

CHILDRENS LUNG SPECIALISTS

3820 MEADOWS LN LV NV 89107

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____

Nino__Nina__ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Tel de Casa# _____ Cell# _____

Nombre de Mama' _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

Nombre de Papa' _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social _____

INFORMACION DE ASEGURANZA:

Nombre de Aseguranza _____

Numero de Identificacion _____ Numero de Grupo _____

Nombre bajo Aseguranza _____

Empleador _____ Ocupacion _____

ASEGURANZA SECUNDARIA:

Nombre de Aseguranza: _____

Numero de Identificacion _____ Numero De Grupo _____

Nombre bajo Aseguranza _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Nombre De Pediatra o Medico Primario: _____

Dr. Que Lo Refirio _____

Yo autorizo la entrega de informacion de mi hijo/a hacia mi aseguranza por cualquier necesidad. Yo asigno beneficios a ser pagados a Childrens Lung Specialists. Comprendo que soy responsable por cualquier tipo de cargo pos servicios medicos que involucren al paciente ya sea cubierto o no por la aseguranza. Estoy de acuerdo con que pagare cualquier cargo que sea llevado al departamento de colecciones en caso que se acumule el balance en mi cuenta.

Firma De Paciente o

Padre/Tutor _____ FECHA _____



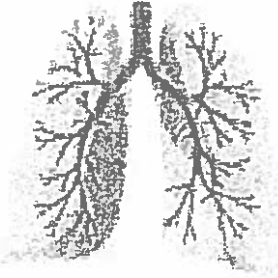
Cualquier tipo de balance en su cuenta tendra que ser pagado al momento de su servicio. Si hay alguna razon por la cual no pueda pagar su balance, haganos el favor de informarle a la recepcionista de la situacion, para poder hacerle otra cita a su conveniencia.

Gracias!

Iniciales de Padre o Tutor: _____

CHILDREN'S LUNG SPECIALISTS, LTD.

A Professional Medical Corporation



CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

Formas necesarias seran llenadas y firmadas por el paciente para poder cobrar cualquier cargo a su aseguranza. Es importante que se entienda que cualquier cargo es responsabilidad del paciente ya sea cubierto por la aseguranza o no. Es responsabilidad del cliente pagar por los servicios al momento que se le sean dados, al menos de que hubiera algun tipo de arreglo anticipado.

Children's Lung Specialists, Ltd., le preocupa la salud de los ninos enfermos. Si por alguna razon no puede asistir a su cita, porfavor tenga la cortesia de llamarnos para cancelar; ya que puede haber algun otro paciente enfermo que pudiera utilizar su espacio vacante.

Usted entiende que tendra un cargo de \$50.00 si no se cancela con 12 horas de anticipacion de la hora actual de su cita.

Si por alguna razon la aseguranza no se hace responsable por este dinero, usted sera responsable por el, al igual que por cualquier resultado que ocurra debido a esta situacion, ya sea que este caso fuera llevado al departamento al Colecciones mas un posible interes de dos porciento.

La siguiente firma autoriza la entrega de cualquier posible informacion medica para procesar esta informacion a la aseguranza y yo autorizo que mi aseguranza utilice de mis beneficios para pagarle a Children's Lung Specialists, Ltd.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Paciente o de Padre/Tutor (si es menor)

Fecha

Nuevo consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información de salud para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la Salud

Yo, _____, entiendo que como médico de mi hijo/hija, Children's Lung Specialists mantiene registros en papel/electrónicos describiendo historia médica de mi hijo/hija, síntomas, examen y los resultados de las pruebas, los diagnósticos, el tratamiento, y los planes para el cuidado futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Planificación de base para la atención y tratamiento de mi hijo/hija.
- Medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a cuidado de mi hijo/hija.
- Fuente de información para aplicar los diagnósticos de mi hijo.
- Un medio por el cual una tercera parte pagadora puede verificar que los servicios se facturan.
- Una herramienta para operaciones de rutina para el cuidado de la salud, tales como evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales de la salud.

Yo entiendo y se les ha proporcionado un Aviso/Folleto de las Políticas de Privacidad que ofrece una descripción más completa de la información y divulgación de la información. También tengo entendido que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a la notificación antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de oponerse al uso de mi información de salud para la guía de teléfonos.
- Y el derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser usado en el caso de conocer para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud.

Tengo entendido que Children's Lung Specialists no necesita estar de acuerdo a las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la organización ya ha tomado medidas al respecto. Tengo entendido también que al negarse a firmar este consentimiento o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratar a mi hijo/hija como permitido por la Sección 164.506 del Código de Reglamentos Federales.

Yo entiendo que Children's Lung Specialists se reserva el derecho de modificar su anuncio y prácticas antes de la aplicación, de conformidad con la Sección 164.520 del Código de Reglamentos Federales. Children's Lung Specialists debería cambiar su anuncio, se le enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado (o si estoy de acuerdo, correo electrónico).

Usted tiene las siguientes restricciones al uso o divulgación de mi información de salud:

Entiendo que, como parte de esta organización de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, es posible que sea necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a la revelación de estos permite utilizar, entre ellos, la divulgación vía fax.

Entiendo plenamente y aceptar los términos de este acuerdo.

