

Shanker Dixit MD PC
2440 Professional Court Ste 150 Las Vegas, NV 89128
4275 Burnham Avenue Ste 230 Las Vegas, NV 89118
Ph: 702-405-3015 Fax:702-405-3017

Fecha _____

Nombre del paciente _____ S.S.# _____

Fecha de nacimiento _____ Apellido _____ Nombre _____ Edad _____ Sexo: M ___ F ___ Estado Civil: S ___ M ___ W ___ D ___

Dirección _____ (____) _____
Calle _____ Apt# _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Numero de teléfono _____

Ocupación _____ Empleador _____ Tel de empleador (____) _____

¿Cómo fue referido usted a nuestra oficina? Anuncio ___ Páginas amarillas ___ Relativo/Amigo ___ Otro ___

¿Referido por Dr.? _____

Compañía de seguros primaria _____ # de co. de seguros _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Género: M ___ F ___
Apellido _____ Nombre _____

Dirección de co. de seguros _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SS# or ID# _____ # de grupo _____ nombre de plan de seguro _____

Empleador _____ Relación de pacientes a asegurado Ud. ___ Esposo ___ Hijo ___ Otro ___

Compañía de seguros secundaria _____ # de co. de seguros _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento _____ Género: M ___ F ___
Apellido _____ Nombre _____

Dirección de co. de seguros _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SS# or ID# _____ # de grupo _____ nombre de plan de seguro _____

Empleador _____ Relación de pacientes a asegurado: Ud. ___ Esposo ___ Hijo ___ Otro ___

El partido responsable alternativo (de otra manera que usted mismo)

Nombre: _____ Tel. No. _____

Dirección: _____

Nombre: _____ Tel. No. _____

Dirección: _____

Firma _____
Paciente / Padres/ Guardián

Fecha: _____

Patient History

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Estado Civil: _____ Ocupación _____

Liste cualquier alergias de medicina: _____

El tipo de reacción a la medicina: _____

Liste por favor medicinas actuales abajo:

Medicina	Dosis	Frecuencia	Razone tomado

Liste por favor cualquier corriente o enfermedades médicos pasadas por cual usted ha sido tratado:

Liste por favor cualquier cirugía o cualquier internaciones:

Historia Familiar: rodee por favor cualquiera que aplica

Hipertensión	Diabetes	Cancer
Enfermedad Cardíaca	Desorden de tiroides	Artritis
Colesterol Alto	Asma	Ulceras
Golpe	Tomas	Enfermedad mental

Historia social

Fuma o utiliza productos tabaco?	SI	NO	Los paquetes por día? _____	Los años? _____
Bebe alcohol?	SI	NO	Cuanto? _____	_____
Utiliza las drogas recreativas?	SI	NO	Cual Unos? _____	_____
Ejercita?	SI	NO	Con que frecuencia? _____	_____

Las Inmunizaciones: (Año)

Tetano: _____	Viruela de pollo: _____	Sarampion/Paperas/ Rubeola _____
Gripe: _____	Pulmonia _____	La hepatitis B _____
La hepatitis UN: _____		

La Salud Impeditiva: (Mes/ Año)

Ultimo mamograma: _____	Ultimo citologia: _____
Ultimo rectal: _____	Ultimo Colesterol: _____
Ultimo colonoscopia: _____	Ultimo enfatice prueba: _____
Ultimo examen de prostata: _____	Ultimo radiografia toracica: _____

¿Fue referido a esta práctica por alguien? _____

Shanker Dixit, M.D. PC
2440 Professional Ct. Ste. 150
Las Vegas, Nevada 89128
Ph:702-405-3015 Fax:702-405-3017

Este aviso explica como la información médica relacionada con usted puede ser utilizada y revelada, y como puede usted acceder a esa información. ¡Lea lo con cuidado, por favor!

