



TAX ID #: 27-230-2575

Patient's Name (Nombre Del Paciente): \_\_\_\_\_  
Date Of Birth (Fecha De Nacimiento): \_\_\_\_\_  
Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_  
City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal): \_\_\_\_\_  
Phone # (Teléfono): \_\_\_\_\_  
Email (Correo Electrónico): \_\_\_\_\_

**OFFICE STAFF ONLY- SOLO PERSONAL DE OFICINA**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS INFORMATION**

**RECORDS REQUESTING:**

- ☐ Entire Medical Record  
☐ Immunization Records  
☐ Labs Only  
☐ Other: \_\_\_\_\_

**RECORDS RELEASED FROM:**

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
City, State, and Zip: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**RECORDS RELEASED TO:**

**2315 East Cheyenne Ave. #100  
North Las Vegas, NV 89030  
Tel: 702-633-4000 Fax: 702-633-4346**

**1250 South Eastern Ave.  
Las Vegas, NV 89104  
Tel: 702-383-4001 Fax: 702-383-4004**

- This form is for use when such authorization is required and complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Standards.
- I understand that email communications may not be secure unless encrypted.
- I hereby **CONSENT** the release of my child's medical records to Mama Mia Pediatrics at the above address or fax.
- **EXPIRATION:** This authorization for release of health information will expire one year from the date signed below.
- 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 Mama Mia Pediatrics took in good faith before receiving the revocation.
- I understand that I am not required to sign this authorization and that refusal to sign will not affect my ability to receive treatment.

\_\_\_\_\_  
Signature  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient  
(Relación al Paciente)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)

## INFORMACION DEL PACIENTE

|                                                     |                      |                                |                |
|-----------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE:                                | FECHA DE NACIMIENTO: | SEXO:<br>FEMENINA    MASCULINO | SEGURO SOCIAL: |
| TELEFONO DE CASA:                                   | TELEFONO DE CELULAR: | CORREO ELECTRONICO:            |                |
| DIRECCION/ CIUDAD/ ESTADO/ CODIGO POSTAL:           |                      |                                |                |
| RAZA: WHITE / HISPANIC / AFRICAN-AMERICA / OTHER    |                      | IDIOMA PREFERIDO:              |                |
| NOMBRE DE FARMACIA Y DIRECCION O CALLES QUE CRUZAN: |                      |                                |                |

## INFORMACION DE LOS PADRES

|                                |                              |                        |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------|
| NOMBRE DE MAMA:                | FECHA DE NACIMIENTO DE MAMA: | SEGURO SOCIAL DE MAMA: |
| EMPLEADO DE MAMA:              | OCUPACION DE MAMA:           |                        |
| DIRECCION DE EMPLEADO DE MAMA: |                              |                        |
| NOMBRE DE PAPA:                | FECHA DE NACIMIENTO DE PAPA: | SEGURO SOCIAL DE PAPA: |
| EMPLEADO DE PAPA:              | OCUPACION DE PAPA:           |                        |
| DIRECCION DE EMPLEADO DE PAPA: |                              |                        |

## INFORMACION DE ASEGURANZA

|                                  |                      |                       |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO:       | NUMERO DE POLIZA:    | NUMERO DE GRUPO:      |
| NOMBRE DE PERSONA RESPONSIBLE:   | FECHA DE NACIMIENTO: | SEGURO SOCIAL:        |
| EMPLEADO:                        | OCUPACION:           | TELEFONO DE EMPLEADO: |
| CUAL ES SU RELACION AL PACIENTE: |                      |                       |
| NOMBRE DE SEGURO SECUNDARIO:     | NUMERO DE POLIZA:    | NUMERO DE GRUPO:      |
| NOMBRE DE PERSONA RESPONSIBLE:   | FECHA DE NACIMIENTO: | SEGURO SOCIAL:        |
| EMPLEADO:                        | OCUPACION:           | TELEFONO DE EMPLEADO: |
| CUAL ES SU RELACION AL PACIENTE: |                      |                       |
| TIENE OTRA ASEGURANZA:           |                      |                       |

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

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

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

| NOMBRE DE PERSONAS RESPONSIBLE | RELACION AL PACIENTE | TELEFONO |
|--------------------------------|----------------------|----------|
|                                |                      |          |
|                                |                      |          |
|                                |                      |          |

### **HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE**

CUALQUIER ENFERMEDAD INFANTIL: \_\_\_\_\_ [ ] NO

OTROS PROBLEMAS (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

|                       |             |                        |
|-----------------------|-------------|------------------------|
| PIEL                  | PECHO       | CORAZON                |
| CABEZA                | CUELLO      | ESPALDA                |
| PESO                  | OIDOS       | INTESTINAL             |
| NIVEL DE ENERGIA      | NARIZ       | VEJIGA                 |
| HABILIDAD PARA DORMIR | GARGANTA    | EXTRENIMIENTO          |
| PULMONES              | CIRCULACION | DOLOR / DISCONFORMIDAD |

| CIRUGIAS/HOSPITALIZACIONES | ANO | RAZON |
|----------------------------|-----|-------|
|                            |     |       |
|                            |     |       |
|                            |     |       |

