

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

INFORMACION IMPORTANTE PARA NUESTROS PACIENTES

INFORMACION DESPUES DEL HORARIO DE OFICINA:

SI TIENE UNA EMERGENCIA LAME AL 911.

Si necesita hablar con un miembro de nuestra oficina llame durante el horario de oficina de 10:00 am hasta las 4:30 pm de Lunes a Viernes. El servicio automatizado no recibira mensajes. Si necesita hablar con el doctor por favor llame durante el horario de oficina y el doctor lo llamara en un periodo de tres dias laborales despues del horario de oficina. Si usted cree que necesita hablar con el doctor antes que el doctor lo llame, por favor haga un cita para y el doctor estara encantado de ayudarle a solucionar su problema.

RELLENADO DE MEDICAMENTOS:

Si necesita rellenar su medicamento por favor llame a su farmacia y pidale que nos envie una peticion de relleno via fax. No es necesario llamar a la oficina. Por favor permitanos hasta hasta 3 dias laborales para responder. NO PERMITA QUE SU MEDICINA SE ACABE. Llamar a la oficina no acelerara el proceso. El doctor debe revisar su historia clinica antes de enviar la autorizacion a su farmacia. Ademas, si usted no regreso a su siguiente cita, sus medicamentos no se rellenaran hasta que sea visto.

La medicina no es una ciencia exacta. El tiempo que se le dedica a los pacientes en la consulta puede exeder lo previsto. Un atraso de una hora o mas podria ocurrir. Apreciamos su paciencia y cooperacion.

POR FAVOR GUARDE ESTE DOCUMENTO PARA REFERENCIA EN EL FUTURO.

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

INFORMACION DEL PACIENTE

FECHA: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ 2DO NOMBRE: _____

DIRECCION: _____ APT# _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ COD POSTAL: _____

TELEFONO DEL DOMICILIO: (____) ____-____ CELULAR: (____) ____-____ TELEFONO ALTERNATIVO (____) ____-____

SSN: ____-____-____ SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO DIVORCIADO SEPARADO VIUDO

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: APELLIDO DEL PADRE/GUARDIAN: _____ NOMBRE: _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE: _____ TRABAJO# (____) ____-____ OCUPACION: _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____ SUIT: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ COD POSTAL: _____

DIRECCION DEL GARANTE: _____ APT# _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ COD POSTAL: _____

TELEFONO DEL DOMICILIO: (____) ____-____ TRABAJO: (____) ____-____ CELULAR: (____) ____-____

SSN: _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE FAMILIAR O AMIGO LOCAL QUE NO VIVA CON USTED _____

RELACION: _____ TELEFONO DEL DOMICILIO: (____) ____-____ CELULAR: (____) ____-____ TRABAJO: (____) ____-____

INFORMACION DE LA ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION DE RECLAMACIONES _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ COD POSTAL _____

APELLIDO DEL DUENO DE LA POLIZA _____ NOMBRE _____ 2do NOMBRE _____

SSN ____-____-____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

NUMERO DE POLIZA _____ GRUPO _____ EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

ASEGURANZA SECUNDARIA: _____ TELEFONO: _____

DIRECCION DE RECLAMACIONES _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ COD POSTAL _____

APELLIDO DEL DUENO DE LA POLIZA _____ NOMBRE _____ 2do NOMBRE _____

SSN ____-____-____ FECHA DE NACIMIENTO _____ RELACION CON EL PACIENTE _____

NUMERO DE POLIZA _____ GRUPO _____ EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____

La informacion proporcionada arriba es verdadera segun tengo entendido. Autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a mi medico. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. Tambien autorizo a Mouchir Harb M.D. o a la compania de seguros a entregar cualquier informacion necesaria para procesar mis reclamos.

FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN _____ FECHA _____

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO

Yo, _____ por esta vía acepto y doy mi consentimiento a Mouchir Harb M.D. para encargarse de mi cuidado médico y tratamiento así como sea necesario para un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi condición física y mental.

