

# New Patient Registration Form



Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Direccion			Ciudad		Codigo Postal
Estado Civil	Fecha de Nacimiento	M/F	Seguro Social		
Cellular		Telefono de Casa		Correo Electronico	
Referido por:		Medico Anterior		Nombre De Farmacia	
Farmacia Telefono		Direccion de Farmacia o Calles Principales			

## Informacion de Empleado/Escuela

Empleado/Escuela		Ocupacion		Telefono de Empleado/Escuela	
Direccion			Ciudad		Codigo Postal

## Contacto De Emergencia

Nombre		Telefono		Relacion	
--------	--	----------	--	----------	--

## Informacion de Seguro

### Seguro Medico Primaria

Nombre de Seguro Medico		Tipo De Plan			
Numero de Miembro	Numero de Grupo		Empleador del Asegurado		
Nombre del Miembro		Relacion al Paciente		Telefono	
Direccion		Ciudad	Estado		Codigo Postal
Social		Fecha de Nacimiento			

### Seguro Medico Secundaria

Nombre de Seguro Medico		Tipo De Plan			
Numero de Miembro	Numero de Grupo		Empleador del Asegurado		
Nombre del Miembro		Relacion al Paciente		Telefono	
Direccion		Ciudad	Estado		Codigo Postal
Social		Fecha De Nacimiento			

Nombre : \_\_\_\_\_

Razón por su visita de hoy:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medicamentos Actuales:**

Nombre	Dosis	Frecuencia

Género \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Alergies**

Tiene alguna alergia a medicamentos?

Nombre de Medicina	Reacción

**Exámenes Preventivos:**

Ultima Colonoscopia: \_\_\_\_\_

Ultima Flu Shot: \_\_\_\_\_ Neumonía shot: \_\_\_\_\_

**Solo Para Mujeres:**

Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Mamograma: \_\_\_\_\_

Última menstruación: \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_

**Historia Médica Pasada Marque solo si le corresponde**

- Alcoholismo       Problemas de espalda
- Alergias             Problemas de sangrado
- Anemia               Enfermedad de sangre
- Epilepsia           Gota     Transfusión de sangre
- Ansiedad           Glaucoma     Cardiopatía
- Artritis              Enfermedades Sexuales
- Asma                 Diabetes     Problema de oídos
- Cida/VIH          Depresión    Infarto de miocardio

- Hepatitis     Sarampión    Abuso de sustancias
- Hipertensión    Migrañas      Trastorno de tiroides
- Colesterol alto    Osteoporosis    Tuberculosis
- Trastorno articulares    Neumonía    Cancer
- Trastorno renal    Derrame cerebral
- Trastorno del hígado    Trastorno de piel
- Enfermedad pulmonar    Otros: \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones y Cirugías**

Razón	Fecha

**Solo Historial Médico Familiar**

Madre	
Padre	
Hermanos/a	
Abuelos	
Otros:	

**Otros Proveedores Médicos/Especialistas**

¿Qué otros Especialistas o médicos ve y Para que?

Nombre de Doctor	Razón

**Historia social**

Eres sexualmente activo?     Si     No

# De parejas durante el año? \_\_\_\_\_

¿Quieres que te revisen para enfermedades de transmisión sexual?  Si    No

Alguna vez has fumado?     Si    No

Cuantos años? \_\_\_\_\_ # Paquetes al Día \_\_\_\_\_

¿Fumas ahora?  Si    No # De paquetas al día \_\_\_\_\_

¿Usa drogas recreativas?  Si    No

Tipos? \_\_\_\_\_ # Veces/Semana \_\_\_\_\_

Cuánto alcohol bebe por semana? \_\_\_\_\_

¿Cuánta cafeína bebe al día? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia hace ejercicio en una semana? \_\_\_\_\_

Con quien vive en casa? \_\_\_\_\_

**Orientacion Sexual : (Por favor circule)**

Heterosexualidad    Homosexualidad    Bisexual

Algo más, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Parte Responsable**

Nombre de Facturacion	Telefono	Relacion al Paciente		
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	

Certifico que soy el paciente o que estoy debidamente autorizado para completar este formulario. Entiendo que aunque tengo cobertura de seguro, soy responsable de cualquier saldo, copago o deducible adeudado en mi cuenta en el momento del servicio. Entiendo completamente que soy responsable de notificar al seguro la información de mi proveedor y de asignar un proveedor de atención primaria (PCP) ANTES de mi cita. También asumo total responsabilidad al actualizar la oficina del proveedor con información actualizada del seguro. La falta de comunicación con el pagador puede resultar en cargos impagos que son responsabilidad financiera total del garante asignado.

