

Southern Nevada Family Medicine
Southern Nevada Occupation Health Center

Board Certified in Family Medicine

Amir Nicknam, MD, MPH, CIME, FACOEM

Chief Medical Officer



AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS/INFORMACION DE PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Yo autorizo a SNFM / SNOHC a revelar mi informacion medica/facturas y todo lo que tenga que ver con mi salud a las personas siguientes:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

POR FAVOR PONER SUS INCIALES EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

___ Yo autorizo a SNFM/SNOHC de mandar la informacion anterior por via electronica, por fax or correo electronico

___ Yo autorizo a SNFM/SNOHC de dejar mensajes en mi contestador o buzón de voz

___ En el evento de que SNFM/SNOHC no pueda contactarme, les doy permiso de dejar un mensaje con mis contactos siguientes

1 _____

2 _____

** POR FAVOR NOTA, *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 conciente y autorizo a la administracion 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 (HIPAA)

He leido and recibido una copia de la ley de portabilidad y responsabilidad de informacion de salud (HIPAA).

___ / ___ / ___

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA DE HOY

Southern Nevada Family Medicine
Southern Nevada Occupation Health Center

Board Certified in Family Medicine

Amir Nicknam, MD, MPH, CIME, FACOEM

Chief Medical Officer



POLITICA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____

SNFM/SNOHC agradece la oportunidad de participar en su atencion medica. Los servicios que usted puede recibir del Dr. Nicknam han sido elegidos para diagnosticar correctamente y mantener su condicion de salud. Reconocemos la necesidad de su comprension entre paciente y medico para la atencion medica.

POR FAVOR LEA E INICIALES TODAS LAS DECLARACIONES SIGUIENTES:

_____ Todos los copagos se deben el dia de la cita, estos pagos se colectan antes de la visita.

_____ SNFM/SNOHC mandara su reclamo a su aseguranza primaria. Al recibir el pago, SNFM/SNOHC mandara el bill a su segunda y/o tercera aseguranza (si aplica) por cualquier balance basado a la explicacion de los beneficios recibidos en la primera y/o segunda compania de aseguranza.

_____ Mi aseguranza puede no cubrir todos los servicios determinados por el Dr. Nicknam medicamente necesarios. Consultare a mi poliza de aseguranza para clarificacion adicional de covertura y beneficios. Cargos por servicios no cubiertos son mi responsabilidad.

_____ SNFM/SNOHC intentara de apelar lo que aseguranza no pague. En el evento de apelacion denegada y despues de que todas las medidas en un intento de anular un recurso de apelacion, entonces debo presentar una apelacion a la decision con mi compania de seguros.

_____ Si mi aseguranza no paga dentro de 60 dias, SNFM/SNOHC tiene el derecho de mandarme una factura directamente y recomendar que contacte a mi aseguranza(s) para obtener el estatus de pago. Cualquier cuenta no pagada se mandara a una compania de coleccion y seran sujetas a los costos asociadas del proceso de coleccion

_____ Estoy de acuerdo de que sere responsable for todos los cargos incurridos en esta oficina. Yo, como el asegurado, soy responsable de pagar balance de co-aseguranza o deductibles determinados por mi aseguranza. Si mi aseguranza no prove los beneficios completamente, estoy de acuerdo en pagar el saldo restante.

_____ Si mi aseguranza(s) cambia, es mi responsabilidad de notificar a SNFM/SNOHC para que ellos manden mis reclamos a mi aseguranza. Debo proveer una copia de mi tarjeta de aseguranza inmediatamente.

_____ Si mi direccion/numero de telefono cambia en cualquier momento, tengo que notificar a la oficina al 702-733-6622.

_____ Si no CANCELO/CAMBIO mi cita al menos 24 horas antes de mi cita o NO LLEGO a mi cita, Habra un cargo de \$25 que no es cubierta por mi aseguranza.

Autorizo la publicación de cualquier información necesaria, incluyendo historia clínica, hallazgos físicos y tratamiento como permitido por la ley HIPAA para determinar responsabilidad de pago y obtener el reembolso de mis reclamaciones médicas. Solicito hacer pago de pagos autorizados en el mío. Asignar los beneficios a que se mantendrá en efecto hasta que revocada por escrito por mi nombre. Una fotocopia de esta tarea debe ser considerada tan válida como la original. Entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos ya sea pagado por mi compañía de seguros. He leído, entendido y aceptado la política financiera anterior.

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Southern Nevada Family Medicine
Southern Nevada Occupation Health Center

Board Certified in Family Medicine

Amir Nicknam, MD, MPH, CIME, FACOEM

Chief Medical Officer



POLIZAS DE OFICINA

- Se requiere que el paciente llegue quince (15) minutos antes de su cita.
- Identificación y tarjeta(s) de aseguranza son requeridas cada vez que venga a su cita.
- El paciente necesita que hacer cita mensualmente para recetas medicas de sustancias 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 la persona a cargo.
- Un contrato de pago se ara por un balance de mas de \$100.
- Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard y American Express, SIN CHEQUES.
- Si necesita obtener sus registros medicos, Habra un cobro de \$0.60 por pagina y puede tomar hasta 10 dias para completar.
- Abra un cobro de \$45 por cualquier forma que el doctor llene. Ejemplo: Formas de FMLA, discapacidad, cartas, etc. (Excepto para los pacientes con Culinary)
- El papeleo de FMLA puede demorar entre 7 y 14 días hábiles.
- Si necesita una receta medica y llama a nuestra linea, puede tomar de 24 - 48 horas para procesar.
- Mandamos recordatorios como cortesia para sus citas, debe confirmar su cita por medio de email, telefono o texto.
- Si deja un mensaje, le regresaremos su llamada dentro de 24 horas hábiles.
- No aceptamos billetes de mas de \$50 como forma de pago

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

Southern Nevada Family Medicine Southern Nevada Occupation Health Center

Board Certified in Family Medicine

Amir Nicknam, MD, MPH, CIME, FACOEM

Chief Medical Officer



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

Nombre de farmacia: _____ Locacion: (calles de interseccion, # de telefono) _____

Razon para su visita de hoy? _____

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

1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____

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

MEDICINA	DOSIS	CADA CUANTO
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

Si toma medicina adicional, por favor anote atras de este *

Es alergica a una medicina? Si No Si? Mencione las alergias/reacciones abajo:

HISTORIAL FAMILIAR

<u>Pariente</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado de Salud</u>	<u>Muerto(a)</u>	<u>Edad que fallecio?</u>	<u>Causa de muerte?</u>
_____	_____	_____	Si No	_____	_____
_____	_____	_____	Si No	_____	_____
_____	_____	_____	Si No	_____	_____
_____	_____	_____	Si No	_____	_____
_____	_____	_____	Si No	_____	_____

HISTORIAL SOCIAL

**Fuma? Si No Cuantos paquetes fuma al dia? ____ Por cuantos años a fumado? ____

Si no, a fumado en el pasado? Si No En que año dejo de fumar? ____ Cuantos paquetes fumaba al dia? ____

**Toma alcohol? Si No Todos los dias Semanalmente Mensualmente Ocasionalmente?

Cuantas bebidas alcoholicas toma? ____

**Hace drogas? Si No Que drogas usa? _____