



TAX ID #: 27-2302575

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS INFORMATION

Patient's Name: _____ **Date Of Birth:** _____

Patient's Address: _____ **Tel:** _____

City, State, Zip: _____

Circle all to be disclosed:

- History and Physical Exam
- Consultation Reports
- Progress Notes
- Radiology Reports
- Laboratory Reports
- Immunization Record
- Growth Charts
- Operative Reports
- Medication Records
- Discharge Repots
- Demographics
- All Medical Information

If Other, Please Specify:

➤ 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 (HIPPA) Privacy Standards.
- ❖ 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 on Mama Mia Pediatrics took in good faith before receiving the revocation.

➤ RECORDS RELEASED FROM:

Mailing Address: _____ City, State, Zip: _____

Tel: _____ Fax: _____

Signature

Relationship to Patient

Date

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: FEMENINA [] MASCULINO []

RAZA (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN) BLANCO / HISPANO / AFRO-AMERICANO
OTRO: _____

CORRERO ELECTRONICO: _____

FARMACIA DE PREFERENCIA: _____

DIRECCION DE FARMACIA O CALLES QUE CRUZAN:

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

NOMBRE DE LA MAMA: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MAMA: _____

NOMBRE DEL PAPA: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PAPA: _____

INFORMACION DE ASEGURANZA

(CON SU EMPLEADO)

NOMBRE DE SEGURO	
# DE POLIZA / S.S.#	
NOMBRE DEL RESPONSABLE	
FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCION CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	
TEL #	
RELACION AL PACIENTE	

**PACIENTES SIN
ASEGURANZA**

NUESTRAS VISITAS EMPIEZAN DE
\$105.00 A \$200.00

LE ESTAMOS DANDO UN DESCUENTO
LA CONSULTA ESTA A \$65.00
(LOS PRECIOS PUEDEN CAMBIAR)

LAS VACUNAS ESTAN INCLUIDAS

CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO
SERA CARGO ADICIONAL

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.

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.

FIRMA: _____

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 MÉDICA:

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____ TEL #: _____

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____ TEL #: _____

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____ TEL #: _____

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____ TEL #: _____

FIRMA: _____

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 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 pedimos 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: _____

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

CIRUGIAS / HOSPITALIZACIONES	ANO	RAZON

ENFERMEDADES: (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

SARAMPION	PAPERAS	RUBEOLA
VARICELA	FIEBRE REUMATICA	POLIMELITIS

OTROS PROBLEMAS (CIRCULE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

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

- | | | |
|---|----|----|
| 1. EL ESTRÉS ES UN PROBLEMA GRANDE PARA EL PACIENTE? | SI | NO |
| 2. EL PACIENTE SE SIENTE DEPRIMIDO/A? | SI | NO |
| 3. EL PACIENTE SE SIENTO 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, EXPIQUE LAS ALERGIAS:

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?

FIRMA: _____

FECHA: _____