

**Información del paciente**

Referido Por:   Página de Internet           Amigo(a)/Familia           Ginecólogo(a)           Seguro           Entro a Oficina Solo/a:

**Información Del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                                      Primer                                      Segundo

**Raza/Etnicidad:**  
 • Caucásico                      • Hispano/Latino                      • Afroamericano  
 • Asiático                      • Indio Americano/Nativo de Alaska  
 • Nativo Hawaiano           • Isleño del pacifico           • Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_           Sexo:  M  F

**Información Del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                                      Primer                                      Segundo

**Raza/Etnicidad:**  
 • Caucásico                      • Hispano/Latino                      • Afroamericano  
 • Asiático                      • Indio Americano/Nativo de Alaska  
 • Nativo Hawaiano           • Isleño del pacifico           • Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_           Sexo:  M  F

**Información Del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                                      Primer                                      Segundo

**Raza/Etnicidad:**  
 • Caucásico                      • Hispano/Latino                      • Afroamericano  
 • Asiático                      • Indio Americano/Nativo de Alaska  
 • Nativo Hawaiano           • Isleño del pacifico           • Otro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_           Sexo:  M  F

**Configuración de Comunicación del Paciente**

Idioma preferido:                       Ingles                       español                       Otro \_\_\_\_\_  
 Permitir mensaje:                       Voz                       Texto                       Correo electrónico  
 Tiempo preferido para llamar:            Mañana                       Tarde                       Noche  
 Tipo de avisos:                       Todos                       Citas                       Resultados de estudios  
    Mantenimiento de la salud            Confirmación de recetas  
    Notificación general

# de teléfono preferido \_\_\_\_\_           Correo electrónico preferido: \_\_\_\_\_

**Información de Seguros**

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_           **Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_  
**Compañía de empleo:** \_\_\_\_\_           **# de teléfono de empleo:** \_\_\_\_\_           **# de póliza:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_           **Sexo:**  M  F           **SSN:** \_\_\_\_\_           **# de grupo:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** Mismo/a hijo/a Hijastro/a Espos/a Otro/a \_\_\_\_\_           **Nombre de grupo:** \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_           **Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_  
**Compañía de empleo:** \_\_\_\_\_           **# de teléfono de empleo:** \_\_\_\_\_           **# de póliza:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_           **Sexo:**  M  F           **SSN:** \_\_\_\_\_           **# de grupo:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el paciente:** Mismo/a hijo/a Hijastro/a Espos/a Otro/a \_\_\_\_\_           **Nombre de grupo:** \_\_\_\_\_

**Información de La Madre o Guardian**

Nombre: \_\_\_\_\_           **estado civil:**  Soltera  Casada  Divorciada  Viuda  Separada  
Apellido                                      Primer                                      Segundo  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_           **Ciudad:** \_\_\_\_\_           **Estado:** \_\_\_\_\_           **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_           **Sexo:**  M  F           **SSN:** \_\_\_\_\_           **Idioma:** Ingles español  Otro: \_\_\_\_\_  
**# de Casa:** \_\_\_\_\_           **# móvil:** \_\_\_\_\_           **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Información del Padre o Guardian**

Nombre: \_\_\_\_\_           **estado civil:**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  
Apellido                                      Primer                                      Segundo  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_           **Ciudad:** \_\_\_\_\_           **Estado:** \_\_\_\_\_           **Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_           **Sexo:**  M  F           **SSN:** \_\_\_\_\_           **Idioma:** Ingles español  Otro: \_\_\_\_\_  
**# de Casa:** \_\_\_\_\_           **# móvil:** \_\_\_\_\_           **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Información del contacto de Emergencia**

Nombre (aparte de los padres del paciente): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

**Consentimiento para el tratamiento**

Yo le doy autorización a la oficina de **Nevada Pediatric Specialists** para que le den atención medica necesaria, ya sea tratamiento regular o de emergencia, como sea determinado por el doctor y en cuanto sea la mejor decisión y bienestar de mi hijo/a, siendo un/a menor de edad.

Les doy autorización a las siguientes personas o agencia para que autoricen atención médica y firmen en caso de mi ausencia por mi hijo/a siendo menor de edad.

Esta autorización deberá permanecer valida, a menos que sea revocada, o cancelada en escrito por mí. **expirará un año** después de haber sido firmada.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ relación al paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ relación al paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardian/Representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Farmacia de preferencia**

Para su conveniencia, Nevada Pediatric Specialists tiene la habilidad de mandar su receta médica vía medios electrónico, o si usted lo desea, le podemos proveer su receta médica en papel.

Nombre de su farmacia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio o la calles que cruzan: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo a la farmacia de arriba para transmitir las recetas médicas a través de medios electrónicos. Esta autorización deberá permanecer valida, a menos que sea revocada, o cancelada en escrito por mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardian/Representante personal

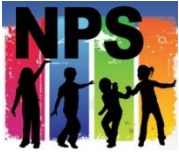
\_\_\_\_\_  
Fecha

**Farmacia de preferencia**

Por este medio doy mi consentimiento a **NPS** para recuperar el historial de recetas médicas de fuentes externas. Esta autorización deberá permanecer valida, a menos que sea revocada, o cancelada en escrito por mí.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Guardian/Representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Nevada Pediatric Specialists**  
 3201 S. Maryland Parkway suite 608  
 Las Vegas, NV 89109  
 Phone:702-457-5437  
 Fax:702-464-5801

## Authorization for Release of Medical Records

Autorización para divulgar los datos medicos del paciented de su oficina Anterior

### PATIENT INFORMATION (Please Print)

Información del paciente (por favor imprimir)

**Patient's Full Name:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de paciente

**DOB:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

**Patient's Full Name:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de paciente

**DOB:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

**Patient's Full Name:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de paciente

**DOB:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

**Parent/Guardian Name:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de pader/guardián

**Phone #** \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono

### PLEASE RELEASE ALL MEDICAL RECORDS FOR TRANSFER OF PATIENT CARE

Por favor libere todos los expedientes médicos para la transferencia del cuidado del paciente

From:

De

**Physician's Name:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de su doctor anterior

**Name of Practice:** \_\_\_\_\_  
 Nombre de la oficina

**Practice Phone #** \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono

**Practice Fax #** \_\_\_\_\_  
 Numero de Fax

To:

A(recipiente)

## Nevada Pediatric Specialists

3201 S. Maryland Parkway suite 608  
 Las Vegas, NV 89109  
 Phone:702-457-5437  
 Fax:702-464-5801

**Reason to request information:**  Transfer of care  
 Motivo para solicitar la información:  Transferencia de cuidado

Other \_\_\_\_\_  
 Otra \_\_\_\_\_

Please release a copy of all medical records, including but not limited to: vaccine records, progress notes, operative notes, laboratory and diagnostic test.

Por favor, envíe una copia de todos los registros médicos, incluyendo, pero no limitado a: registros de vacunas, notas de progreso, notas operativas, pruebas de laboratorio y diagnósticos.

By my signature, I authorize the release of all medical records, I understand and accept the terms of the authorization to release my protected health information (PHI)

Con mi firma, autorizo la divulgación de todos los expedientes médicos, entiendo y acepto los términos de la autorización para divulgar mi información médica de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/Guardian/Representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha