

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?: ☐ No ☐ A tiempo completo ☐ A tiempo parcial		Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Pareja doméstica				Veterano: ☐ Sí ☐ No	
Teléfono celular ()		Teléfono de día ()		Teléfono alternativo ()		Idioma principal: Origen étnico: ☐ Hispano ☐ No hispano	
Dirección de correo electrónico:							
Sexo de nacimiento: ☐ Masculino ☐ Femenino		Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino		Orientación sexual: ☐ Lesbiana o gay ☐ Heterosexual (no es lesbiana ni gay) ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ No sabe ☐ Opta por no revelarlo		Pronombres preferidos: ☐ Él ☐ Ella ☐ Ello ☐ Elle ☐ Se niega a contestar ☐ Otro	
Género actual: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No diferenciado		☐ Transgénero masculino / de femenino a masculino ☐ Transgénero femenino / de masculino a femenino ☐ Otro ☐ Opta por no revelarlo					
¿A cuál de estos grupos cree que pertenece? ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Negro/afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ De las islas del Pacífico ☐ Nativo de Hawái ☐ Se negó a informar							
Estado de vivienda: ☐ con vivienda ☐ vivienda compartida ☐ refugio ☐ calle ☐ en transición ☐ otro ☐ desconocido/no informado							
Condición de trabajador migrante (agrícola): ¿Es usted un trabajador agrícola? ☐ sí ☐ no Si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente: ☐ trabajador migrante (se traslada) ☐ trabajador de temporada (permanece en el lugar)							
Contacto de emergencia (OBLIGATORIO)						Teléfono ()	
Parte responsable (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). ☐ \$24,000 o menos ☐ \$25,000 a \$49,999 ☐ \$50,000 a \$74,999 ☐ \$75,000 a \$99,999 ☐ \$100,000 o más ☐ Se negó a informar (Iniciales _____)					
Nombre del empleador		Dirección del empleador (calle, ciudad y estado)				Teléfono ()	
Seguro médico							
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 ☐ Él mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ 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 ☐ Él mismo ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Otro	
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.							
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

Nevada Health Centers, Inc.
MAMMOVAN PROGRAM
MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE
PROGRAMA DE MAMMOVAN / MAMOGRAFÍA CUESTIONARIO DEL PACIENTE

Legal Last Name /

Apellido Legal: _____

Legal First Name /

Nombre Legal: _____

Date of Birth /

Fecha de nacimiento: _____

Physician/Clinic Name / Nombre del médico/de la clínica:	Physician/Clinic Phone Number / Teléfono del médico/de la clínica:	Physician/Clinic Fax Number / Fax del médico/de la clínica:
1. Is there a chance you're pregnant? ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? ☐ NO ☐ YES / SI ☐ POSSIBLE / ES POSIBLE 		
2. Have you breastfed in the past 6 months? ¿Ha dado de amamantar en los últimos 6 meses? ☐ NO ☐ YES / SI 		
3. Are you experiencing any new breast concerns since your last screening? ¿Tiene alguna preocupación nueva relacionada con los senos desde su última evaluación? ☐ NO ☐ YES / SI ☐ DISCHARGE / SECRECION ☐ LUMPS / BULTOS ☐ PAIN / DOLOR 		
Please indicate which breast – check left (L) and/or right (R): Por favor indique en qué seno – indique izquierdo (I) o derecho (D) ☐ L / I ☐ R / D ☐ L / I ☐ R / D ☐ L / I ☐ R / D 		
4. Are you premenstrual or postmenstrual? ¿Está en el período antes o después de la menstruación? ☐ NO ☐ YES / SI 		
5. Are you currently taking hormones? ¿Está usted siguiendo una terapia de reemplazo hormonal? ☐ NO ☐ YES / SI 		
If yes, what kind? Si respondió que sí, ¿De qué tipo?		For how long? ¿Por cuánto tiempo?
6. How many full term pregnancies have you had? / ¿Cuántos embarazos a término ha tenido en su vida?		
7. Have you had a mammogram in the past? ¿Se ha hecho una mamografía en el pasado? ☐ NO ☐ YES / SI 		
When? / ¿Cuándo?		Where? / ¿Dónde?
What were the results? ¿Cuáles fueron los resultados?		☐ NORMAL / NORMALES ☐ ABNORMAL / ANORMALES ☐ DON'T KNOW / NO SÉ
8. Have you had breast cancer? ¿Ha tenido cáncer de senos? ☐ NO ☐ YES / SI When? / ¿Cuándo? 		
Did you have a breast biopsy? ¿Se hizo una biopsia de senos? ☐ NO ☐ YES / SI When? / ¿Cuándo? 		
Please indicate which breast – check left (L) and/or right (R): Por favor indique en qué seno – indique izquierdo (I) o derecho (D) ☐ L / I ☐ R / D 		

