

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| Nombre: | | Fecha de nacimiento: | | Fecha: | |
| ALERGIAS A MEDICAMENTOS | | | | | |
| ¿Tienes alguna alergia a medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si es así, ¿a qué? | | ¿Qué tipo de reacción tienes? | |
| ALERGIAS A LOS ALIMENTOS | | | | | |
| ¿Tienes alguna alergia alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si es así, ¿a qué? | | ¿Qué tipo de reacción tienes? | |
| ALERGIAS AMBIENTALES / LATEX | | | | | |
| ¿Tienes alguna alergia ambiental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si es así, ¿a qué? | | ¿Qué tipo de reacción tienes? | |
| HISTORIA MENSTRUAL | | | | | |
| Primer día del último período menstrual normal - Fecha | | | ¿El dolor menstrual o los calambres son un problema para usted? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Período de edad comenzó: | | | ¿Alguna vez has manchado o sangrado entre tus períodos? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Número de días entre períodos: | | | ¿El PMS es un problema para usted? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Duración de los períodos (¿cuántos días de sangrado)? | | | ¿Realizas exámenes de los senos? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Flujo menstrual: | | <input type="checkbox"/> Ligero | <input type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Pesado | |
| ¿Con qué frecuencia cambias tus compresas / tampones en tu día más pesado de menstruación? Cada _____ horas | | | | | |
| ¿Tus períodos afectan tu vida de manera negativa? | | | | | |
| Método de control de natalidad | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Condones | <input type="checkbox"/> Diafragma | <input type="checkbox"/> Implanon | <input type="checkbox"/> Nuva Ring | <input type="checkbox"/> Después de la menopausia | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Essure | <input type="checkbox"/> IUD | <input type="checkbox"/> Espuma, Gelatina, etc. | <input type="checkbox"/> Pareja del mismo sexo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Depo Provera | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> No es sexualmente activo | <input type="checkbox"/> Parche | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| ¿Estás interesado en un método anticonceptivo diferente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| HISTORIA OBSTETRICA | | | | | |
| | | Número | | Número | |
| Embarazos | | Abortos | | Abortos espontáneos | |
| Embarazos <37 semanas | | Nacimientos en vivo | | Niños vivos | |
| # # | Fecha de nacimiento | Peso | Macho femenino | Semanas de embarazo | Tipo de parto (vaginal, cesárea) |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| ¿Alguna complicación del embarazo? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión / Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Preeclampsia / Toxemia | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | | |
| ¿Alguna historia de depresión antes o después del embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿cómo se trató? | | | | | |
| HISTORIA SOCIAL | | | | | |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Asociado | | | Raza <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: | | |
| <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo | | | ¿Ocupación de esposo / pareja? | | |
| ¿Ocupación del paciente? | | | | | |
| ¿Hacer ejercicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, cuántas veces por semana: | | Número de niños que viven en casa | |
| ¿Bebes alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Cuánto por semana? | | ¿Cuántas bebidas al día? | |
| ¿El consumo de alcohol o drogas es un problema para usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| ¿Alguna vez usó tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, ¿de qué tipo? <input type="checkbox"/> Mascar tabaco <input type="checkbox"/> Fumar / Cigarrillos / Vapeo | | ¿Por cuántos años? | |
| ¿Cuánto por día? ¿Cuándo te detuviste? | | | | | |
| ¿Usó / usó alguna vez drogas recreativas o abusó de medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | En caso afirmativo, ¿de qué tipo? | | |
| ¿Alguna vez has Sido abusado sexualmente? | | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> No | Si ha sufrido abuso, ¿ha recibido asesoramiento? | |
| ¿Alguna vez has Sido maltratado físicamente? | | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguna vez has Sido abusado emocionalmente por alguien importante para ti? | | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Es esto algo que te gustaría discutir hoy? | |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No | | | | | |