Las leyes federales para la confidencialidad permiten al consultorio/hospital de utilizar y divulgar información médica del paciente por razones de tratamiento, pago, y operaciones de asistencia médica. La información médica protegida es la información que generamos y que obtenemos cuando le brindamos servicios a usted. Esta información puede incluir la documentación de sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnosis, tratamiento, y la aplicación de tratamiento en el futuro. También incluye la documentación de contabilidad relacionada con esos servicios.

Ejemplos de los usos de su información médica para fines de tratamiento son:

- Una enfermera obtiene información del tratamiento de usted y lo anota en un archivo médico.
 - Durante su tratamiento, el médico decide que necesitará consultar con otro especialista en el área. Compartirá la información con tal especialista y obtener su opinión.

Ejemplos de los usos de su información médica para fines de contabilidad:

Nosotros presentamos pedidos de pago a su compañía de seguro médico. La compañía de seguro médico (u otra empresa que nos ayuda a obtener pagos) nos pide información sobre la asistencia médica que hemos ofrecido. Les prestaremos información acerca de usted y la asistencia ofrecida.

Ejemplos de los usos de su información médica para operaciones de asistencia médica:

Obtenemos servicios de nuestros aseguradores y otros socios comerciales como: la valoración de la calidad, el mejoramiento de la calidad, la valoración de resultados, el desarrollo de normas clínicas y de protocolo, programas de entrenamiento, el licenciamiento, control médico, servicios legales, y seguros. Compartiremos información sobre usted con tales compañías de seguro y otros socios comerciales según se necesite para obtener esos servicios.

Sus derechos sobre su información médica

Los archivos medicos y de contabilidad que mantenemos son propiedad física del consultorio/hospital. Sin embargo, la información que contienen pertenece al paciente. Usted tiene derecho a:

- Pedir una restricción sobre ciertos usos y revelaciones de su información médica mediante la entrega de una petición a nuestro consultorio/hospital—no estamos obligados a conformar con la petición, pero cumpliremos con cualquiera petición concedida;
- Obtener una copia del Aviso de normas de confidencialidad para información médica protegida, pidiéndolo en nuestro consultorio/hospital;
- Pedir que le dejen a usted inspeccionar y copiar su archivo médico y de contabilidad. Usted puede hacer esto con la entrega de una petición a nuestro consultorio/ hospital;
- Pedir un rechazo al acceso de su información médica protegida, salvo en ciertas circunstancias;
- Pedir que su archivo médico sea rectificado para corregir información incompleta o incorrecta, con la entrega de una petición a nuestro consultorio/ hospital. Podemos rechazar su petición si nos pide información que:
 - No fue generada por nosotros, a menos que la persona o entidad que generó la información no esté disponible para la rectificación;
 - No hace parte de la información médica guardada por nuestro consultorio/hospital;
 - No hace parte de la información que se le permitiría a usted examinar y copiar; o,
 - Está correcto y completo.

Si su petición es rechazada, se le informará de la razón del rechazo y usted tendrá la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que haría parte de su archivo;

- Pedir que la comunicación de su información médica se haga de manera alternativa o en un lugar alternativo mediante la entrega por escrito de una petición a nuestro consultorio/hospital;
- Obtener un informe sobre las revelaciones de su información médica cuyo mantenimiento es requerido bajo la ley, mediante una petición a nuestro consultorio/ hospital. Tal informe no incluirá usos o revelaciones para tratamiento, pago, o operaciones; revelaciones o usos dirigidos a usted o hechos a su petición; revelaciones o usos engendrados por una autorización firmada por usted; usos o revelaciones hechos en un directorio de instalación o a familiares o amigos vinculados a la participación de esa persona en la asistencia de usted o para el pago de tal asistencia; o, usos o revelaciones para avisar a la familia o a otros responsables por su cuidado de su situación, condición, o muerte.
- Revocar autorizaciones que usted hizo anteriormente para utilizar o compartir información con una revocación escrita a nuestro consultorio/ hospital, excepto si la información o acción ha sido ya tomada.

Si usted quiere ejercer cualquier de esos derechos, haga el favor de contactar Neurology Center of Las Vegas 2440 Professional Ct. # 150 Las Vegas, Nv 89128, personalmente o por escrito, durante horas normales de trabajo. El/Ella le informará de los pasos necesarios para ejercer sus derechos.