Al firmar abajo usted le ha dado su consentimiento a Mouchir Harb M.D. para cuidarlo y tratarlo.

AVISO DE PRIVASIDAD EN SU CUIDADO SEGUN HIPAA

(Esta página se mantendrá en su historia clínica en la oficina del doctor Mouchir Harb)

Es requisito por ley, mantener la privacidad de nuestros pacientes y proveer a los mismos con la información requerida sobre nuestra obligación de mantener su información de salud protegida y en privado. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta planilla, por favor dirijase a la recepción.

CONOCIMIENTO DE NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD

Por esta vía reconozco que he recibido o me han dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de Privacidad de la oficina del doctor Mouchir Harb. Al firmar abajo también estoy reconociendo que he recibido y/o he tenido la oportunidad de recibir el aviso de privacidad.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Firma: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

POLITICA DE LA OFICINA

Se requiere que lea la siguiente información con respecto a nuestras reglas de oficina. Si tiene alguna pregunta por favor diríjase a la recepción para aclararle sus dudas.

HORARIO DE OFICINA:

Nuestra oficina abre de 10:00am a 4:30pm de lunes a viernes, el último paciente es atendido a las 4:30pm. Cerramos los fines de semana y la mayoría de los días feriados.

RELLENADO DE MEDICAMENTOS:

Si necesita rellenar su medicamento por favor llame a su farmacia y pídale que nos envíe una petición de relleno vía fax. No es necesario llamar a la oficina. Por favor permítanos hasta 3 días laborales para responder. NO PERMITA QUE SU MEDICINA SE ACABE. Llamar a la oficina no acelerara el proceso. El doctor debe revisar su historia clínica antes de enviar la autorización a su farmacia. Los narcóticos no se pueden rellenar por teléfono o vía fax. Es mandatorio asistir a la oficina todos los meses para el relleno de los mismos. Además, si usted no regresa a su siguiente cita, sus medicamentos no se rellenaran hasta que sea visto.

CITAS PROGRAMADAS:

Si usted no puede mantener su cita por favor canceléla con 24 horas de antelación o se le cobrara un impuesto de \$25.00. Si usted cancela su cita el mismo día o no asiste a la misma se le cobrara un impuesto de \$25.00.

Si usted no puede mantener su cita para cualquier examen tiene que avisarnos con 72 horas de antelación o se le cobrara un impuesto de \$75.00 que debe pagar antes de reprogramar su cita.

POLITICA SOBRE TELEFONOS:

Todos los teléfonos tienen que ser apagados en la oficina. No se permite uso de cámaras, teléfonos con cámara o fotografías de ningún tipo sin un consentimiento por escrito de nuestra oficina. No se permite grabación de video o audio de ningún tipo sin consentimiento por escrito de nuestra oficina.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION DE SALUD PROTEJIDA A FAMILIARES E INSTITUCIONES MÉDICAS

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

(si el paciente es menor)

Si el Doctor Mouchir Harb necesita dar resultado de sus exámenes o información médica deberíamos...

Marque todos los que aplican:

Dejar un mensaje detallado en el contestador automático.

Dejar un mensaje con mi esposo/a o familiar.

Llamar a su teléfono celular, el número de teléfono es: _____

Llamar a su centro de trabajo, el número de teléfono es: _____

Yo, _____ con fecha de nacimiento _____, doy autorización al doctor Mouchir Harb y a sus empleados a revelar información protegida sobre mi salud a mis familiares, amigos e instituciones médicas siguientes:

Nombre: _____ relación con el paciente: _____

Nombre: _____ relación con el paciente: _____

Nombre: _____ relación con el paciente: _____

Nombre: _____ relación con el paciente: _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que para revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentarlo en la recepción de la oficina del doctor Mouchir Harb.

