

# Vishal Gandotra, MD INC

## Registración del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro social: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino/Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado

Código Postal

# Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Quien le refirió a esta oficina? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre o # de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre o # de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Asignación de Beneficios del Seguro Medico

**Yo por este medio autorizo a Vishal Gandotra M.D INC a procesar el costo total por el servicio ofrecido dicho día, también me hago responsable de pagar cualquier balance que mi seguro médico no haya pagado.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Vishal Gandotra MD INC

5701 W. Charleston Blvd Suite # 201  
Las Vegas, NV 89146

## Póliza de Colección

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Yo estoy de acuerdo y me hago responsable por todos los cobros sin importar la cobertura del seguro médico. En el momento que deje de pagar mi cuenta y sea mandada al servicio de colección, yo estoy de acuerdo en pagar todas mis deudas de colección y cobros legales que se puedan agregar a mi cuenta.

Regresos de cheques: Se le agregara un cargo a su cuenta de \$25.00 dólares por hacer pagos con una cuenta de cheques sin fondos.

Si usted vuelve a pagar con una cuenta de cheques sin fondos por segunda vez, se puede mandar al servicio de colección para recuperar el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Vishal Gandotra, MD INC

## HISTORIAL FISICAL

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

Cuál es su queja principal: \_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

### Tiene antecedentes de:

- Asma
- Artritis
- Alcoholismo
- Anemia
- Desorden Sanguíneo
- Dolor de Pecho/angina
- Cardiopatía Congénita
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- COPD
- Diabetes
- Agruras
- Alteración del ritmo Cardíaco
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Reemplazo de la válvula Cardíaca
- Presión Alta
- Historia de endocarditis (infección del endocardio).
- VIH/ SIDA
- Ictericia (ojos o piel amarilla)
- Enfermedad Renal
- Enfermedad del Hígado
- Problemas menstruales
- Enfermedad del páncreas
- Ataque Cardíaco
- Falta de Respiración
- Ulceras
- Antecedentes de Cáncer de: \_\_\_\_\_

### Sus hábitos:

- Fuma  Si  No
- Alcohol  Si  No
- Café  Si  No
- Marihuana  Si  No
- Otro  Si  No \_\_\_\_\_



# VISHAL GANDOTRA, M.D. INC

5701 W. Charleston Blvd. #201

Las Vegas, NV. 89146

## **HIPAA y su información médica privada**

### **Que significa HIPAA?**

HIPAA es la portabilidad del seguro médico y La ley de Responsabilidad (HIPAA). Fue puesto en práctica para proteger la privacidad del paciente y también asegura la privacidad de toda la información acumulada de salud que pertenece al paciente. Se convirtió en ley en 1996 bajo el departamento de Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos. Los proveedores de salud privada están protegidos por la ley federal. Usted tiene derechos con respecto a su información personal y establece normas y reglamentos específicos sobre quien puede tener acceso a ella.

### **Porque tengo que firmar los papeles de acuerdo a HIPAA cada vez que veo a un proveedor de atención medica?**

El acuerdo HIPAA establece que se le debe entregar el "Aviso de Practicas de Privacidad" declaración que pertenece a la facilidad que tiene una cita con El. Los estados cuenta de cómo los proveedores de salud pueden utilizar la información de su expediente médico personal y cuando y con quien puede dar la información a. Si usted es un paciente en un centro ordinario, puede que solo tienen que firmar los documentos de la HIPAA una vez y luego se convertirá en parte de su archivo. Algunas instalaciones requieren que usted firme un embargo en cada visita. Depende de la política de la instalación.

### **Mi médico tiene que firmar el acuerdo de HIPAA también?**

El personal médico tiene que firmar un acuerdo de por lo menos una vez al año, que acredite que tiene conocimiento de las disposiciones de la ley, que entienden estas leyes y que respetaran estas leyes. Estos se encuentran archivados en esa instalación en la que trabajan. Estados pueden diferir en sus necesidades, pero las leyes de privacidad de base se deben respetar.

### **Cuáles son mis derechos bajo las leyes federales de HIPAA?**

Usted puede pedir ver su expediente y obtener copias de los mismos. Usted puede hacer todas las correcciones que sienta necesario que sean incluidos en su expediente.

Se le notificara si su información de salud debe ser compartida con otros proveedores de atención médica o especialistas las empresas de seguros e el personal de facturación. Usted puede presentar quejas si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados de cualquier manera.

## Qué tipo de información protege?

Protege cualquier tipo de información de salud tales como consultas, exámenes y procedimientos, diagnóstico, o en otras facetas de la atención médica. Esto incluye información sobre su salud mental, terapia, asesoramiento u otros aspectos del cuidado de la salud mental. La información que se habla, impresa o por vía electrónica todas ellas incluidas en la ley de privacidad HIPPA.

- Otros profesionales de la salud involucrados en su cuidado.
- Para la coordinación de su atención médica con otros especialistas.
- Para reportar cualquier información que afecte la salud pública, como las mordeduras de perro, heridas por armas de fuego o enfermedades infecciosas.

## Mi médico tiene derecho de compartir mi información?

Sí, Su médico profesional tiene el derecho de compartir su información con:

- Otros profesionales de salud involucrados en su cuidado.
- Para la coordinación de su atención médica con otras especialidades.
- Para reportar cualquier información que afecte la salud pública, como las mordeduras de perros, Heridas por arma de fuego o enfermedades infecciosas.
- Con un poco de la familia, amigos u otras personas que se consideren aceptables, para ayudar con su atención médica o las finanzas y facturación.

Tenga en cuenta que si usted quiere que su historial médico, se envíe de una oficina a otra, tendrá que firmar un formulario de autorización.

## Y si quiero acceder a mi información de salud?

Usted debe ser capaz de tener acceso a toda la información de su salud cuando y donde usted quiera. Esto incluye visitas al consultorio, pruebas y resultados de laboratorio, y la comunicación entre profesionales de la salud. Usted también tiene derecho a saber con quién ha sido compartida su información.

## Quien puede ver mi información de salud confidencial?

Cualquier persona directamente involucrada en su cuidado tendría acceso a su información. Los médicos, enfermeras, otros profesionales médicos, oficinas de facturación y secretarial todos pueden tener acceso legal a la misma. Cualquier especialista, el personal que realice las pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas, procedimientos o bien cualquier paciente externo o interno también puede tener acceso a sus registros por el tiempo que usted este en su cuidado. Básicamente cualquier persona que sea necesario para proporcionar la mejor atención médica que pueda recibir.

---

Firma del paciente

Fecha