Nuestras obligaciones

El consultorio/ hospital está obligado a:

- Asegurar la confidencialidad de su información médica según requerido por la ley;
- Presentarle a usted un aviso de nuestros deberes y normas de confidencialidad con respeto a la información que acumulamos y mantenemos sobre usted;
- Cumplir con los términos de este aviso;
- Avisarle a usted si no podemos acudir a una petición suya; y,
- Acceder a sus peticiones razonables relacionados a la comunicación con usted de información médica.

Conservamos el derecho de rectificar, cambiar, o eliminar disposiciones en nuestras normas de confidencialidad y de acceso, y de poner en vigor nuevas normas relacionadas a la información médica protegida que mantenemos. Si nuestras normas de información cambien, rectificaremos nuestro aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia rectificada del aviso con una llamada pidiendo una copia de nuestro "Aviso," o una visita a nuestra oficina.

Para pedir información o registrar un queja

Si usted tiene preguntas, quiere información adicional, o quiere señalar un problema con el manejo de su información, puede contactar a **Neurology Center of Las Vegas**.

Además, si usted cree que sus derechos de confidencialidad han sido violados, puede registrar una queja escrita entregándola a **Neurology Center of Las Vegas**. Usted también puede registrar una queja por correo normal o electrónico al Ministro de Salud y Servicios Humanos, cuya dirección es: Office for Civil Rights - U.S. Department of Health and Human Services - 200 Independence Avenue S.W. - Room 509F, HHH Building - Washington, D.C. 20201.

- No podemos, ni queremos pedirle a usted que renuncie su derecho de registrar una queja al Ministro de Salud y Servicios Humanos (HHS) como condición de recibir asistencia de nuestro consultorio/hospital.
- No podemos, ni queremos, tomar represalias contra usted por haber registrado una queja con el Ministro de Salud y Servicios Humanos.

Otras revelaciones y usos

Directorio

- [Only for hospitals.] A menos que usted nos avise que está opuesto, utilizaremos y divulgaremos su nombre, ubicación, condición general, y religión en el directorio de nuestro hospital. Esta información puede presentarse a miembros del clero y, salvo en cuestiones de religión, a otras personas que preguntan sobre usted por nombre.

Comunicación con familiares

- Utilizando nuestro mejor juicio, si usted no se opone o en caso de urgencia, podemos divulgar información médica relacionada a la participación a su asistencia o al pago para tal asistencia a: familiares, amigos personales, o a cualquier otra persona que usted nombre.

Notificación

- A menos que usted se oponga, podemos divulgar su información médica para informar, o ayudar a informar, a un familiar, representante personal, u otra persona responsable por su cuidado, de su ubicación y estado general, o de su muerte.

Investigación

- Podemos revelar información a investigadores médicos siempre y cuando la investigación ha sido aprobada por un comité institucional de control que haya analizado la propuesta de investigación y plantado protocolos para asegurar la confidencialidad de su información médica protegida.

Ayuda catastrófica

- Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para ayudar en esfuerzos de ayuda catastrófica.

Entidades de adquisición de órganos

- De acuerdo con la ley relevante, podemos divulgar su información médica protegida a entidades de adquisición de órganos o a otros elementos empeñados en la adquisición, el almacenamiento, o transplante de órganos con motivo de la donación y transplante de tejido .

El ministerio de alimentación y medicamentos (Food and Drug Administration [FDA])

- Podemos revelar su información médica protegida al FDA cuando se relacione con eventos nefastos con respecto a la alimentación, suplementos, productos y sus defectos, vigilancia “post-marketing” para facilitar revocaciones, reparaciones, o repuestos.

Compensación laboral (Workers Compensation)

- Si usted está buscando compensación a través de *Workers Compensation*, podemos divulgar su información médica protegida hasta el punto de cumplir con las leyes relacionadas a la Compensación laboral (*Workers Compensation*.)

