



2315 E. CHEYENNE AVE. SUITE 100  
N.LAS VEGAS, NV 89030  
TEL: 702-633-4000 FAX: 702-633-4346

This complete form authorizes a third party to disclose a patient's protected health information to  
MAMA MIA PEDIATRICS.

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date Of Birth: \_\_\_\_\_

Patient's Address: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Check the reports to be disclosed:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> History and Physical Exam | <input type="checkbox"/> Growth Charts                 |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports      | <input type="checkbox"/> Operative Reports             |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes            | <input type="checkbox"/> Billing Claims Forms          |
| <input type="checkbox"/> Radiology Reports         | <input type="checkbox"/> Itemized Statement Of Charges |
| <input type="checkbox"/> Laboratory Reports        | <input type="checkbox"/> Pathology Reports             |
| <input type="checkbox"/> Immunization Record       | <input type="checkbox"/> All Information               |

If Other, Please Specify: \_\_\_\_\_

➤ RECORDS RELEASED FROM: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_ City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

➤ RECORDS RELEASED TO: MAMA MIA PEDIATRICS

Mailing Address: 2315 E. CHEYENNE AVE. SUITE #100 City, State, Zip: NORTH LAS VEGAS, NV 89030

Tel: (702) 633 - 4000 Fax: (702) 633 - 4346

For Purpose of: \_\_\_\_\_

- ❖ EXPIRATION: This authorization for release of protected health information for a maximum of one year from the date signed below.
- ❖ Re-Disclosure: This information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.
- ❖ I authorize the third party named above to discuss the protected health information about myself (or the Patient) as described above I understand:
- ❖ I may revoke this authorization at any time by notifying Mama Mia Pediatrics in writing.
- ❖ If I revoke the authorization, I understand it will have no effect on action on Mama Mia Pediatrics took in good faith before receiving the revocation.
- ❖ The information released may contain information related to AIDS OR HIV infection; drug or alcohol abuse; mental or behavioral health or psychiatric care, except for psychotherapy notes. Mama Mia Pediatrics may not contain treatment or payment on my completion of this form  
Mama Mia Pediatrics reserves the right to verify my identity or guardianship.

\_\_\_\_\_  
Print Patient, Parent, or Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relationship To Patient

## INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
TELEFONOS: CASA: \_\_\_\_\_ CELL: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
RAZA: BLANCO: \_\_\_\_\_ HISPANO: \_\_\_\_\_ AFROAMERICANO: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: NINO/A: \_\_\_\_\_ SOLTERO/A: \_\_\_\_\_ CASADO/A: \_\_\_\_\_ SEPARADO/A: \_\_\_\_\_ VIUDO/A: \_\_\_\_\_

## SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

NOMBRE DE LA MAMA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE EL PAPA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## PERSONA RESPONSABLE EN ASEGURANZA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
S.S. #: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: NINO/A: \_\_\_\_\_ SOLTERO/A: \_\_\_\_\_ CASADO/A: \_\_\_\_\_ SEPARADO/A: \_\_\_\_\_ VIUDO/A: \_\_\_\_\_  
ASEGURANZA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ POLIZA: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE UN AMIGO O FAMILIAR QUE NO VIVA EN LA MISMA DIRCCION: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_

La información dada arriba es correcta y verdadera. Yo autorizó a mi seguro medico a pagar directamente a mi doctor. Entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance que mi seguro medico no pague. También autorizo a Mama Mia Pediatrics a dar la información requerida para procesar mis cobros.

FRIMA DE PERSONA REPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



**EN CASO DE EMERGENCIA QUE USTED NO PUEDA TRAER A SU HIJO/A**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE USTED)

DOY MI COMPLETA AUTORIZACION A LAS SIGUIENTES PERSONAS DE TOMAR CUALQUIER DECISION MEDICA:

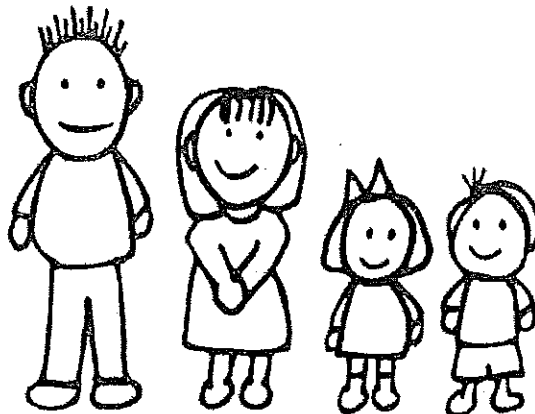
NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