MORE QUESTIONS ON REVERSE SIDE / MÁS PREGUNTAS AL REVERSO

Nevada Health Centers, Inc.
MAMMOVAN PROGRAM
MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE
PROGRAMA DE MAMMOVAN / MAMOGRAFÍA CUESTIONARIO DEL PACIENTE

9. Do you have a family history of breast cancer? <i>¿Tiene usted una antecedentes familiares de cáncer de senos?</i>	☐ NO ☐ YES / SI ☐ DON'T KNOW / NO SÉ
If yes, which relative(s) and what age? <i>Si respondió que sí, ¿qué familiar o familiares?</i> <i>¿A qué edad se le diagnosticó?</i>	
10. Have you ever had breast surgery? / <i>¿Ha tenido usted alguna cirugía de senos?</i>	☐ NO
If yes, please check below / <i>En caso afirmativo, marque abajo:</i>	
Mastectomy / <i>Mastectomía:</i>	☐ YES / SI When? / <i>¿Cuándo?</i>
Lumpectomy / <i>Lumpectomía:</i>	☐ YES / SI When? / <i>¿Cuándo?</i>
Implants / <i>Implantes:</i>	☐ YES / SI When? / <i>¿Cuándo?</i>
Reduction / <i>Reducción:</i>	☐ YES / SI When? / <i>¿Cuándo?</i>
11. Have you ever had any form of cancer? <i>¿Alguna vez ha tenido alguna forma de cáncer?</i>	☐ NO ☐ YES / SI
If yes, where and/or what kind? <i>En caso afirmativo, ¿dónde y/o qué tipo?</i>	

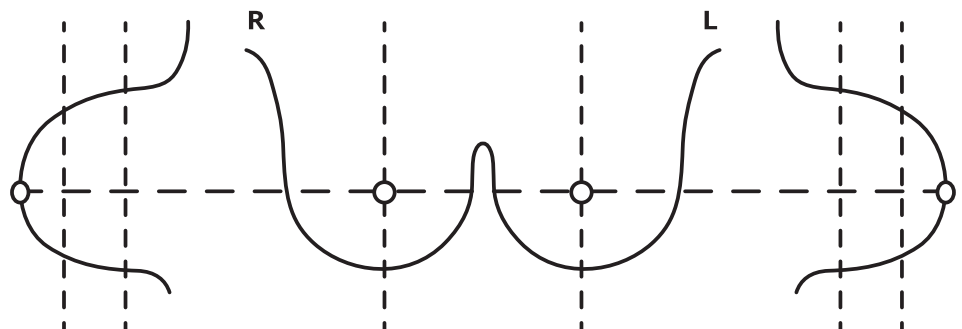
By signing, I acknowledge that I have read and understand this form. Further, I acknowledge that I am not pregnant, have not breastfed in the past 6 months, and have not had a mammogram within the past 365 days. I give permission for the MammoVan to **obtain and/or release** any records or radiology images related to screening mammography to include a referral to a specialist.