HISTORIA DE SALUD CONFIDENCIAL

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|---------------|---------------------|
| Nombre: | | Edad yo | Fecha de nacimiento | Fecha | |
| Número de teléfono primario | | Dirección de correo electrónico | | | |
| Medico remitente / persona | | Proveedor de atención primaria | | | |
| Nombre de farmacia preferido | | Numero de teléfono de farmacia | | | |
| Describa cualquier problema o sintoma especial que la gustaría discutir | | | | | |
| SALUD PERVENTIVA | | | | | |
| | Fecha de la ultima | | Fecha de la ultima | | Fecha de la ultima |
| Papilla | | Análisis sanguíneo | | Densidad ósea | |
| Mamografía | | Colonoscopia | | | |
| Historia de Papanicolau anormal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | Aceptarías productos sanguíneos? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| MEDICAL HISTORY | | | | | |
| Verifique cualquier problema médico pasado o actual para usted o un pariente sanguíneo inmediato: usted mismo- X madre - padre M; F hermana; S Hermano - B Abuelos maternos; Abuelos paternos MGM o MGF - PGM o PGF | | | | | |
| | Tu | Familia | | Tu | Familia |
| Enfermedad autoinmune (Lupus, MS, etc.) | | | Enfermedad del corazón | | |
| Alzheimer | | | Hemorroides | | |
| Anemia | | | Hepatitis | | |
| Artritis | | | Alta presión sanguínea | | |
| Desorden sangrante | | | Síndrome del intestino irritable | | |
| Coágulos de sangre en las piernas | | | Enfermedad de riñón | | |
| Coágulos de sangre en los pulmones | | | Enfermedad pulmonar, asma | | |
| Trastornos de la sangre | | | Enfermedad mental, depresión | | |
| Cáncer de mama | | | Migraña | | |
| Cáncer - colon | | | Osteoporosis | | |
| Cáncer - ovario | | | Trastorno convulsivo | | |
| Cáncer - otro | | | Trastorno de la piel | | |
| Diabetes | | | Carrera | | |
| Abuso de drogas / alcohol | | | Trastorno de la tiroides | | |
| Infecciones frecuentes de la vejiga | | | Tuberculosis | | |
| Enfermedad de la vesícula biliar o cálculos biliares | | | Úlceras | | |
| Escuchando problemas | | | Orto | | |
| Cirugías | | | | | |
| Fecha | Cirugía | | Fecha | Cirugía | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Hospitalizaciones (no quirúrgicas) | | | | | |
| Fecha | Problema / Diagnostico | | Comentarios | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Medicación Actual | | | | | |
| Enumere cualquier medicamento que este tomando, para incluir píldoras anticonceptivas, Tylenol, Advil, Aspirina, otros medicamentos sin receta, vitaminas y hierbas | | | | | |
| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia de dosis | Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia de dosis |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Tomo Calcio? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | En cas afirmativo cantidad | | |
| Tomas vitamina D? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | En cas afirmativo cantidad | | |
| Toma una vitamina múltiple o vitamina prenatal? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | En cas afirmativo cantidad | | |



Cuestionario de historia familiar para síndromes comunes de cáncer hereditario

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Indique si hay antecedentes personales o familiares de alguno de los siguientes tipos de cáncer. En caso afirmativo, indique la relación familiar y la EDAD en el momento del diagnóstico en la columna apropiada. Considere a los padres, hijos de niños, hermanas, abuelos, tías, tíos y primos.

Ejemplo: Cáncer de colon Hermano 36 años Tía 44 años Abuelo 65 años

Cáncer de mama y ovario (HBOC)

Table with 7 columns: Y/N, Cancer Type, Relationship, Age, Side of Mother, Side of Father. Rows include Breast Cancer, Multiple Breast Cancers, Ovarian Cancer, Male Breast Cancer, and Ashkenazi Jewish ancestry.

CÁNCER DE COLON Y UTERINO (lincha)

Table with 7 columns: Y/N, Cancer Type, Relationship, Age, Side of Mother, Side of Father. Rows include Uterine Cancer, Colon Cancer, Small Intestine/Esophagus/Brain/COLON, and Polyps.