Yo entiendo que la revocación no se aplicara a información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que autorizando la revelación de esta autorización y no necesito firmar esta planilla para asegurar tratamiento. Yo entiendo que cualquier revelación de información corre el riesgo potencial de una nueva revelación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad federal. Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información de salud, puedo recibir mas información a través del doctor o sus empleados.

A menos que esta autorización sea revocada por otra parte, expirara un año después de la fecha en que se firme.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN

FECHA

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

HIPAA Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

Uses and Disclosures of Protected Health Information

Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the physician's practice, and any other use required by law.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you. For example, your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Payment: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of medical students, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment.

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as Required By Law, Public Health issues as required by law, Communicable Diseases: Health Oversight: Abuse or Neglect: Food and Drug Administration requirements: Legal Proceedings: Law Enforcement: Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation: Research: Criminal Activity: Military and National Security: Workers' Compensation: Inmates: Required Uses and Disclosures: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of Section 164.500.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures: Will be made only with your consent, authorization or opportunity to object unless required by law.

You may revoke this authorization, at any time, except to the extent that your physician or the physician's practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

Your Rights: Following is a statement of your rights with respect to your protected health information.

You have the right to inspect and copy your protected health information:

Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records; psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information.

You have the right to request a restriction of your protected health information:

This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply.

Your physician is not required to agree to a restriction that you may request. If the physician believes that it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. You then have the right to use another Healthcare Professional. You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively i.e. electronically.

You may have the right to have your physician amend your protected health information. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information.

We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

Complaints:

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contract of your complaint. We will not retaliate against you for filing a complaint.

This notice was published and becomes effective on/or before April 14, 2003.

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any objection to this form, please as to speak with our HIPAA Compliance Officer in person or by phone at our main phone number.

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN POLITICA FINANCIERA

CO-PAGO/CO-ASEGURANZA:

TODO CO-PAGO/CO-SEGURO Y DEDUCTIBLES DEBE SER PAGADO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

Esperamos que realice el pago del mismo a menos que un previo arreglo se haya hecho. Los pacientes son responsables de conocer su propia seguridad. Si usted cambia de seguridad es su responsabilidad informar a nuestra oficina.

En el caso de que su portador de seguro requiera reembolso por pago hecho a nosotros, usted será responsable por todo pago de los servicios ofrecidos.

En el caso de que su compañía de seguro establezca una "lista interna de honorarios habituales y establecidos" usted será responsable por la diferencia entre los cargos y el pago de los honorarios habituales y establecidos.

SI ALGUN PAGO ES HECHO DIRECTAMENTE A USTED POR SERVICIOS OFRECIDOS POR NUESTRA OFICINA, ES SU OBLIGACION ENVIAR DICHO PAGO LO ANTES POSIBLE A NUESTRA OFICINA.

Hay un cargo de \$25.00 por todo cheque regresado además del costo impuesto por el banco.

Debido al incremento de cheques regresados, a partir del 1 de Abril de 2007, la oficina del doctor Harb no continuara aceptando cheques. Aceptamos: Visa®, MasterCard®, tarjeta de débito y efectivo solamente!!!

Por este medio adjudico al doctor Mouchir Harb todo beneficio médico y/o de cirugía ser incluido mi beneficio medico principal en el cual estoy autorizado, incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado y tercera institución responsable. Una copia de este documento es considerada tan válida como la original. Por este medio autorizo a dichos asignados, revelar toda información necesaria, incluyendo historial médico, para asegurar pagos. Dado el caso que tengamos que enviar su cuenta a colecciones, esta oficina agregara hasta un 50% al balance.

Como cortesía le enviaremos a su compañía de seguros la cuenta con su porción de la misma, sin embargo cualquier cantidad que su compañía de seguro asigne como responsabilidad del paciente será enviada a usted.

Yo he leído la información de arriba, y entiendo mis responsabilidades en el pago de mi cuenta.