*Al firmar, acepto que he leído y entendido este formulario. Además, declaro que no estoy embarazada, no he amamantado en los últimos seis meses y no me he hecho ninguna mamografía en los últimos 365 días. Autorizo a la MammoVan a que **obtenga o revele** cualquier expediente o imagen de radiología que tenga relación con la mamografía de evaluación para incluirla en una remisión con un especialista.*

Patient Signature / *Firma de la paciente:* _____ Date / *Fecha:* _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – OFFICE USE ONLY
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA – PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

- ☐ Number of images _____
- ☐ Baseline
- ☐ Screening
- ☐ OT scanned - Proton Express
- ☐ Paperwork scanned - NextGen
- ☐ Studies pushed
- ☐ Priors studies pushed



TECHNOLOGIST SIGNATURE _____

Nevada Health Centers, Inc.
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

En nombre mío o de mi hijo menor de edad u otro paciente mencionado abajo, reconozco y doy mi consentimiento para las declaraciones incluidas en este formulario. Los cambios o alteraciones en este formulario no son vinculantes para Nevada Health Centers o sus centros afiliados (todos y cada uno llamados "NVHC" en este formulario).

Consentimiento para la prestación de servicios de atención médica: Pido que se presten los servicios de atención médica para mí (mi hijo menor de edad o el paciente nombrado abajo) en NVHC. Voluntariamente doy mi consentimiento para la prestación de tratamiento médico, dental y de salud conductual, además de los servicios relacionados con la atención médica que los cuidadores de NVHC consideren necesarios para mí (o el paciente mencionado abajo). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio, incluyendo las pruebas de VIH. Si deseo que hagan pruebas de VIH anónimas, se lo diré a mi cuidador de NVHC.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no me garantiza los resultados de los tratamientos o exámenes. Entiendo que NVHC es un centro de enseñanza y que los residentes y estudiantes (bajo la guía directa de mi proveedor de atención médica o el personal de la clínica) pueden observar o participar en mi atención, durante el curso de mi visita.

Telemedicina: Entiendo que NVHC puede prestar algunos servicios por medio de la tecnología remota de telesalud. Los servicios de telesalud implican a un proveedor de salud que está en un lugar remoto a donde yo me encuentro en el momento del servicio y, como tal, la telesalud a menudo incluye la transmisión de video, audio, imágenes y otros tipos de información. El proveedor de salud a distancia determinará si la condición médica que se diagnostica o se trata es adecuada para telesalud y entiendo que no hay ninguna garantía de diagnóstico, tratamiento o receta. Entiendo que es posible que deba viajar para consultar a un proveedor médico en persona para ciertos diagnósticos y asuntos de tratamiento. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina y, como siempre, mi aseguradora tendrá acceso a mi expediente médico para garantizar la calidad/auditoría. Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Servicios de farmacia clínica: Entiendo que NVHC puede prestar ciertos servicios de farmacia clínica. Esos servicios implican que un farmacéutico clínico trabaje en colaboración con mi proveedor de atención primaria. Durante estas citas, el farmacéutico clínico puede iniciar, modificar o discontinuar medicamentos según un acuerdo de práctica conjunta. Entiendo que el farmacéutico clínico no es un médico, un enfermero registrado de práctica avanzada ni un asistente médico y no puede diagnosticar. Además, entiendo que el farmacéutico clínico tiene el derecho de no responder preguntas o hacer servicios fuera del ámbito de ejercicio.

Usos y revelación de la información médica: Recibí el Aviso de Prácticas de privacidad de Nevada Health Centers. El Aviso de Prácticas de privacidad explica cómo puede Nevada Health Centers usar y revelar la información médica confidencial que me identifica (o al paciente mencionado abajo). Doy mi consentimiento para que Nevada Health Centers use y revele mi información médica (o del paciente mencionado abajo) como se describe en el Aviso de Prácticas de privacidad.

Al hacerlo, doy mi consentimiento para que revelen mi información médica (o la del paciente mencionado abajo), y la información financiera a terceros responsables o representantes identificados por NVHC; a sus agentes de facturación, cobranza, abogados, consultores u otras personas que en nombre de NVHC o que colaboren con NVHC para garantizar el pago a todas las partes responsables de mi atención médica (o la del paciente mencionado abajo), incluyendo el tratamiento por abuso de sustancias, atención psiquiátrica o de VIH, si corresponde. En cualquier momento puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que NVHC ya haya revelado información basándose en mi consentimiento.

