 horas** antes de la cita.

Nuestro personal atenderá mejor sus necesidades de la mejor manera posible. Creemos firmemente en extender el respeto a todos. Le pedimos que les brinde la misma cortésia mientras se encuentre en nuestras instalaciones. No toleraremos pacientes abusivos.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE HOY