

# Sleep Center of Yuma

Ashvin Shah M.D./Blanca Huerta PA-C

2110 W. 24<sup>th</sup> St Yuma Az 85364

Pulmonary Ph: 928-344-1891/Sleep Center Ph: 928-726-7106/Fax: 928-726-6306

Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ # de Seguro: \_\_\_\_\_  
# de Tel:( ) \_\_\_\_\_ # de Cell:( ) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo: M/F  
Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
PO Box: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Soltera/o / Casada/o / Divorciada/o / Separada/o / Viuda/o  
Religion: \_\_\_\_\_ Apellido De Mama: \_\_\_\_\_  
Coreo Electronico: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_ Referido Por: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ # de Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

## Lugar de Empleo

RETIRADA/O / TIEMPO COMPLETO / MEDIO TEIMPO / DESCAPACITADA/O / DESEMPLEADA/O

Empleo: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_ # de Tel:( ) \_\_\_\_\_

Esta cubierto por su empleo? Si / No / Esposa/o / Padres

## PERSONA RESPONSABLE SI MENOR DE EDAD

Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimeinto: \_\_\_\_\_ # de Seguro \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

# de Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente: \_\_\_\_\_

## Informacion de Aseguransa

Primaria: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Seguro: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimeinto: \_\_\_\_\_ # de Seguro: \_\_\_\_\_ Empleo: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente, Padres o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Dr Shah / Sleep Center of Yuma**  
**POLÍCA DE MEDICAMENTOS DE LA**  
**OFICINA**

**RELLENAR**

SE REQUIERE UNA SEMANA DE AVISO PARA RELLENAR  
MEDICAMENTOS DE RUTINA. INICIAL \_\_\_\_\_

**POLICA DE AUTORIZACION PREVIA**

La solicitud de autorización previa sobre medicamentos se considerará caso por caso. **Se requiere un mínimo de 7-14 días hábiles**. Es posible que no podamos obtener autorización para algunos medicamentos. En este caso, se la puede cambiar el medicamento o el paciente puede pagar de bolsillo y la autorización sería cancelada.

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SLEEP CENTER OF YUMA**  
**ASHVIN K. SHAH M.D.,P.C. / BLANCA E. HUERTA PA-C**  
**2110 WEST 24<sup>TH</sup> ST., YUMA, AZ. 85364**

OFFICE NUMBER: 928-344-1891 (OR) **928-726-7106**

FAX NUMBER: 928-726-6306

**INSTRUCCIONES: POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS LO MEJOR DE SU CONOCIMIENTO.**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**LISTA DE CONDICIONES MEDICAS (pasado y presente):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

**LISTA DE HOSPITALISACIONES Y CIRUGIAS:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**LISTA DE MEDICAMENTOS:**

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____  |
| 2. _____ | 7. _____  |
| 3. _____ | 8. _____  |
| 4. _____ | 9. _____  |
| 5. _____ | 10. _____ |

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL:**

Ocupacion: \_\_\_\_\_  
 Status Matrimonial: \_\_\_\_\_  
 Uso de Tobacco: Nunca \_\_\_\_\_ Antes \_\_\_\_\_ Ano que paro \_\_\_\_\_  
 Cuanto \_\_\_\_\_ Fuma actualmente \_\_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_\_  
 Alcohol: Nunca \_\_\_\_\_ Anterior \_\_\_\_\_ Presente \_\_\_\_\_  
 Casi diario \_\_\_\_\_ Cuanto \_\_\_\_\_  
 Drogas Recreasionales: Nunca \_\_\_\_\_ Actualmente \_\_\_\_\_  
 Anteriormente \_\_\_\_\_ Ano que dejo \_\_\_\_\_  
 Alguna ves a usado drogas por medio de las venas \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Edad presente (o edad de muerte): \_\_\_\_\_  
 Padre: \_\_\_\_\_  
 Madre: \_\_\_\_\_  
 Hermanos/as: \_\_\_\_\_  
 Hijos: \_\_\_\_\_  
 Alguna persona de su familia a tenido asma, cancer de lo pulmones, enfisema, tuberculosis, ataque el corazon?