Doy mi consentimiento para recibir, por el teléfono celular u otros teléfonos dados a NVHC en este formulario o actualizados más adelante, mensajes de texto o llamadas telefónicas u otras comunicaciones mediante voces en vivo, artificiales o pregrabadas, sistemas de marcación automática u otras tecnologías asistidas por computadora de NVHC y sus

Nevada Health Centers, Inc.
FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

afiliados, proveedores clínicos y socios comerciales, junto con cualquier servicio de facturación, agencia de cobranza, agentes u otros terceros que puedan actuar en su nombre. Los mensajes de texto o las llamadas telefónicas pueden relacionarse con cualquier propósito, incluyendo lo relacionado con mi cuenta y la atención prestada. Entiendo que este consentimiento para las comunicaciones no es un requisito para recibir los servicios de NVHC o de cualquier otra persona autorizada para llamar y que se pueden aplicar cargos por el uso de datos, entre otros. En cualquier momento puedo revocar este consentimiento para las comunicaciones.

Por este medio doy mi consentimiento y autorizó a NVHC el derecho y la autoridad para fotografiar y grabar mi imagen y mi voz, lo qué puede ocurrir en relación con mi diagnóstico y tratamiento, y acepto que después de la creación de esas imágenes o grabaciones las mismas serán de propiedad de NVHC. Entiendo que tengo derecho a pedir que se detenga la grabación o filmación en cualquier momento y acepto renunciar y liberar para siempre a NVHC, sus agentes, representantes y empleados de cualquier reclamo que surja de o en relación con el uso de estas imágenes o grabaciones, incluyendo, entre otros, cualquier reclamo por invasión de la privacidad, derecho a publicidad o difamación.

Objetos de valor y limitación de responsabilidad: Entiendo que no debo llevar a NVHC objetos de valor (teléfono celular, dispositivos electrónicos, equipo médico, joyas, dinero, documentos irremplazables, etc.). Si decido llevar objetos de valor a NVHC, ACEPTO QUE NVHC NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS OBJETOS DE VALOR.

Firmando abajo, indico que revisé, reconozco y doy mi consentimiento para los términos descritos arriba:

Consentimiento en persona

Firma del paciente o parte responsable

Fecha/Hora

Nombre en letra de molde del paciente o la parte responsable si no es el paciente

Relación de la parte responsable con el paciente

Teléfonos

Casa _____

Celular _____

O

Consentimiento por teléfono

Nombre en letra de molde de la persona que da el consentimiento por teléfono

Fecha/Hora

Nombre en letra de molde del paciente o la parte responsable si no es el paciente

Relación de la parte responsable con el paciente

Teléfonos

Casa _____

Celular _____

Nevada Health Centers, Inc.
AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nuestro aviso de prácticas de privacidad (FD-ALL.014s) da información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica protegida. Este aviso incluye una sección sobre Derechos del paciente que describe su derecho a autorizar a un familiar, un amigo o a una persona designada de su elección para que hable sobre su información médica protegida. Tiene el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento completando este formulario y marcando la sección "Quiero cancelar.." abajo.

☐ **Autorizo a las siguientes personas o entidades a que me representen o a que se comuniquen con ustedes y pidan información:**

☐ **Quiero cancelar mi autorización para revelar información de las siguientes personas/entidades:**

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nac.: _____

Si está firmando por un menor de edad, escriba su nombre arriba y el de otro padre/madre o tutor que tenga su autorización para que compartamos información con él/ella.

Las personas nombradas arriba pueden pedir esta información:

☐ **Resurtidos de medicamentos** ☐ **Remisiones**

☐ **Toda la información relacionada con citas** ☐ **Toda la información médica**

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma del paciente (*firma del padre/madre/tutor si el paciente es menor de 18 años*)

Fecha

Nombre en letra de molde (*si es padre/madre/tutor*)