Table with 7 columns: Y/N, Cancer Type, Relationship, Age, Side of Mother, Side of Father. Rows include Prostate Cancer, Melanoma, Pancreatic Cancer, and Other Cancers.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

¿Alguna vez se ha hecho la prueba de un síndrome hereditario a ti o a un membr familiar? _____ Si es así, especifique: _____

FOR OFFICE USE ONLY. Patient offered hereditary cancer testing? YES ACCEPTED DECLINED NO. HEALTHCARE PROVIDER SIGNATURE: _____



(SOLO PARA MUJERES - POR FAVOR LLENA)

Cuestionario de riesgo de cáncer de mama de por vida

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Altura: **Pies** _____ **Pulgadas** _____

Peso: **Libras** _____

Origen étnico: _____

Edad en la primera menstruación (su primer período menstrual) _____

Edad al momento del parto del primer hijo (si corresponde) _____

Circulo uno: Premenopáusica Perimenopausia Posmenopáusica

Edad en la Menopausia (si corresponde): _____

Terapia de reemplazo hormonal (circule uno abajo)

- Actual
- Hace menos de 5 años
- Hace mas de 5 años
- Nunca

Si ha tomado Terapia de reemplazo hormonal (circule uno a continuación)

- Solo estrógeno
- Combinación (estrógeno/progesterona)

¿Cuántas hermanas tienes? _____

¿Cuántas tías (del lado del padre) tienes? _____

¿Cuántas tías (del lado del madre) tienes? _____



REGISTRO DE PACIENTES

PRO FAVOR, IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS

| | | | |
|---|--|---|---------------------|
| Nombre del paciente - Apellido - Primero - MI | | Dirección postal del paciente | |
| Ciudad - Código Postal | | Estatad | Teléfono de la casa |
| | | Teléfono celular | |
| Fecha de nacimiento | | Numero de Seguro Social | |
| Dirección de correo electrónico | | Estado civil | |
| Origen Étnico | Lengua | Cultura / Raza | |
| <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Not Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Se negó a informar | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Especificar: | <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro Insular del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro Raza <input type="checkbox"/> Se negó a informar | |
| Nombre del empleador | Dirección del empleador | Numero de teléfono del empleador | |
| INFORMACION ASEGURADA | | Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardian | |
| Nombre Asegurado - Apellido - Primero - MI | | Dirección (si es diferente del paciente) | |
| Teléfono de la casa | Teléfono de trabajo | Nacimiento | Empleador |
| INFORMACION DE SEGUROS | | | |
| Nombre del seguro primario | Dirección del empleador | Numero de teléfono | |
| Numero de grupo | Nombre del suscriptor | ID de suscriptor | |
| Nombre del seguro primario | Dirección del empleador | Numero de teléfono | |
| Numero de grupo | Nombre del suscriptor | ID de suscriptor | |
| En caso de contacto de emergencia | | Relación | Numero de teléfono |



Reconocimiento de posibles cargos de laboratorio/patología

Tenga en cuenta que si tiene una visita preventiva al consultorio o un procedimiento en la oficina (es decir, frotis de Papanicolaou, colposcopia, LEEP, biopsias, pruebas de Strep B, etc.) puede recibir una factura de una fuente externa, como un laboratorio patológico, Quest Diagnostic, Lap Corp o Renown Lab.

Nuestros cargos por servicios prestados no incluyen ningún costo o tarifa asociado con las pruebas de laboratorio/muestra.

Estos servicios pueden o no ser un beneficio cubierto por su seguro, incluso si el laboratorio está contratado. Es responsabilidad del paciente conocer sus beneficios de laboratorio e informar la práctica de cualquier preferido o en los laboratorios de la red.

He leído y entiendo la declaración anterior de que puedo recibir una factura de una empresa externa para los resultados de las pruebas de los procedimientos que recibo.

Firma del paciente: _____

Nombre impreso: _____

Fecha: _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA EPRESCRIBE

- **ePrescribe Programa**
ePrescribing es una manera para que los médicos envíen electrónicamente una prescripción precisa, libre de errores y comprensible del consultorio del médico a la farmacia. El Programa ePrescribe también incluye:
- **Transacciones de formularios y beneficios - Proporciona al proveedor de atención médica** información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- **Notificación de estado de llenado** - Permite que el proveedor de atención médica reciba un aviso electrónico de la farmacia diciéndoles si su receta ha sido recogida, no recogida, o parcialmente llena.
- **Transacciones del historial de medicamentos: proporciona al proveedor de atención médica** información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite que los proveedores de atención médica estén mejor informados posibles problemas con los medicamentos y utilizar esa información para mejorar la seguridad y la Calidad. Los datos del historial de medicamentos pueden indicar: cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones; interacciones de drogas y alergias; reacciones adversas a medicamentos; y la terapia duplicada.