Presion Alta:	SI	NO
Cancer:	SI	NO
Ataque el Corazon:	SI	NO
Embolia:	SI	NO
CHF:	SI	NO
Ulceras/Reflujo:	SI	NO

**CIRUGIAS:**

Anginas:	SI	NO
Appendix:	SI	NO
Vesicula:	SI	NO
Cirugia en los pulmones:	SI	NO
Puente de arteria coronaria:	SI	NO
Histerectomia:	SI	NO

**REVISION DE SISTEMAS (Marque "SI" o "NO.")**

1. **Digestivo:** Acides \_\_\_\_\_ Vomitos \_\_\_\_\_  
 Sangre en los desechos \_\_\_\_\_ Ictericia \_\_\_\_\_  
 Estreñimiento \_\_\_\_\_ Diarrea \_\_\_\_\_  
 Dificultad al tragar \_\_\_\_\_ Dolor abdominal \_\_\_\_\_  
 Cambio en los habitos de desecho \_\_\_\_\_
2. **Constitucional:** Perdida de peso \_\_\_\_\_ Fiebre \_\_\_\_\_  
 Fatiga \_\_\_\_\_
3. **Oidos/Nariz/Garganta/Ojos:** Cataratas \_\_\_\_\_  
 Voz ronca \_\_\_\_\_ Dolor de garganta \_\_\_\_\_
4. **Cardiovascular:** Dolor en el pecho \_\_\_\_\_  
 Palpitaciones \_\_\_\_\_ Perdida de aire con esfuerzo \_\_\_\_\_
5. **Respiratorio:** Tos \_\_\_\_\_ Corta respiracion \_\_\_\_\_  
 Ronquido en el pecho \_\_\_\_\_
6. **Genitourinario:** Problemas pasando la urina \_\_\_\_\_  
 Sangre en la urina \_\_\_\_\_ (ultima menstruacion) \_\_\_\_\_  
 ardor al orinar \_\_\_\_\_ Historia de enfermedades transmitida sexualmente \_\_\_\_\_
7. **Hematologico:** Transfusiones de sangre \_\_\_\_\_ Sangra o se le marca la piel facilmente \_\_\_\_\_
8. **Musculoesqueletico:** Dolor en la coyuntura \_\_\_\_\_  
 Hinchazon de coyuntura \_\_\_\_\_ Dolor muscular \_\_\_\_\_
9. **Neurologico:** Dolor de cabeza \_\_\_\_\_ Asimientos \_\_\_\_\_  
 Perdida de conocimiento \_\_\_\_\_
10. **Psycologico:** Estres emocional \_\_\_\_\_ Ansiedad \_\_\_\_\_ Se siente deprimido \_\_\_\_\_ Se siente suicida \_\_\_\_\_
11. **Dermatologico:** Sarpullido \_\_\_\_\_ Cancer de piel \_\_\_\_\_
12. **Endocrina:** Desorden de la tiroides \_\_\_\_\_  
 Diabetes \_\_\_\_\_
13. **Sueno:** Roncando \_\_\_\_\_ Para de respirar \_\_\_\_\_  
 Cansancio excesivo durante el dia \_\_\_\_\_

**SLEEP CENTER OF YUMA**  
**ASHVIN K. SHAH M.D.,P.C. / BLANCA E. HUERTA PA-C**  
**2110 WEST 24<sup>TH</sup> ST., YUMA, AZ. 85364**

OFFICE NUMBER: 928-344-1891 (OR) 928-726-7106

FAX NUMBER: 928-726-6306

**POLIZA DE FINANCI**

Nos gustaría tomar esta oportunidad para bienvenirlo y agradecerles que nos hagan escogido para el cuidado de su salud. Lo siguiente es la poliza de financia para la practica de Ashvin K. Shah, M.D, P.C. Por favor léalo, firme la polica y complete la forma de registraci3n antes de ver al medico. Si gustara una copia de la polic de financia por favor informe a la recepcionista. **Por favor tenga en mente que si tiene un lapso de mas de seis a1os de no tener tratamiento en nuestra oficina su registros ser3n destruidos despu3s de eso seg3n lo indicado.**