## NOTICIA DE SISTEMAS DE PRIVACIDAD

A nuestros pacientes: Esta nota describe como información sobre su salud, de este consultorio podría ser usado y como usted podría tener acceso a información sobre su salud. Esto es requerido por las regulaciones Privados, creadas como un resultado de la Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

**Nuestro compromiso a su privacidad:** Nuestro consultorio esto dedicado a mantener la privacidad de información sobre su salud. Estamos requeridos por ley a mantener la confidencialidad sobre información de su salud.

Nosotros entendemos que estas leyes son complicados, pero debemos proveerle a usted la siguiente información importante.

### **Uso y disclosure sobre información de su ciertas circunstancias especiales:**

Las circunstancias siguientes quizá requieran que nosotros usemos o demos información sobre su salud.

1. A las autoridades del departamento de salud y agencias de salud que son autorizados por la ley que colecten información.
2. Demandas y procedimientos similares en correspondencia la corte u orden administrativa.
3. si es requerido hacerlo por un oficial de la ley.
4. Cuando es necesario reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otro individuo o al público. Nosotros solamente daremos información a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza en acuerdo con la ley de Nevada.
5. Si usted es miembro de una fuerza militar de Estados Unidos u otro país extranjero (incluyendo a veteranos) y si es requerido por las autoridades apropiadas.
6. A oficiales Federales por inteligencia y actividades de seguridad nacional, autorizados por la ley.
7. A instituciones correccionales o a oficiales esforzados de la ley, si usted es un prisionero o esta bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Para compensación de empleados y programas similares:

### **Sus derechos sobre información de su salud:**

1. Comunicaciones. Usted puede pedir que nuestro consultorio se comuniqué con usted sobre su salud y cosas relacionadas de una manera particular en cierto local. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos a su casa, en vez de su trabajo.
2. Puede usted pedir una restricción en nuestro uso a disclosure sobre información de su salud para tratamiento pago u operaciones sobre el cuidado de su salud. Adicionalmente, usted tiene el derecho a pedir que se le ponga una restricción a la disclosure a información sobre su salud solo a ciertos individuos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado, tal como miembros de familia o amistades. No se nos requiere que estemos de acuerdo a su disposición, aun si no estamos de acuerdo.
3. Tiene el derecho de inspector y obtener una copia de información de su salud que puede ser usada para decisiones sobre usted, incluyendo su archivo medico y records de viles, pero no incluyendo notas de terapia psicológica. Usted puede someter en escrito a (Mama Mia Pediatrics).
4. Usted puede pedirnos que arrendemos su información de salud si cree que esta incorrecta o incompleta, y por lo tanto que la información este en nuestro poder o para nuestro consultorio. Para pedir un arrendamiento, tendrá que ser por escrito y sometido a (Mama Mia Pediatrics). Debe proveer una razón que soporte su pedir del arrendamiento.
5. Derecho a una copia de esta noticia. Si desea puede recibir una copia de esta Noticia de Sistemas practicas de Privacidades. Para obtener una copia de esta noticia comuníquese con la recepcionista.
6. Derecho a poner una queja. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede poner una queja a nuestro consultorio o con la secretaria del departamento de salud o servicios Humanos. Para poner una queja con nuestro consultorio, comuníquese a (Mama Mia Pediatrics). Todas las quejas deben ser sometidas en escrito. Usted no será penalizado por poner una queja.
7. Derecho a proveer una autorización para otros usos o disclosure nuestro consultorio va a obtener una autorización en escrito para usos y disclosure que no sean identificadas por esta notificación o permitida por la ley.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación o políticas de la privacidad de informes sobre su salud, por favor comuníquese a (Mama Mia Pediatrics, 702-633-4000, 2315 E. Cheyenne Ave. #100, N. Las Vegas, NV 89030).

Si usted gustaría una copia de este documento. Pídale enfrente.

