

**Southern Nevada Family Medicine**  
**Southern Nevada Occupation Health Center**

Board Certified in Family Medicine

Amir Nicknam, MD., MPH

Chief Medical Officer



INFORMACION DE PACIENTE

Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: Hombre Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Unidad / Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Celular: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ # Trabajo: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ Raza: Blanco Latino Afro-Americano Otro

Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Otro

Email: (Para recordatorios de cita, acceso a sus records) \_\_\_\_\_

Nombre del conyuge: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del conyuge: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono del contacto: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Como se entero de nosotros? Amigo Familiar Aseguranza Internet Otro

INFORMACION DE TRABAJO

Trabaja? Si No Si? Nombre de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Su esposo(a) trabaja? Si No Si? Nombre de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

INFORMACION DE ASEGURANZA

Aseguranza Primaria

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ # de miembro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Usted es el primario? Si No

No? Relacion con el asegurador? Conyuge Hijo(a) Guardian Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Aseguranza Secundaria

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ # de miembro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Usted es el primario? Si No

No? Relacion con el asegurador? Conyuge Hijo(a) Guardian Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurador: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Southern Nevada Family Medicine**  
**Southern Nevada Occupational Health Center**  
Board Certified in Family Medicine

Amir Nicknam, MD., MPH  
Chief Medical Officer



AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS/INFORMACION DE PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para liberar mis registros/informacion a:

\_\_\_ Southern Nevada Family Medicine  
1712 Wellness Way Las Vegas, NV 89106  
Phone: 702.733.6622 Fax: 702.852.0580

\_\_\_ Southern Nevada Occupational Health Center  
4060 N Martin Luther King Blvd Ste 101A N Las Vegas, NV 89032  
Phone: 702.380.1712 Fax: 877.361.1165

Yo autoriza liberar registros en relacion a drogas, alcohol, mental, resultados de STD, HIV/AIDS, así sean negatves or positivos:

Si \_\_\_ No \_\_\_

Yo autorizo a SNFM / SNOHC a reveler 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 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 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 leído 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

Chief Medical Officer



POLITICA FINANCIERA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

SNFM/SNOHC agradece la oportunidad de participar en su atención médica. Los servicios que usted puede recibir del Dr. Nicknam han sido elegidos para diagnosticar correctamente y mantener su condición de salud. Reconocemos la necesidad de su comprensión entre paciente y médico para la atención médica.

POR FAVOR LEA E INICIALES TODAS LAS DECLARACIONES SIGUIENTES:

\_\_\_ Todos los copagos se deben el día de la cita, estos pagos se colectan antes de la visita.

\_\_\_ SNFM/SNOHC mandará su reclamo a su aseguradora primaria. Al recibir el pago, SNFM/SNOHC mandará el bill a su segunda y/o tercera aseguradora (si aplica) por cualquier balance basado a la explicación de los beneficios recibidos en la primera y/o segunda compañía de aseguradora.

\_\_\_ Mi aseguradora puede no cubrir todos los servicios determinados por el Dr. Nicknam médicamente necesarios. Consultare a mi póliza de aseguradora para clarificación adicional de cobertura y beneficios. Cargos por servicios no cubiertos son mi responsabilidad.

\_\_\_ SNFM/SNOHC intentará de apelar lo que aseguradora no pague. En el evento de apelación denegada y después de que todas las medidas en un intento de anular un recurso de apelación, entonces debo presentar una apelación a la decisión con mi compañía de seguros.

\_\_\_ Si mi aseguradora no paga dentro de 60 días, SNFM/SNOHC tiene el derecho de mandarme una factura directamente y recomendar que contacte a mi aseguradora(s) para obtener el estatus de pago. Cualquier cuenta no pagada se mandará a una compañía de colección y serán sujetas a los costos asociadas del proceso de colección.

\_\_\_ 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-aseguradora o deductibles determinados por mi aseguradora. Si mi aseguradora no provee los beneficios completamente, estoy de acuerdo en pagar el saldo restante.

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

\_\_\_ Si mi dirección/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 aseguradora.

*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

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, NO CHECKS.
- 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 \$25 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 confirmer su cita por medio de email, telefono o texto.
- Si deja un mensaje, le regresaremos su llamada dentro de 24 horas abiles.
- 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

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> Si No	<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 días Semanalmente Mensualmente Ocasionalmente?

Cuantas bebidas alcoholicas toma? \_\_\_\_\_

\*\*Hace drogas? Si No Que drogas usa? \_\_\_\_\_