Salud Pública

- Según permitido por la ley, podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades de salud pública o legales encargadas de la prevención o control de la enfermedad, las lesiones, la incapacidad; para señalar reacciones a medicamentos o problemas con productos; avisar a una persona que posiblemente ha sido expuesto a una enfermedad o quien está bajo riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición.

Maltrato y negligencia

- Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades públicas según permitido por la ley para señalar maltrato o negligencia.

Empresario

- Podemos comunicar su información médica a su empresario si le ofrecemos servicios de salud a usted por parte de su empresario, y si los servicios de salud se ofrecen para una evaluación relacionada con la vigilancia médica del lugar de trabajo, o para evaluar si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. En esas circunstancias, le daremos a usted un aviso por escrito de tal comunicación de información a su empresario. Cualquier otra revelación a su empresario se hará solamente si usted produce una autorización específica para la comunicación de esa información a su empresario.

Instituciones de Corrección (prisiones, etc.)

- Si usted es preso en una institución de corrección, podemos comunicar su información médica protegida a la institución o a sus agentes si se considera necesario para la salud de usted o de otras personas.

Ejecución de la ley

- Podemos divulgar su información médica protegida, por motivos de la ejecución de la ley según requerido por la ley, por ejemplo cuando es mandado por orden judicial, o en casos de proceso de delito mayor, hasta el punto de que un individuo está detenido por ejecución de la ley.

Supervisión de salud

- Las leyes federales nos permiten comunicar su información médica protegida al las agencias de supervisión apropiados por motivos de actividades de supervisión de la salud.

Actas judiciales/civiles

- Podemos divulgar su información médica protegida durante la evolución cualquier acta judicial o civil según permitido o requerido por la ley, con la autorización de usted, o según pedido por un mandato judicial apropiado .

Amenaza grave

- Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad, podemos divulgar su información médica protegida, de acuerdo con la ley aplicable para prevenir o minimizar amenazas inmediatas a la salud o seguridad de una persona o del público.

Para funciones gubernamentales especializadas

- Podemos divulgar su información médica protegida para funciones gubernamentales como para personal de las Fuerzas Armadas, por razones de seguridad nacional, o para personal de programas de asistencia pública, de acuerdo con la ley.

Jueces y médicos forenses, y directores funerarios

- Podemos divulgar su información médica protegida al los jueces y médicos forenses. Esto puede ser necesario para, por ejemplo, identificar a una persona fallecida o averiguar la causa de muerte. Además, podemos divulgar información de los pacientes a directores funerarios según se necesite para sus tareas.

Otros usos

- Otros usos y divulgaciones, aparte de las mencionadas en este Aviso, se harán únicamente según mandado por la ley con una autorización escrita de usted, y puede cancelar esa autorización según descrito más arriba en este Aviso bajo “Sus derechos sobre su información médica.”

Website

- Si mantenemos un sitio internet que provee información sobre nosotros, este Aviso estará incluido.

Office Financial Policy

Nombre: _____ Fecha: _____

El siguiente es nuestra oficina política financiera. Lea por favor y firme antes de tratamiento.

Seguro Primario: Como una conveniencia a nuestros pacientes nosotros facturaremos la mayoría de los portadores primarios de seguro para usted. Si una compañía de seguros no ha pagado dentro de 60 días de facturar pago es debido en lleno de usted. Todas las pagas, deductibles y responsabilidades pacientes son debidos en los servicios de tiempo son rendidos .

Seguro secundario: Nosotros nos someteremos reclamos al seguro secundarios en su beneficio. Si por alguna razón todavía puede haber un equilibrio después de que nosotros nos hayamos sometido su reclamo a su seguro secundario, nosotros solicitaremos para el pago.