La información de la historia de los medicamentos incluiría medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en Reno Tahoe Women's Health, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención médica y puede incluir información sensible que incluye, pero no limitado a, medicamentos relacionados con enfermedades de salud mental, enfermedades venéreas / enfermedades de transmisión sexual, aborto(s), violación/ agresión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y VIH/SIDA.

Como parte de este Formulario de Consentimiento, usted consiente específicamente la divulgación de esta y otra información de salud sensible.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor en Reno Tahoe Women's Health puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para fines de tratamiento. Usted puede decidir no firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para recibir atención médica, el pago de su atención médica o sus beneficios de atención médica.

Su decisión de dar o denegar el consentimiento puede no ser la base para la denegación de servicios de salud. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que revoque su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Reno Tahoe Women's Health para inscribirme en este Programa ePrescribe. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

NOMBRE DEL PACIENTE DE IMPRIMIR _____ DOB _____

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIANO _____

RELACIONES CON EL PACIENTE _____ FECHA DE HOY _____



CONSENT PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Nacimiento: _____

- **Cómo podemos usar y divulgar su información médica.**

Su información médica protegida será utilizada por Reno Tahoe Women's Health o divulgada a otras personas con el propósito de recibir tratamiento, obtener el pago o apoyar las operaciones diarias de atención médica de la práctica.

- **El aviso de prácticas de privacidad.**

Reno Tahoe Women's Health está obligado a proporcionarle un aviso que describa cómo se puede usar y divulgar información sobre usted. Además, debemos proporcionarle información sobre cómo puede obtener acceso a esta información. Estas políticas y prácticas se definen en el folleto "**Aviso de políticas y prácticas de privacidad**" que se le proporciona. Por favor, revíselo cuidadosamente.

- **Usted puede poner restricciones en el uso o divulgación de su información de salud.**

Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de nuestra información protegida. Sin embargo, Reno Tahoe Women's Health puede o no estar de acuerdo con su solicitud para restringir el uso o activar esta solicitud. Consulte con un representante de práctica o con el Oficial de Privacidad si desea información o aclaración adicional.

Es una violación de las normas federales de privacidad si Reno Tahoe Women's Health **acepta** y no cumple con su solicitud. Las restricciones solicitadas no afectarán el uso y la divulgación de su información antes de la fecha de su solicitud. Si todavía tiene preguntas después de revisar el Aviso de Privacidad, consulte con un representante de práctica o el Oficial de Privacidad en la ubicación e información de contacto que aparece en la parte posterior del folleto.

- **Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento.**

Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento; sin embargo, Reno Tahoe Women's Health requiere que usted debe revocar este consentimiento por escrito. Si decide revocar este consentimiento, la revocación no afectará el uso y la divulgación antes de la fecha de su solicitud.

- **Cambios en las prácticas de privacidad.**

Reno Tahoe Women's Health se reserva el derecho de cambiar o modificar los esquemas de prácticas de privacidad en el folleto de **Aviso de Privacidad**. Reno Tahoe Women's Health le notificará cualquier cambio en las prácticas de privacidad, ya sea por correo, en su próxima cita u otro método pre-aprobado que usted solicite.

He revisado este formulario de consentimiento, he recibido el folleto titulado "**Aviso de políticas y prácticas de privacidad**" y doy mi permiso a Reno Tahoe Women's Health para usar y divulgar mi información médica de acuerdo con este consentimiento y el aviso proporcionado.

Entiendo que se me dio la opción de recibir una copia de las Prácticas de Privacidad y he renunciado a esa opción. Esto se publica en el área de espera de práctica y se puede encontrar en el sitio web.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

El nombre del tutor es el paciente es menor de edad: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del guardián: _____ Fecha: _____



POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir la Salud Reno Tahoe de las mujeres a participar en su atención médica. Para proporcionarle una comprensión completa de sus obligaciones financieras, un aspecto importante de su atención médica, hemos desarrollado las siguientes políticas:

Todos los pacientes son financieramente responsables de los servicios prestados.