Entiendo que hay un cargo de \$50.00 a \$75.00 por citas que no se cancelan, también un cargo de \$50.00 a \$100.00 por formularios y/o cartas de necesidad médica que deben ser completadas por nuestra oficina. Por ejemplo, FMLA (Ley de Licencia Médica Familiar), formularios de autorización laboral, formularios de examen físico y otros. El pago debe realizarse antes de que se acepten los formularios en blanco para ser evaluados en el momento de su cita.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Recetas y solicitudes de resurtidos de medicamentos**

NO RELLENAMOS MEDICAMENTOS POR TELÉFONO. Para reabastecer su medicamento, debe programar una cita y ser atendido por su proveedor. Los medicamentos se envían electrónicamente a su farmacia registrada. Es su responsabilidad mantener su farmacia actualizada antes de su cita. No redactamos ni "llamamos" recetas a mano. Tenga en cuenta que usted es responsable de realizar un seguimiento de la cantidad de resurtidos de medicamentos que quedan en sus recetas. Usted acepta llevar consigo una lista actualizada de medicamentos, dosis e instrucciones en cada cita programada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Notificación de Laboratorio**

Nuestra oficina utiliza varios laboratorios para análisis de sangre, citologías vaginales y muestras de orina. Si su seguro requiere que utilice un laboratorio en particular, deberá informar a nuestro personal de enfermería cada vez que ingrese a nuestra oficina. Es su responsabilidad como paciente conocer sus beneficios. Si no está seguro de si su compañía de seguros le exige que utilice un laboratorio específico, comuníquese con ellos directamente para obtener esa información.

**Tenga en cuenta que es política de nuestra empresa discutir todos los resultados de las pruebas, incluidos los análisis de laboratorio, radiografías, ecografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, etc., en el consultorio durante su visita con el proveedor.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



3061 S. Maryland Pkwy., Ste 104 Las Vegas NV 89109  
Ph: (702) 438-5555 Fax: (702) 438-6666

## Formulario de consentimiento y reconocimiento de HIPPA

Entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y atención de seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.

Obtener el pago de terceros pagadores designados.

Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad o evaluaciones y certificaciones de médicos.

Usted me ha informado de su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica disponible en la oficina. Se me ha otorgado el derecho de revisar dicho Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada de los Avisos de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que esta organización restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que la organización no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si la organización está de acuerdo, entonces está obligada a cumplir con dichas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la organización haya tomado medidas basándose en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



3061 S. Maryland Pkwy., Ste 104 Las Vegas NV 89109  
Ph: (702) 438-5555 Fax: (702) 438-6666

### Contrato de Sustancias Controladas

El propósito de este contrato es evitar malentendidos acerca de ciertos medicamentos que le pueden recetar que están controlados (esto incluye el programa de medicamentos controlados I-V; por ejemplo, analgésicos, benzodiazepinas, medicamentos para dormir, estimulantes, etc.). Esto es para ayudarlo a usted y a su proveedor a cumplir con las regulaciones estatales y federales con respecto a los productos farmacéuticos controlados. Este contrato es esencial para la confianza y la seguridad necesarias en la relación proveedor/paciente y el tratamiento prestado.