**Considerando Asegurancia/Visitas de Oficina/Admisi3n de Hospital:** Su poliza de asegurancia es un contrato entre usted y la compa1a de asegurancia; no somos un partido al contrato. Manaremos la cuenta a las compa1as de seguros no contratantes como cortes3a para su visita de la oficina. Si somos proveedores con su compa1a de seguro, los co-pagos y deducibles son debidos a la hora de servicio. **Referencia requerida por la compa1a de seguro debe de ser presentado al a recepci3n; si una referencia no es obtenida para el tiempo de servicio la cita ser3 cambiada por otro d3a. Obtener la referencia es la responsabilidad del paciente.** Servicios obtenidos en el hospital ser3n cobrados a su compa1a de seguro; sin embargo usted es responsable por los servicios no cubiertos. Aceptamos beneficios; sin embargo deducibles y costo se mantendr3n su responsabilidad. El medico tiene conocimiento limitado a los cobros de los pacientes. Cualquier pregunta al tartar su cobro deber3n ser dirigido al department de cobros o al supervisor. Pago complete es cobrado el d3a de servicio para todas las compa1as de seguros no contratados. Nuestra forma de pago son Efectivo, Cheque, Visa y Mastercard.

**Generalmente y Tarifas Acostumbradas:** Nuestra practica estas cometida a proveer el mayor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es cual el generalmente acostumbrado para nuestra 3rea. Usted es responsable del pago sin importar cualquier determinaci3n arbitraria de la compa1a de seguros de acostumbrado generalmente.

**Seguros Suplementarios:** Pacientes con Medicare so le hacemos cobros a pagadores secundarios; sin embargo si su seguro secundario no paga el en plazo de 30 d3as despu3s de Medica usted ser3 responsable del pago y de coleccionar de su seguro secundario. Seguros secundarios ser3n cobrados una vez solamente, si el seguro no paga en el plazo de 30 d3as del cobro original usted ser3 cobrado por el balance.

**Mala Deuda/Colecci3n:** Si su cuenta se da vuelta a una agencia de coleccion, todas las visitas futuras ser3n cargadas en una base de efectivo.

**Si tiene una pregunta sobre la informaci3n de arriba, por favor no dude en consultarnos. Estamos aqu3 para ayudarle!**

**FIRMA (PACIENTE O GUARDIAN):** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

ASHVIN K. SHAH MD, BLANCA HUERTA PA-C

2110 WEST 24 STREET YUMA, AZ. 85364

NÚMEROS de oficina: 928-344-1891 (O) 928-726-7106 número de FAX: 928-726-6306

Este Aviso describa cómo se puede usar y divulgar la información sobre la salud, también cómo puede obtener acceso a esta información.

POR favor revisa cuidadosamente. LA privacidad de su información de salud es importante para nosotros

**NUUESTRO deber LEGAL:** Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos concernientes a su Información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en esta noticia mientras está en vigencia. Este aviso tiene efecto el 15 de abril de 2003 y permanecerá en vigencia hasta que lo remplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad. La ley aplicable permite cambios en los términos de este aviso en cualquier momento. Los nuevos términos de este aviso serán efectivos para la información de salud que mantenemos, incluyendo la información de salud que hemos creado o recibido antes de que se realizarán los cambios. Le informaremos a los pacientes de cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad a través de una copia updates de este aviso, que estará disponible bajo petición. Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información indicada al final de este aviso.

**Usos y divulgación de la información de salud Usamos y revelamos su información médica.** para operaciones de tratamiento, pago y salud. Ejemplo

**TRATAMIENTO:** podemos utilizar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que proporcione tratamiento a petición escrita.

**PAGO:** podemos usar o revelar su información de salud para obtener el pago por los servicios que se le brindan.

**Salud OPERACIONES de salud:** nosotros podemos uso o divulgamos su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de salud incluyen las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, revisión de la competencia y quillificación de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de los profesionales, así como la administración de programas de capacitación, acreditación, actividades de certificación, licencias o credencial. Su autorización: en adición para nuestro uso de su salud información para tratamiento, pago O salud operaciones, que puede dar nos escrito autorización para uso O revelar su salud información para cualquier persona para cualquier propósito. Que puede revocar esta autorización en escritura en cualquier hora. Su revocación se no afectan cualquier uso de antes divulgaciones permitido por su Autorización mientras si fue en efecto. *A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o revelar su información de salud por ninguna razón, excepto las desCRITICAS en este aviso.*

**SU familia y FREINDS:** Que debe revelar salud información para que Como descriptico en la Pacientes ' derechos sección de este aviso. Que puede revelar su salud información para una familia miembro, amigo, O otra persona para la Grado necesario para ayuda con su salud O con pago para su salud, pero sólo si qué Acuerdo que Puede hacer así.