- Nuestra oficina requiere que se proporcione una copia de su tarjeta de seguro y el carnet de identidad vigente en cada visita.
- Es responsabilidad del paciente para conocer sus términos pólizas de seguro, condiciones y limitaciones.
- Como requisito tanto de nuestra oficina y su compañía de seguros, co-pagos son debidos en el momento del servicio.
- Se requiere el pago de co-seguro o cualquier cargo no cubierto por su plan en el momento del servicio. Se espera que los beneficiarios de Medicare para actualizar el Archivo Nacional con los cambios llamando al 1-800-MEDICARE.
- Se requiere el pago en su totalidad en el momento del servicio de pacientes sin seguro a menos que se han hecho arreglos de antemano.
- Si no se han hecho arreglos anteriores, cualquier saldo de la cuenta de más de 90 días será entregado a una agencia de colección.
- Existe un cargo de \$ 25 será cargado a usted por cheques devueltos, además de los cargos bancarios generados.

Equipo

- Una tarifa de \$ 35 que serán evaluados por citas canceladas sin previo aviso de 24 horas.
- Los pacientes que acumulan un total de tres “no shows” en un año calendario se pueden terminar de la práctica.
- Si son más de 15 minutos tarde, se volverá a programar su cita.

Referencias / Autorizaciones

- Es responsabilidad del paciente para asegurar que cualquier remisión o autorizaciones para el tratamiento se proporcionan a la oficina antes de su cita. Si no se obtiene la autorización o la referencia antes de su visita, que se espera que pagar por todos los cargos en el momento de su visita.

Agencia de cobros

- En el caso de que su cuenta vencida se hace referencia a una agencia de cobro, se le cobrará una tarifa de recolección de 35%. También entiendo que si esta cuenta se asigna a una agencia de colección, además de los honorarios de colección evaluó que podía ser considerado responsable de los gastos adicionales tales como intereses y gastos legales en un intento de cobrar esta deuda.

Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico / paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Las preguntas sobre nuestra política financiera deben ser dirigidas al personal de recepción. He leído y entendido la Política Financiera y comprometerse a cumplir y aceptar responsabilidad por los servicios prestados por la Salud de la Mujer Reno Tahoe.

Fecha

Firma de la persona responsable financieramente

Nombre impreso



HIPAA y divulgación de información

Nombre del paciente: _____

Es la política de Reno Tahoe Women's Health hacer llamadas telefónicas de confirmación a los pacientes dos días antes de su cita. Debido a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), es necesario que obtengamos su autorización en ciertos artículos. Por favor, vea a continuación y marque en consecuencia.

Además, si no estoy disponible, autorizo al personal de Reno Tahoe Women's Health a hablar y divulgar información a la(s) persona(s) con respecto a:

| Nombre | Relacion | Telefono | Cita | Médico/Resultados | Contabilidad / Facturacion |
|--------|----------|----------|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Autorizo al personal de Reno Tahoe Women's Health a llamar a mi número de trabajo, si de lo contrario no estoy disponible. Si No

Autorizo al personal de Reno Tahoe Women's Health a dejar un mensaje en mi correo de voz en mi número de trabajo. Si No

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____



RESPONSABILIDAD DE MEDICAID DE LOS PACIENTES DEL ESTADO DE NEVADA

Reno Tahoe Women's Health acepta miembros de Medicaid del Estado de Nevada. También aceptamos planes HMO que se contratan con el estado de Nevada para los miembros de Medicaid.

Como miembro, debe presentar al personal de Reno Tahoe Women's Health una prueba de cobertura de Medicaid cada vez que visite la oficina. La elegibilidad de Medicaid será verificada antes de cada visita de la oficina.

Si Medicaid demuestra que usted tiene otro seguro, la reclamación por servicios prestados será rechazada, es su responsabilidad de corregirlo. Medicaid puede auditar un reclamo en un momento posterior, si eso sucede y otro seguro estaba en el archivo que solicitará un reembolso de la oficina, si eso sucede los servicios en ese momento se convertirá en su responsabilidad.

En caso de que usted no sea elegible durante el mes de su cita, usted será responsable de los servicios prestados, si usted no puede proporcionar el pago de esos servicios, su cita será Cancelado. Si está embarazada y no es elegible, será responsable de los servicios prestados,

Si no puede proporcionar el pago de su atención con Reno Tahoe Women's Health será cancelado Inmediatamente. Cualquier atención adicional con su embarazo tendrá que ser a través de otro médico y Reno Tahoe Women's Health ya no es responsable de su atención.