Elegibilidad de seguro: Es su responsabilidad de comprender su acuerdo de seguro, la elegibilidad, las fechas de vigencia y lo a que le benefician tiene derecho. Es responsable de verificar el estatus de médicos con su compañía de seguros (como en-plan, la en-red, prefirió, fuera de red, etc) cheques preventivos de salud, los laboratorios y las inyecciones pueden o no pueden ser cubiertos bajo su política de seguro de enfermedad. Si es inseguro de sus beneficios de plan, llama su seguro antes de ver al médico últimamente es responsable de todos los honorarios para el servicio.

Referencias y Autorizaciones: Si su compañía de seguros requiere una referencia para cualquier servicio lo rindió es su responsabilidad de obtener cualquier formas de referencia, la referencia numerada y/o números de autorización antes de su visita. Por favor nota que algunos proveedores pueden ofrecer ayudarle en este proceso, pero esto no le alivia de la responsabilidad financiera debe ningún reclamo subsiguiente es negado por su seguro por falta de autorización previa. Si usted no obtuvo una referencia ni cualquier otra autorización necesaria de su compañía de seguros, puede ser pedido reprogramar su cita, ni será responsable pagar por la visita en lleno.

La Paga al contado: A menos que arreglos previos sean hechos, el pago íntegro es debido en aquel momento de servicio para pacientes al contado. Si desea ver el médico donde no beneficios serán pagados por su seguro, puede hacer así como un paciente al contado de la paga. Pregunte o provea para un horario de honorarios.

Citas perdidas: En la justicia a otros pacientes y el médico, nosotros requerimos por lo menos 24 horas advierten para cancelar las citas. Será cargado \$25.00 por citas perdida y despedido del dispensario después de tres ausentes consecutivos.

Los tipos de Pago: Aceptamos dinero efectivo, los cheques, las tarjetas de débito y la mayoría de las tarjetas de crédito. Los Cheques personales regresados del banco son susceptibles a un \$25.00 honorario del cheque del regreso además del honorario para servicios

Cuentas Debidas pasadas: Tras la recepción de una Explicación de Beneficios (EOB) de su seguro primario, nosotros le facturaremos para algún equilibrio restante como indicado por su seguro. Es responsable de pagar la cantidad en la cuenta en lleno dentro de 30 días, a menos que haya contactado nuestra oficina para hacer otros arreglos de pago. Las cuentas serán consideradas a delincente si dejó impagado por la fecha de vencimiento en la declaración. Todo tales cuentas morosas pueden ser asignadas a una agencia de colecciones a menos que arreglos previos hayan sido hechos por usted o por su compañía de seguros. En caso su cuenta es asignada a una agencia de colecciones, será responsable de toda la costo razonable de colecciones y/o tribunal hasta 50% del equilibrio sobresaliente en aquel momento la cuenta es considerada a delincente. Si la agencia de colección no puede resolverse un equilibrio sobresaliente, la cuenta puede ser entregada a un abogado para la acción legal.

LA TAREA DE BENEFICIOS,

Comprendo que yo no soy financieramente responsable de todas las cargas hechas a mi cuenta si ni una compañía de seguros participa en pago. Soy aún más responsable de todo el co-pago, el coaseguro suma, no cubrió suministros y servicios, y deductibles anual. Soy también responsable de honorarios de colección contraídos por Dr. Shanker Dixit MD PC los esfuerzos de Dr. Shanker Dixit para recibir pago de mis obligaciones financieras para servicios rendidos. El pago para estos servicios es esperado en los servicios de tiempo son rendidos. Si el Dr. Shanker Dixit MD PC son contratados a proveedores para su portador de seguro, nosotros somos requeridos por su compañía de seguros para reunir su porción financiera en los servicios de tiempo es rendida. Yo por la presente asigno todos beneficios médicos y/o quirúrgicos para incluir beneficios médicos mayores a que soy permitido, seguro privado, y cualquier otros planes de la salud al Dr. Shanker Dixit. Esta tarea se quedará vigente hasta revocó por mí por escrito. Una fotocopia de esta tarea es de ser considerada tan válido como una original. Comprendo que yo no soy financieramente responsable de todas las cargas donde ni pagado por dijo seguro. Yo por la presente autorizo dije que apoderado para soltar toda la información médica necesaria para asegurar el pago. He leído y he aceptado todas las provisiones del encima de política financiera. Comprendo que soy últimamente responsable de todos los honorarios profesionales contraídos para servicios profesionales preformados por el médico que asiste.

