

New Horizons Primary Care

Dr. Ricardo Velazquez , M.D

Internal medicine | Board certified

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

SU VISITA HOY ESTA RELACIONADA CON ALGUN ACCIDENTE? CIRCULE SI
LE CORRESPONDE:

ACCIDENTE DE AUTOMOVIL ACCIDENTE DE RESVALO RECLAMO WORKMANS COMP

_____ NO, MI VISITA DE HOY NO ES RESULTADO DE NINGUN ACCIDENTE.

_____ SI, MI VISITA DE HOY ESTA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE.

FIRMA

FECHA

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ PACIENTE NUEVO CAMBIO DE INFORMACION

Nombre del Paciente: _____

APPELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de SS: _____

Direccion: _____

NUMERO Y NOMBRE DE LA CALLE _____

NUMERO DE APT _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

CASA: _____

CELULAR: _____

OTRO: _____

PAGER: _____

FAX: _____

Correo electronico: _____

Tiene Referido? Si No Referido Por: _____

Accidente relacionado al Trabajo Si No Accidente de Automovil Si No Fecha de Accidente: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ RELACION AL PACIENTE _____ Tel: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion: _____

NUMERO Y NOMBRE DE LA CALLE _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TRABAJO: _____ X

DIRECTO: _____

OTHER: _____

PAGER: _____

FAX: _____

E-Mail: _____

INFORMACION DE SEGURO

Asegurado: _____

APPELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____

Fecha de nacimiento de asegurado: _____ Social de asegurado: _____

Nombre de Empleador de asegurado: _____

Relacion al Paciente: PROPIO ESPOSO/A HIJO/A OTRO

PRIMARY INSURANCE CARRIER:

Numero De poliza.: _____ Numero de grupo : _____

Direccion de poliza: _____ TEL: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TOLL-FREE: _____

SEGUNDA POLIZA :

Numero De poliza .: _____ Numero de grupo _____

Direccion: _____ TEL: _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO PSOTAL _____

TOLL-FREE: _____

AUTORIZACION PARA EL USO DE LA INFORMACION Y ASIGNACION DE BENEFICIOS

Los co pagos y deducibles deben efectuarse antes de recibir los servicios medicos. La compania de seguros no garantiza el pago por servicios a Ricardo Velazquez M.D. PLLC dba New Horizons Primary Care. En consecuencia, el paciente es responsable por el pago de servicios recibidos y no pagados por la compania de seguros. Los padres/guardians de menores de edad son responsables por el pago de servicios recibidos por el menor. Si su cuenta es enviada a coleccion, el paciente sera responsable tambien por loes gastos incurridos en la gestion de cobros.

Toda la informacion presentada en este documento es precisa y correcta. Yo autorizo el uso de esta informacion para solicitar cobros a mi compania de seguros y asignar beneficios a Ricardo Velazquez MD PLLC dba New Horizons Primary Care. Tambien autorizo a revelar esta informacion y la de mis registros medicos a otros medicos, especialistas, laboratorios, y otros proveedores de servicio de salud cuando sea necesario.

SI UD NO CANCELA SU CITA CON 24 HORAS DE ANTICIPACION SERA CARGADO UN SALDO DE \$50.00 (\$100.00 POR PROCEDIMEINTO)

FIRMA : _____ FECHA: _____

AL FIRMAR, UD ESTA DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES Y TERMINOS DE ESTE CONTRATO

New Horizons Primary Care

Ricardo J. Velazquez M.D.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACION DE LA INFORMACION MEDICA PARA FINES DE TRATAMIENTO, GESTION DE COBROS Y TRAMITES RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE LA SALUD, DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES DE HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Yo _____, entiendo que como parte de mi cuidado médico, Ricardo Velazquez MD PLLC dba New Horizons Primary Care produce y mantiene documentos y registros que describen mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas de laboratorio, diagnósticos, tratamientos, y planes para el futuro cuidado y tratamiento de mi salud. Yo entiendo que esta información es utilizada como:

- Base para planificación de mi cuidado y tratamiento
- Medio de comunicación entre varios profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado
- Fuente de información para determinación de diagnósticos y procedimientos médicos que deberán mostrarse en mi cuenta
- Medio por el cual las compañías de seguro médico pueden verificar que los servicios facturados fueron realmente recibidos
- Una herramienta de control de calidad para el sistema de salud, que se utiliza para verificar la competencia y calidaad de los profesionales de salud.