Nombre del niño

Fecha de nacimiento

Firma de Paciente o de Padre/Tutor (si es menor)

Fecha

CLS seguros política de facturación

Somos proveedores de planes de la mayoría de las aseguranzas. Sin embargo, si usted desea que su compañía de seguros para oficina cobre, es nuestra política de la oficina para que pueda proporcionar el número de seguro social y fecha de nacimiento. Si usted no desea proporcionar esta información, usted tiene la opción de mandar su factura a su compañía de seguro. Le proporcionaremos una copia de los cargos totales con lo que puede hacerlo. Sin embargo, si usted elige no proporcionar la información requerida y decide biliar a la compañía de seguro para obtener un reembolso, no habra descuento no enviará una reclamación a su compañía de seguros en ningun momento. Se espera que usted pague el total en el momento del servicio.

Padre / Guardián or Paciente Iniciales: _____

Fecha: _____



A Professional Medical Corporation

Nuestro espirometrías (PFT's) se facturan el día después de su visita a causa de la interpretación que se realiza al día siguiente por el Dr. Nakamura. Su compañía de seguros puede dejar un co-pago por estos servicios. No determinamos sus beneficios con su compañía de seguros. Si tienes una pregunta luego de su visita por el co-pago por estos servicios, por favor, no entren en contacto con nuestra oficina preguntando por qué. Usted debe contactar a su compañía de seguros.

Gracias!

Fecha: _____

Iniciales: _____

ESPECIALISTAS EN LA INFANCIA DEL PULMÓN CUESTIONARIO PARA PACIENTES NUEVOS

Por favor, llene este cuestionario lo mejor que pueda. Esto nos ayudará a tratar a su hijo de la mejor manera posible.

Nombre del paciente (Name): _____

Fecha de nacimiento (birthdate): _____

La fecha de hoy (today's date): _____

médico de atención primaria del paciente:
(Primary care physician) _____

Cualquier médico subespecialista: _____

(Any subspecialty physicians) _____

¿Cuál es la razón por la cual el paciente fue referido a nosotros?

(Reason seeing us today)

VACUNAS (immunizations)

Vacunas al corriente? (up to date?): SI NO

Si no estan al corriente, que vacunas le hacen falta y por qué? (if not, which did they not get and why?)

¿Ha recibido la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? SI NO
(did they receive flu shot in past 12 months?)

Alguna reacción alérgica en el pasado con la vacuna de la gripe? SI NO
(any past allergic reaction to the flu shot?)

ALERGIAS A LOS ALIMENTOS (food allergies)

¿El paciente tiene alguna alergia alimentaria (a la comida)? SI NO
(Any food allergies?)

En caso afirmativo, a qué? y cuál es su reacción? (Ejemplo: cacahuetes - ronchas)
(If yes, to what and what is their reaction?)

TEMPORADA / ALERGIA A LOS ANIMALES (seasonal/pet allergies)

¿Tiene el paciente algún tipo de alergia estacional o hacia las mascotas? SI NO
(Does the patient have any seasonal or pet allergies?)

En caso afirmativo, en qué? O a que? y cuál es su reacción? (Ejemplo: gatos - goteo nasal y picazón en los ojos) (If yes, to what and what is their reaction?)

¿Alguna vez le hicieron exámenes de alergia (piel o de sangre)? SI NO
(Did they ever have allergy testing?)

CIRUGÍAS (surgeries)

El paciente ha tenido alguna cirugía? (any surgeries?) SI NO

En caso afirmativo, cuándo y por qué razones: (if yes, when and why?)

FECHA (date)	MOTIVO DE LA CIRUGÍA (reason)

HISTORIA DE LA FAMILIA (family history)

¿Hay alguien en la familia biológica del paciente incluyendo (hasta 2 generaciones atras en abuelos) que padezcan / o hayan padecido de:		En caso afirmativo, ¿cuál es su relación con el paciente? (Ejemplo: la tía materna, el abuelo paterno) Nota: la madre de la madre =, = padre Paternal
Asma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
nariz Alergia nasal, fiebre del heno, alergias o de temporada (allergic rhinitis, seasonal allergies)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Eczema	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
La fibrosis quística (CF)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
problema del sistema inmunológico (es decir, neumonías recurrentes, infecciones recurrentes de la piel, el HIV) (immunodeficiency, recurrent infections, HIV)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Enfermedad de células falciformes (sickle cell)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
De muerte súbita del lactante inesperada (sudden unexpected infant death)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Infancia muertes (Childhood deaths)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	

HISTORIA SOCIAL (social history)

1.) ¿Quién vive con el paciente ? (Ejemplo: mamá, papá, hermano, etc) (lives with who?)

2.) ¿Hay animales dentro / fuera de la casa? (any pets?) NO SI

En caso afirmativo, ¿qué? (if yes, what?) _____

3.) ¿Alguien fuma dentro / fuera de la casa? (smokers?) NO SI

En caso afirmativo, ¿quién? (who?) _____

4.) El paciente ha viajado fuera de Nevada en los últimos 6 meses? (travel last 6mo?) NO SI

En caso afirmativo, ¿dónde? (where?) _____

5.) *Si en edad escolar, ¿que grado cursa el paciente?* (what school grade?) _____

¿Van bien en la escuela? (doing well in school?) NO SI

4.) *Si demasiado pequeño para ir a la escuela, asiste a la guardería o niñera?* NO SI
(daycare or babysitter?)

5.) ¿Cuál es la ocupación de los padres del paciente? (parent job) _____

6.) ¿Practica deportes el paciente? En caso afirmativo, ¿qué tipo de deportes? _____
(play sports?)