La firma del Partido Responsable _____ **Fecha** _____

Shanker Dixit MD PC
2440 Professional Court Ste 150 Las Vegas, NV 89128
4275 Burnham Avenue Ste 230 Las Vegas, NV 89118
Ph: 702-405-3015 Fax:702-405-3017

Our Office Policies:

1. Pacientes son solicitados para entrar cinco minutos antes de su cita asignada. Para nuevos pacientes que no se han registrado en línea, entren por favor 15 minutos antes que su tiempo designado para poder llenar nuestras formas de toma apropiadamente.
2. Requerimos una copia de su tarjeta de identificación y sus tarjetas de seguro.
3. Co-pays son debido en aquel momento de servicio. Aceptamos dinero en efectivo, la mayoría de las tarjetas de crédito, y cheques. Los cheques regresados serán cargados un \$25.00 honorario del regreso.
4. Requeriremos una 24 nota de hora para cancelaciones.
5. Si pierde su cita sin la cortesía de darnos una nota de 24 horas de cancelación, nosotros le cargaremos \$25 por ningún honorario de exposición.
6. Utilizamos una compañía alternativa para enviar pagos médicos por lo tanto todas las preguntas con respecto a facturar serán contestadas mejor por ellos. la información de contacto será encontrada en sus declaraciones.
7. Cargaremos un \$0.50 por honorario de página para cualquier copia que usted puede necesitar.
8. Cargaremos \$25 de honorario para formas de FMLA.
9. nuestras horas de oficina son 8am – 5pm.
10. Su prescripción rellena petición sería servida mejor dentro de 24 a 48 horas después de recibos
11. Trataremos de asegurar su autorización para los procedimientos que requerirá dentro de una semana sujeta a la respuesta de su compañía de seguros.

Nuestro personal servirá mejor sus necesidades en la mejor manera que pueden posiblemente. Creemos sumamente a extender respeto a todos. Preguntamos que extiende a ellos la misma cortesía mientras en nuestra facilidad. Nosotros no toleraremos a pacientes abusivos.

Paciente inicialan _____

El testigo iniciala _____

Authorization to Release Medical Information

Yo por la presente autorizo _____ para revelar el siguiente
la información con respecto al caso de _____

Nombre del paciente _____

Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
(____) _____ - _____	_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
Número de teléfono _____	Número del seguro social _____	Fecha de nacimiento _____	_____
Para el propósito de _____	_____	fecha de servicio _____	_____

Información para ser soltada

Información pertinente (Reporte Médico, Laboratorio, Radiografías, Pruebas)

La copia de historiales médicos completos

Otro: _____

Para recoger: _____
Persona a quién registros son de ser soltados

Correo: _____
Diriga para el envío

Esta autorización se quedará vigente hasta: _____

Autorizo aún más a Dr. Shanker Dixit soltar información médica, inclusive información relacionada al cuidado psiquiátrico, abuso de droga y alcohol y VIH/Sida información confidencial, adquirió en el curso de mi tratamiento necesario para procesar reclamos al seguro o información médica que es requerido para cualquier asistencia médica revisión relacionada de utilización o actividades de certeza de calidad. Una fotocopia de esta autorización es de ser considerada tan válido como la original, hasta revocó por mí por escrito.

Firmado: _____
Paciente o Representante

La fecha firmada

Relación al paciente _____

Note al Recipiente de Información

Esta información ha sido revelada a usted de registros cuya confidencialidad es protegida por la Ley Federal. A menos que los registros de su programa sean también sujetos a la Ley Federal, regulaciones Federales le prohíben de hacer más revelación de la información sin autorización escrito específica de la persona a quien pertenece, o es otro sabio permitido por tales regulaciones. Una autorización general para la liberación de médico u otra información no es suficiente para este fin.