Yo he recibido el documento *Prácticas sobre el Uso de la Información Médica* que provee una información más detallada del uso y manejo de la información. Yo entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el documento anteriormente mencionado para firmar este Consentimiento
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto al manejo y revelación de mi información de salud, para los fines de asignación de tratamiento y pago de procedimientos médicos.

Yo entiendo que Ricardo Velazquez MD PLLC dba New Horizons Primary Care no tiene la obligación de cumplir con estas restricciones solicitadas. Yo entiendo además que puedo revocar este Consentimiento por escrito. Ricardo Velazquez MD PLLC dba New Horizons Primary Care no será responsable por la información que haya sido divulgada antes de esta revocación. Yo también entiendo que si me niego a firmar este Consentimiento o revocarlo, Ricardo Velazquez MD PLLC dba New Horizons Primary Care puede optar por no proveer los servicios médicos de acuerdo a lo establecido en la Sección 164.520 de el Código Federal de Regulaciones.

Entiendo que para fines de tratamientos y servicios médicos que provee esta organización, así como también la gestión de cobro por estos servicios, puede ser necesario revelar mi información médica confidencial a otra entidad (compañía de seguros, médicos especialistas, hospital, etc.), y yo consiento a esta divulgación para los usos permitidos, incluyendo faxes y correos electrónicos.

Por último, doy consentimiento a Ricardo Velazquez MD PLLC dba New Horizons Primary Care a revelar mi información médica confidencial a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre _____

Parentesco _____

Nombre _____

Parentesco _____

Yo entiendo y acepto a cabalidad los términos de este Consentimiento.

Firma del Paciente/Guardián Legal

Fecha

New Horizons Primary Care

2020 Goldring Ave. Suite 308

Las Vegas NV. 89106

(702) 399-8808 Office

(702) 384-8807 Fax

Questionario Medico

Informacion General

Nombre Del Paciente: _____ Fecha: _____

Motivo por su visita: _____

Medicamentos (Porfavor tambien incluya los que toma sin receta)

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Alergico/ a algun medicamento _____

A tenido algunos sintomas mencionados? (Circule todos los que apliquen)

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Perdida de apetito | Perdida/Aumento de peso | Estreñimiento | Falta de respiracin |
| Cansancio | Problemas de sinusitis | Sangre en el excremento | Dificultad Orinar |
| Fiebre | Soplo de Corazon | Calculo billiard | Dolor/Angina de pecho |
| Escalofrios | Convulsiones | Piel amarilla | Infeccion en la vejiga/riñon |
| Infeccion | Desmayos | Dolor de espalda/problema de disco | Sangrado de nariz |
| Ulceras en la boca | Tos | Picazon | |
| Dolor de musculos | Mucoso blanco/Amarillo | Perdida de pelo | |
| Debilidad de extremidades | Tos sangrado | Dolor de cabeza | |
| Problemas de vision | Dificultad pasar saliva | Latido de Corazon rapido/irregular | |
| Perdida de audicion | Mareos | Sarpullido | |
| Zumbido en el oido | Dolor de estomago | Inchazon | |
| Indigestion | Nausea/vomito | Sangre en la orina | |

Algun otro problema: _____

New Horizons Primary Care

Ricardo J. Velazquez M.D

Date:

Request Of Medical Information

Patient Name:

DOB:

I hereby request the release of:

**ALL MY MEDICAL RECORDS INCLUDING ANY LABS AND RADIOLOGY
REPORTS.**

To:

New Horizons Primary Care
Ricardo Velazquez M.D.
2010 Goldring Ave. Ste 308
Las Vegas NV 89106
Phone: (702) 399-8808 Fax: (702) 384-8807

X _____ Date: _____
Patient/Legal Guardian Signature

NOTICE TO ALL PATIENTS

Charge for “No Shows and Late Cancellations”: This policy states that if patient does not show for a scheduled appointment, they be assessed a \$50.00 No Show Fee that must be paid prior to their next appointment. This Policy also states that if a patient cancels a procedure less than 24 hours prior to the schedule time, they be assessed a \$100.00 Cancellation Fee that must be paid prior to rescheduling procedure.