TENGA EN CUENTA: ES SU RESPONSABILIDAD MANTENER SU COBERTURA DE MEDICAID ACTUALIZADA.

En caso de que su Medicaid sea reinstalado, su atención, con la aprobación del Dr. Veeraswamy y la prueba de elegibilidad puede continuar.

PUNTOS: Si no puede hacer ninguna cita programada, tendrá que llamarnos y dejar nosotros sabemos. Si tiene más de 2 citas perdidas, será dado de alta de Reno Tahoe Women's Health.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **Fecha:** _____



AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

| | |
|--|--|
| | Initial here if requesting information from RENO TAHOE WOMEN'S HEALTH Note: There will be a charge of \$.35 per page (first 10 pages at no cost) if source document is paper for releases of PHI for all reasons other than continued patient care. |
| | Initial here if requesting access to review original medical records. |

| | | | |
|---|-------------|-------------------------|------------------------------|
| Patient Name at Time of Treatment _____ | | Date of Birth _____ | Social Security Number _____ |
| Street Address _____ | | Home Phone Number _____ | |
| City _____ | State _____ | Zip Code _____ | Work Phone Number _____ |

Email Address

This document authorizes RENO TAHOE WOMEN'S HEALTH to use and disclose Protected Health Information (PHI) as described below. Uses and disclosures of PHI will be consistent with Nevada and Federal law concerning the privacy of PHI. **Failure to provide all information requested will delay action on this Authorization.**

1. **Person(s)/Organization(s) authorized to receive the PHI:** RENO TAHOE WOMEN'S HEALTH

2. **Purpose of Requested Use or Disclosure:** _____

3. **Description of the information included in Use or Disclosure:** **Treatment date(s):** _____ **to** _____

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Billing Record | <input type="checkbox"/> History and Physical | <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ |
| <input type="checkbox"/> All PHI In Medical Record (Complete Chart Copy) | <input type="checkbox"/> Operative Report | _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiology Images | <input type="checkbox"/> X-Ray Report | _____ |
| | Lab Reports/Pathology Reports | |

4. **By signing my initials next to the specific category of highly confidential information, I am authorizing RENO TAHOE WOMEN'S HEALTH to release the indicated type of information next to my initials pursuant to this Authorization from the treatment date(s) listed above.**

| | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------|
| _____ HIV/AIDS | _____ Drug and Alcohol Information | _____ Genetic Information |
| _____ Mental Health Information | _____ Sexually Transmitted Disease Information | _____ Tuberculosis Information |

5. **Please list a date or event at which point this Authorization will expire (not to exceed 1 year):** _____

NOTICE OF RIGHTS AND OTHER INFORMATION:

- I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. Such requests must be submitted in writing to the attention of RENO TAHOE WOMEN'S HEALTH, 790 Willow St., Reno NV 89502 with telephone number 775.432.7339. Cancellation of my authorization will be effective when RENO TAHOE WOMEN'S HEALTH receives my signed request, but it will not apply to the information that was used or disclosed prior to that date.
- I understand that refusal to sign this authorization will have no effect on my enrollment, eligibility for benefits, or the amount a third-party payor pays for the health services I receive.
- I understand that the person or entity that receives this information may not be covered by the federal privacy regulations, in which case the information above may be redisclosed and no longer protected by these regulations. I also understand that the person I am authorizing to use and/or disclose the information may receive compensation for the use and/or disclosure.
- I have a right to receive a copy of this authorization. I may inspect or obtain a copy of the protected health information that I am being asked to use or disclose.

| | |
|----------------------------|------------|
| Signature of Patient _____ | Date _____ |
|----------------------------|------------|

| | | | |
|---|------------------|------------|-------------------------------|
| Signature of Legal Representative _____ | Print Name _____ | Date _____ | Relationship To Patient _____ |
|---|------------------|------------|-------------------------------|

| | |
|---------------|--|
| Witness _____ | Date _____ |
| | <input type="checkbox"/> I Will Pick Up PHI <input type="checkbox"/> Mail PHI <input type="checkbox"/> Please Fax PHI To Physician Indicated |

| | |
|---|-----------------------|
| Reason Patient Unable to Sign _____ | Staff Initials: _____ |
| <input type="checkbox"/> Patient received copy of authorization | |