**PERSONA/S INVOLUCRada en su cuidado:** Que puede uso O revelar su salud información para localizar, identificar Y notificar una familia miembro, su personal representante, O otra persona responsable para su cuidado sobre su ubicación, su general condición, O su muerte. Si que son presentes, entonces antes para la Uso O divulgación de su salud información, que puede proporcionar que con una oportunidad para objeto para tal utiliza O divulgaciones. En la Evento que Son incapacitado O en emergencia circunstancias, que se Usó Nuestro profesional juicio en revelar sólo salud información que es directamente relevante para, la Personas ' participación en su salud. Que se también uso nuestro profesional juicio Y nuestra experiencia con Común prácticas para hacer razonables decisiones en su mejor interés en permitiendo una persona para recoger firmado las prescripciones Médica suministros, X-Rayos O similares formas de salud información.

**SERVICIOS de MARKETING relacionados con la salud:** Que se no uso su salud información para marketing comunicaciones sin su escrito autorización.

**Investigación** Que puede uso O revelar su salud información para investigación proyectos, tal como estudiando la Eficacia O tratamiento que recibido. Esta investigación proyectos debe ir por un especial progreso para proteger la Confidencialidad de su salud información.

**REQUERIDO por la ley:** Que Puede Uso O Revelar Su Salud Información Cuando Que Son Obligatorio Para hacerlo Por Ley. Podemos revelar su información de salud a las autoridades competentes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos revelar su información médica en la medida necesaria para evitar una seria amenaza a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otros.

**SEGURIDAD nacional:** Podemos revelar la información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar la información de salud requerida para la inteligencia legal, Contador Inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional a los funcionarios federales autorizados. Bajo ciertas circunstancias, podemos revelar la información de salud de los reclusos a instituciones correccionales o oficiales de la ley que tienen custodia legal.

**Recordatorios cita:** Podemos usar o revelar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas, tales como mensajes de correo de voz, postales o cartas.

**ACCESO a los derechos de los pacientes:** Usted tiene el derecho de ver y/o obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Estamos encantados de proporcionarle copias de su información de salud en el formato de su solicitud, a menos que no podamos hacerlo. Usted debe hacer que usted solicite por escrito para obtener acceso a su información de atención médica. Si usted solicita copias, le cargo un precio responsable por el tiempo del personal para localizarlo, copiarle información de salud y franqueo si desea que le envíen las copias por correo. Si lo prefiere, le prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por un honorario. Póngase en contacto con nosotros utilizando la información de este formulario para la estructura de honorarios.

**DIVULGACIÓN contable:** Usted tiene el derecho de recibir una lista de los casos en los cuales hemos divulgado su información de salud para los propósitos que no sean tratamiento, pago o operaciones de salud en los últimos 6 años antes del 15 de abril de 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a solicitudes adicionales.

**Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a acordar aplicar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, respetaremos nuestro acuerdo, excepto en caso de emergencia.

**COMUNICACIÓN alternativa:** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos para la comunicación o en una dirección alternativa. Usted debe hacer esta petición por escrito, y debe especificar los medios alternativos de comunicación o la dirección alternativa, y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo los pagos serán manejados bajo estos medios alternativa.ve.

**Enmienda:** Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos su información de salud. Su petición debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Preguntas y quejas:** Usted puede Informarnos de una queja usando la Información de contacto abajo (1) si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad; (2) si no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información de salud; (3) en respuesta a una solicitud que usted hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud; (4) solicitar que nos comuniquemos con usted por medlos alternativos o en una dirección alternativa. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. A petición, le proporcionaremos esta dirección para presentar una queja. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o tiene alguna pregunta o preocupación, por favor Comuníquese con nosotros.

**INFORMACIÓN de contacto:** VALERIE HAWKINS, OFFICE MANAGER/2110 WEST 24 ST., YUMA, AZ. 85364/PHONE: 928-344-1891

FIRMA (paciente o guardián) \_\_\_\_\_ fecha \_: \_\_\_\_\_