- |                                                             |    |    |
|-------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. EL ESTRES ES UN PROBLEMA GRANDE PARA EL PACIENTE?        | SI | NO |
| 2. EL PACIENTE SE SIENTE DEPRIMIDO/A?                       | SI | NO |
| 3. EL PACIENTE SE SIENTE PANICO CUANDO SE ESTRESA?          | SI | NO |
| 4. EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS CON EL APETITO O PARA COMER? | SI | NO |
| 5. EL PACIENTE LLORA FRECUENTEMENTE?                        | SI | NO |
| 6. EL PACIENTE A TRATADO DE HACERSE DANO?                   | SI | NO |
| 7. EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS PARA DORMIR?                 | SI | NO |
| 8. EL PACIENTE HA ESTADO CON ALGUN CONSEJERO?               | SI | NO |
| 9. EL PACIENTE A TENIDO UNA TRANSFUSION DE SANGRE?          | SI | NO |
| 10. TIENE ALERGIA ALGUN MEDICAMENTO O COMIDA?               | SI | NO |

SI INDICO SI, EXPLIQUE LAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

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

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

ALGUNA OTRA INFORMACION DEL PACIENTE QUE DEBEMOS SABER? \_\_\_\_\_

# POLIZAS DE ASEGURANZAS Y OFICINA

Esta información es para ayudarle a entender mejor nuestras pólizas.

- 1) La información del paciente necesita ser actualizada una vez al año o cada vez que cambie de domicilio o teléfono
- 2) **Consentimiento Para Tratar Al Paciente:** Yo doy consentimiento de que se le hagan los exámenes y tratamiento necesario a mi hijo(a), **reconozco que yo soy responsable de cualquier balance y cobro.**
- 3) Padres o guardianes legales son **responsable de todos los cobros** y el conocimiento de cuanto cubre su aseguranza y sus beneficios. **TODOS LOS PAGOS SERAN HECHOS al momento de la visita, como COPAGOS, BALANCES, DEDUCIBLES.**
- 4) **Autorización y Asignamiento De Aseguranza:** Yo permito que **MAMA MIA PEDIATRICS, LLC** proporcione información a mi aseguranza concerniente a cualquier condición médica y tratamiento. **Yo entiendo que soy responsable de cualquier balance que no sea cubierto por mi aseguranza.** No informar de cualquier cambio en su aseguranza se considera como fraude. Cualquier cobro no pagado por su aseguranza será responsabilidad de los padres o guardianes del paciente. En caso de pacientes de Medicaid tenemos la opción de reportar el incidente al estado.
- 5) Yo soy responsable de liquidar todos los balances que no sean cubiertos bajo mi aseguranza. **En el caso que mi cuenta sea transferida a una agencia de colección por falta de pago. Yo seré responsable de todos los cargos que esto genere.**
- 6) Yo acepto recibir cobros, estados de cuenta, y notificaciones electrónicamente por medio de mensaje o correo electrónico.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Número De Celular: \_\_\_\_\_

- 7) **Falta de Asistencia a Citas Sin Aviso:** Cualquier cancelación de cita tiene que hacerse con una anticipación de 24 horas. **Yo entiendo que después de mi cuarta vez de no asistir a una cita sin aviso, será dado de baja de Mama Mia Pediatrics y tendré que buscar un nuevo proveedor.**
- 8) **Records Médicos:** Se necesita una forma de autorización de records firmada será necesaria para recibir records médicos. **La cuota es \$5.00 de depósito y \$0.60 centavos por hoja.** Se necesita un periodo de **7 días avilés de proceso.**
- 9) **Abogados:** Mama Mia Pediatrics no tiene contratos con abogados, cualquier información medica o de contabilidad será entregados solo a los pacientes, padres o tutores con su apropiada cuota. Ningún record medico se facilitara a una oficina de abogado por medio de correo electrónico o correo.
- 10) **Formas de Incapacidad y Ausencia de Trabajo:** Hay una cuota de **\$50.00** una vez que las formas sean llenadas, tomara un periodo de 7 días hábiles para completar formas *(con la excepción de Culinaria)*
- 11) **Pacientes Sin Aseguranza:** **Paciente Nuevo \$100.00 – Paciente establecido \$85.00**  
Esta cuota incluye solo vacunas – Cualquier otro procedimiento tiene un costo extra.

Con mi firma declare que entiendo todo lo informado, entiendo y estoy de acuerdo con toda la información proporcionada.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre De Padres/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma De Padres/Tutor: \_\_\_\_\_ 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 comunique 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 inspeccionar 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

**2315 EAST CHEYENNE AVE. SUITE 100  
NORTH LAS VEGAS, NV 89030  
(TEL) 702-633-4000 (FAX) 702-633-4346**

**1250 SOUTH EASTERN AVE.  
LAS VEGAS, NV 89104  
(TEL) 702-383-4001 (FAX) 702-383-4004**

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

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# **Medicaid Policy**

I \_\_\_\_\_ testify  
(Parent or Guardian)

Patient \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

ONLY has insurance through Medicaid/Medicaid Plans. I understand I am FULLY responsible for ANY and ALL balances not covered due to any other additional insurance.

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## **Poliza Para Pacientes bajo Medicaid**

Por medio de este documento yo \_\_\_\_\_ testifico  
(Padres o Guardian Legal)

que El Paciente \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

solo tiene cobertura por parte de Medicaid / Planes De Medicaid, cualquier balance no cubierto por causa de otra aseguranza sera mi responsabilidad.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_