FRIMA DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



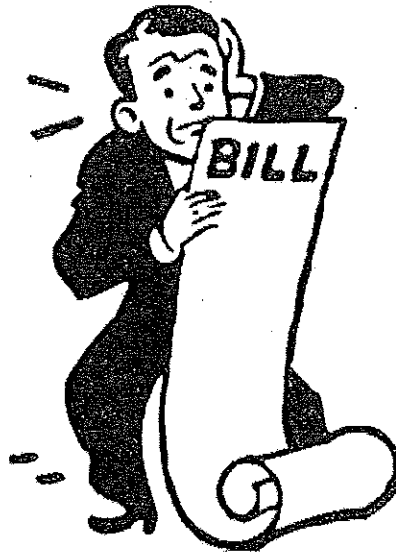
## ACUERDO SEGURO MEDICO / PACIENTE

Yo entiendo que soy responsable por cualquier cobro que mi seguro medico no pague. Yo entiendo que es mi responsabilidad pagar por cualquier copago y deducible a tiempo, y por los servicios que no sean "cubiertos". Solicitar cualquier forma o reporte requería un cobro adicional y se pagara con anticipación toda forma solicitada durara 5 días \_\_\_\_\_ hábiles para ser completada.

## COSTOS DE COLECCIÓN

Si mi cuenta llega a ser delinciente, yo seré responsable por los costos adicionales y si la cuenta es asignada al departamento de colección o abogado, resultara en un cargo adicional de 25% mas del balance original.

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



## HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Todas las preguntas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y serán parte de su expediente medico.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: NIÑO/A: \_\_\_\_\_ SOLTERO/A: \_\_\_\_\_ CASADO/A: \_\_\_\_\_ SEPARADO/A: \_\_\_\_\_ VIUDO/A: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDADES (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):**  
 SARAMPION PAPERAS RUBEOLA VARICELA FIEBRE REUMATICA POLIOMELITIS

**VACUNAS:**  
 COMPLETAS: \_\_\_\_\_ INCOMPLETAS: \_\_\_\_\_

**LISTE CUALQUIERE PROBLEMA MEDICO QUE OTRO DOCTOR LE DIAGNOSTICO**

CIRUGIAS / HOSPITALIZACIONES	ANO	RAZON

A TENIDO UNA TRANSFUSION DE SANGRE?    SI [  ]    NO [  ]

TIENE ALERGIA ALGUN MEDICAMENTO O COMIDA?    SI [  ]    NO [  ]  
 SI INDICO SI, EXPIQUE LAS ALERGIAS:

---



---



---

**OTROS PROBLEMAS (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):**

PIEL	PECHO	CORAZON
CABEZA	ESPALDA	PESO.
OIDOS	INTESTINAL	NIVEL DE ENERGIA
NARIZ	VEJIGA	HABILIDAD PARA DORMIR
GARGANTA	EXTREMIMIENTO	PULMONES
CIRCULACION	DOLOR	DISCONFORMIDAD

**LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS POR EL DOCTOR Y LOS NO PRESCRITOS, E INALADORES, VITAMINAS:**

NOMBRE DE LAS MEDICINAS	DOSIS	CANTIDAD DIARIA

**SALUD MENTAL**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Es el estrés un problema grande para usted?  | SI | NO |
| 2. Se siente usted deprimido/a?                 | SI | NO |
| 3. Siente pánico cuando se estresa?             | SI | NO |
| 4. Tiene problemas con el apetito o para comer? | SI | NO |
| 5. Usted llora frecuentemente?                  | SI | NO |
| 6. A tratado de suicidarse alguna vez?          | SI | NO |
| 7. A tratado seriamente de hacerse daño?        | SI | NO |
| 8. Tiene problemas para dormir?                 | SI | NO |
| 9. Ha estado usted con algún consejo?           | SI | NO |

**HISTORIA MEDICA FAMILIAR**  
(CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

ASMA	ALTA PRESION	ANEMIA	MUERTE TEMPRANA
DIABETES	EPILEPSIA	ENFERMEDADES DEL RINON	RETRASO MENTAL
TUBERCULOSIS	ENFERMEDADES DEL CORAZON	ENFERMEDADES DE LA SANGRE	PROBLEMAS PSYQUIATRICOS

ALGUNA OTRA ENFERMEDAD QUE DEBAMOS SABER? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FRIMA DE PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

