

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento: / /	
Dirección física		Apto. n.º		Ciudad		Estado Código postal	
Dirección postal / Casilla postal		Apto. n.º		Ciudad		Estado Código postal	
¿Estudiante?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica		Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Teléfono celular ( )		Teléfono durante el día ( )		Teléfono alternativo ( )		Idioma principal: Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
Dirección de correo electrónico:							
Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino / de femenino a masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino / de masculino a femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (no es lesbiana ni gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Opta por no revelarlo		Pronombres preferidos: <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ello <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Se niega a contestar <input type="checkbox"/> Otro	
¿A cuál de estos grupos cree que pertenece? <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Se negó a informar							
Contacto de emergencia (OBLIGATORIO)						Teléfono ( )	
<b>Parte responsable</b> (información del padre/madre o tutor. Si el paciente es mayor de 18 años escriba en letra de molde la información del paciente).							
Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre			
Dirección física		Apto. n.º		Ciudad		Estado Código postal	
Dirección postal / Casilla postal		Apto. n.º		Ciudad		Estado Código postal	
Teléfono de casa ( )		Ingresos anuales: (Necesitamos esta información para fines de estadísticas). <input type="checkbox"/> \$24,000 o menos <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000 a \$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 o más <input type="checkbox"/> Se negó a informar (Iniciales _____)					
Nombre del empleador			Dirección del empleador (calle, ciudad y estado)			Teléfono ( )	
<b>Seguro médico</b>							
1 - Compañía de seguros principal		N.º de identificación		N.º de grupo		Dirección	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	
2 - Compañía de seguros secundaria		N.º de identificación		N.º de grupo		Dirección	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento		Empleador del asegurado		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	
<p>Por este medio doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica como paciente ambulatorio en Nevada Health Centers, Inc., incluyendo los procedimientos rutinarios y de diagnóstico y operaciones menores. Además, doy mi consentimiento para que el personal médico y sus asistentes, incluyendo a los asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada, me practiquen exámenes y procedimientos. Entiendo que los asistentes médicos y los enfermeros de práctica avanzada no son médicos autorizados y pueden ayudar a prestar atención médica solo bajo la supervisión y dirección de un médico autorizado. Estoy de acuerdo con el envío de expedientes médicos e información, incluyendo aquellos relacionados con tratamiento médico, procedimientos quirúrgicos, pruebas de laboratorio, servicios psicológicos y consultas, a cualquier persona o entidad responsable de pagar a NVHC.</p>							
Firma del paciente, padre/madre o tutor						Fecha	

**Nevada Health Centers, Inc.**  
**ACUERDO FINANCIERO**

Autorizo a mi compañía de seguros para que pague directamente a Nevada Health Centers, Inc. los beneficios que se me deban por los servicios prestados por Nevada Health Centers, Inc.

Sé que a pesar de que Nevada Health Centers, Inc. puede estar facturando en mi nombre a mi compañía de seguros, finalmente soy responsable del saldo de mi cuenta.

**Pacientes de Medicare:** Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. acepta la asignación de Medicare; sin embargo, soy responsable de un copago del 20 % al momento del servicio. Nevada Health Centers, Inc. facturará a mi seguro suplementario, siempre que yo dé toda la información necesaria para que lo hagan. Entiendo que Medicare solo paga los servicios que considera médicamente necesarios y que, si surge el caso de que yo pida servicios que Medicare no pagará, yo seré responsable del pago completo.

**Beneficiarios de Medicaid:** Los estatutos federales y estatales requieren la utilización de todas las fuentes antes de facturar los servicios médicos a Medicaid. Otras fuentes incluyen la cobertura de seguro médico y de accidentes privado o del empleador. Certifico bajo pena de fraude que no tengo seguro médico y de accidentes privado ni del empleador como pagador primario, ni para mis dependientes ni para mí. Entiendo que Medicaid solo paga los servicios destinados a tratar una condición médica o enfermedad.

**Pacientes con seguro privado:** Entiendo que soy responsable de saber cuáles beneficios cubre mi póliza de seguro. Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. verificará los beneficios, pero no garantiza que ningún servicio sea un beneficio cubierto. Entiendo que si mi seguro no cubre algún servicio recibido, seré responsable del pago. Entiendo que debo pagar el copago en el momento en que reciba el servicio.

**Pacientes de pago propio:** Entiendo que Nevada Health Centers, Inc. tiene la política de cobrar el pago de los servicios en el momento en que se reciba el servicio.

**Agencia de cobranzas de terceros:** Si no ha respondido a nuestros intentos por cobrar los saldos pendientes, podemos optar por enviar su cuenta a una agencia de cobranzas.

---

Firma del paciente/padre/madre (si el paciente es menor de edad)

---

Fecha

---

Testigo

---

Fecha