1. **Por favor lea, ponga sus iniciales y firme.** Entiendo que si rompo este contrato, mi proveedor puede dejar de recetarme medicamentos controlados. \_\_\_\_\_
2. Me comunicaré completamente con mi proveedor acerca de mi dolor, ansiedad y problemas de sueño y el efecto que esto tiene en mi vida diaria, así como también qué tan bien el medicamento recetado está ayudando a aliviar mis síntomas. \_\_\_\_\_
3. No usaré ninguna sustancia ilegal, incluida la marihuana (a menos que tenga una licencia de marihuana medicinal), cocaína, metanfetamina, etc.. \_\_\_\_\_
4. Acepto usar mi medicamento solo como el proveedor lo ha recetado. \_\_\_\_\_
5. Acepto llevar todo el dolor, la ansiedad o cualquier medicamento controlado que no haya usado a la visita de cada proveedor \_\_\_\_\_
6. Acepto llevar todo el dolor. No compartiré, intercambiaré ni venderé mis medicamentos con nadie, or, la ansiedad o cualquier medicamento controlado que no haya usado a la visita de cada proveedor. \_\_\_\_\_
7. No intentaré obtener ningún medicamento controlado de ningún otro proveedor y entiendo que mi proveedor y la farmacia pueden acceder a un Informe de control de recetas en cualquier momento para confirmarlo. \_\_\_\_\_
8. Protegeré mis medicamentos controlados contra pérdida o robo y entiendo que la pérdida de analgésicos robados no será reemplazada. \_\_\_\_\_
9. Acepto someterme a una prueba aleatoria de drogas en sangre u orina, si mi proveedor lo solicita, para determinar mi cumplimiento con este contrato. \_\_\_\_\_
10. Acepto usar la misma farmacia para todas mis renovaciones de medicamentos controlados. \_\_\_\_\_
11. Entiendo que la farmacia tiene derecho a retener mi receta hasta que se pueda verificar su validez y que el farmacéutico tiene derecho a negarse a surtir mi receta en cualquier momento. \_\_\_\_\_
12. Autorizo al proveedor y a la farmacia a cooperar plenamente con cualquier ciudad, venta u otro desvío de mis medicamentos controlados. \_\_\_\_\_
13. Autorizo a Alpine Healthcare a proporcionar una copia de este acuerdo firmado a mi farmacia cuando lo solicite. \_\_\_\_\_
14. Acepto renunciar a cualquier privilegio o derecho de privacidad o confidencialidad aplicable con respecto a estas autorizaciones. \_\_\_\_\_
15. Acepto seguir todas estas pautas, ya que me las han explicado en su totalidad. \_\_\_\_\_
16. Estoy de acuerdo en que todas mis preguntas e inquietudes se han abordado adecuadamente y se me proporcionará una copia de este contrato firmado. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

Alpine Healthcare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor



3061 S. Maryland Pkwy., Ste 104 Las Vegas NV 89109  
Ph: (702) 438-5555 Fax: (702) 438-6666

**Authorization to Disclose Health Information to Family Members and Friends**

Patient Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_ hereby authorize Alpine Healthcare to release my  
Protected Health Information to \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ either in person, telephone or in writing.

Protected Health Information ("PHI") may include information/documents regarding medical treatment of the patient including, but not limited to, diagnosis, procedures, treatment plans, appointments and test results; account and billing information including, but not limited to, account balances, payments and payment arrangements, insurance claims status, and third party financing.

I understand that the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, and its implementing regulations ("HIPAA") govern the terms of this Authorization. I understand that I am not required to sign this Authorization. I understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the Recipient listed above and, in that case, will no longer be protected by HIPAA.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature or Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Date



3061 S. Maryland Pkwy., Ste 104 Las Vegas NV 89109  
Ph: (702) 438-5555 Fax: (702) 438-6666

## Cuestionario de salud del paciente (PHQ9)

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
2. Sentirse abatido, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal contigo mismo, o que eres un fracaso o que te has decepcionado a ti mismo tu familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberse dado cuenta o lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto o lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Column Totals: \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Add Totals Together: \_\_\_\_\_

**For office use only:**

5-9 minimal 10-14 minor 15-19 moderate >20 severe



**Alexander F. Akhavan    Lance D. Mayor    Mildred Balotro, APRN-CNP**  
3061 S. Maryland Pkwy., Ste 104 Las Vegas NV 89109  
Ph: (702) 438-5555 Fax: (702) 438-6666

**MEDICAL RECORDS RELEASE FORM**

**Date:** \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**I hereby authorize:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**To disclose the following medical records:**

- Complete Hospital Records (Emergency Department, H&P, Discharge Summary, Testing Results, Etc.) Discharge Date:** \_\_\_\_\_
- Medical Records (2 years of complete records)**
- Last 3-4 Consult Notes**
- Other:**

\_\_\_\_\_

**VIA: FAX: (702) 438-6666**

**Mail: Alpine Healthcare, 3061 S. Maryland Parkway, Suite 104, Las Vegas, NV 89109**

I acknowledge and hereby consent to such, that the released information may contain alcohol, drug abuse, psychiatric or HIV testing results and information relating to my health. This authorization shall expire after the fulfillment of this request. This authorization may be revoked by me at any time except to the extent that action has been taken in compliance with it. The revoke authorization form must be completed and submitted to the HIM services department. The information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and is no longer protected.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient

\_\_\_\_\_  
Date