By Signing below you acknowledge that you are aware of the above policy.

Patient/Guardor Signature

Date

NOTICIA PARA TODOS LOS PACIENTES

Se cobrará a cada paciente “Faltar y cancelar su cita tarde”: Esta nueva política trata de los pacientes que no asistan ni llamen previamente para cancelar su cita médica y ya estén confirmados previamente, se les cargará el monto de \$50.00. Esta suma deberá ser pagada antes de su próxima cita con él doctor. Se cargara el monto de \$100.00 a cualquier procedimientos que no sean cancelados antes de 24 horas de su cita.

Firmando este papel usted afirma estar informado de esta nueva política.

Patient/Guardor Signature

Date

CONTROLLED MEDICATIONS

THIS MEMO SERVES AS AKNOWLEDGEMENT BY THE PATIENT THAT IF HE/SHE IS PRESCRIBED OR CURRENTLY TAKING ANY PAIN MEDICATION (XANAX, LORTAB, ETC) IT'S THE PATIENT'S RESPONSABILITY TO MAKE SURE THAT THEY LEAVE THE OFFICE WITH THE PRESCRIPTION IN HAND. THESE MEDICATIONS CANNOT BE CALLED IN TO ANY PHARMACY DUE TO REGULATIONS OF DEA. IF YOU FORGET YOUR PRESCRIPTION OR CALL 3 DAYS AFTER YOUR APPOINTMENT NEEDING ANY PAIN OR CONTROLLED MEDICATION THE DEA ADMINISTRATION REQUIRES THAT THE PATIENT IS SEEN IN ORDER TO BE PRESCRIBED THESE MEDICATIONS.

PLEASE KEEP IN MIND THAT ITS YOUR RESPONSIBILITY TO MAKE SURE THAT WHEN YOU CHECK OUT, IF YOU ARE TAKING ANY THAT IS CONTROLLED YOU ALERT THE CHECK OUT ASSISTANT THAT YOU NEED YOUR HAND WRITTEN PRESCRIPTION FROM THE DR.

PT NAME

PT SIGNATURE

DATE

MEDICINAS CONTROLADAS

SI UD ES RECETADA O ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGUNA MEDICINA CONTROLADA COMO (XANAX,LORTAB,ETC) ES SU RESPONSABILIDAD ASEGURAR DE QUE LE ESCRIBAN LA RECETA AL TERMINAR SU CONSULTA. ALERTE A LA SECRETARIA DESPUES DE TERMINAR CON EL MEDICO QUE NECESITA SU RECETA ESCRITA. LAS REGULACIONES DE DEA (DRUG ENFORCEMENT AGENCY) REQUIERE QUE ESTAS MEDICINAS CONTROLADAS SEAN POR RECETA ESCRITA. SI SE LE OLVIDA Y UD LLAMA AL OTRO DIA POR ESTA RECETA NO SE PUEDE MANDAR POR FAXES NI LLAMAR A LA FARMACIA. TENDRIA QUE VER A CONSULTAR AL MEDICO OTRA VEZ PARA OBTENER LA RECETA.

POR FAVOR RECUERDE SI UD TOMA O SE LE RECETA ALGUNA MEDICINA CONTROLADA ALERTE A LA SECRETARIA CUANDO TERMINE SU CONSULTA.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

New Horizons Primary Care

Dr. Ricardo Velazquez , M.D

Internal medicine | Board certified

New Horizons Primary Care

Dr. Ricardo Velazquez , M.D

Internal medicine | Board certified

New Horizons Primary Care

Dr. Ricardo Velazquez , M.D

Internal medicine | Board certified

New Horizons Primary Care

Dr. Ricardo Velazquez , M.D

Internal medicine | Board certified

New Horizons Primary Care

Dr. Ricardo Velazquez , M.D

Internal medicine | Board certified