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL GARANTE (SI EL PACIENTE ES MENOR)

FECHA

NOMBRE DEL TESTIGO

FIRMA

FECHA

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

Yo entiendo que

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

SINTOMAS: Circule cualquier síntoma que usted tenga actualmente o haya tenido en un periodo de un año.

GENERAL

Depresión
Mareo
Desmayos
Fiebre
Dolor de cabeza
Problemas de memoria
Pérdida de sueño
Inexplicable pérdida de peso
Nerviosismo
Entumecimiento
Sudor nocturno
Tos crónica
Espujo con sangre

GASTROINTESTINAL

apetito pobre
retención de líquido
cambios intestinales
estreñimiento
diarrea
hambre excesivo
sed excesiva
gases
hemorroide
indigestión
nauseas
sangramiento anal
dolor de estómago
Vómitos
Vomito con sangre

OJOS, OIDOS, NARIS, GARGANTA

sangramiento en las encías
visión borrosa
bizquera
dificultad para tragar
doble visión
dolor de oído
fiebre del heno
ronquidos
sangramiento nasal
pérdida auditiva
tos persistente
ruido en los oídos
sinusitis
visión brillante y con destellos

SOLO HOMBRES

Quiste en el pecho
Erección dificultosa
Quiste en los testículos
Secreción del pene
Llagas en el pene
Otros

MUSCULO, COYUNTURA, HUESO

Dolor, debilidad, entumecimiento en:
brazos cadera
espalda piernas
pies cuello
manos hombros
tobillos inflamados

CARDIOVASCULAR

dolor de pecho
irregular latidos del corazón
presión baja
presión alta
problemas circulatorios
taquicardia

SOLO MUJERES

Secreción anormal
Sangramiento anormal
Quiste en los senos
Dolor menstrual severo
Accesos repentinos de calor
Coito doloroso
Secreción vaginal
Está embarazada? _____

PIEL

hematomas fácilmente
urticaria
picazón
cambio en verrugas
erupción
cicatrices
llagas que no cicatrizan

SISTEMA URINARIO

orina con sangre
frecuente orina
descontrol de la vejiga
dolor al orinar

Viajo recientemente fuera de los Estados Unidos? _____

Hay hacinamiento en su hogar? _____ Alguien en su hogar ha sido diagnosticado con tuberculosis? _____

CONDICIONES MÉDICAS: circule las condiciones médicas que tiene o haya tenido en el pasado año

Alcoholismo	cataratas	hepatitis	pérdida de embarazo	problema en los riñones
Artritis	varicela	hernia	mononucleosis	problema en el hígado
Anemia	diabetes	herpes	esclerosis múltiple	migraña/dolor de cabeza
Anorexia	enfisema	colesterol alto	papera	enfermedades cardiovasculares
Apendicitis	epilepsia	VIH/Sida	marcapasos	problemas en la próstata
Asma	glaucoma	neumonía	tiroides	cuidados psiquiátricos
Sangramiento	bocio	polio	ulcera	fiebre reumática
Bronquitis	gonorrea	sarampión	intentos suicida	accidente cardiovascular
Bulimia	gota	escarlatina		enfermedades venéreas
Cáncer	amigdalitis	fiebre tifoidea		dependencia química

MEDICAMENTOS: mencione todos los medicamentos que toma actualmente

ALERGIAS

Las Vegas Neuroscience and Pain Medicine Institute

TELEFONO: 702-220-5557 FAX: 702-220-5565

DONDE LA SALUD Y EL CUIDADO SE UNEN

INFORMACION FAMILIAR:

Alguno de sus familiares de sangre tiene siguiente:

Complete la información sobre su familia inmediata.

Enfermedad	Relación
Enfermedad en los riñones	
Tuberculosis	
Artritis, Gota	
Asma, Fiebre alta	
Cáncer	
Dependencia química	
Diabetes	
Enfermedad cardíaca	
Accidente cardiovascular	
Presión alta	
Otra	

RELACION	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD AL MORIR	CAUSA DE MUERTE
PADRE				
MADRE				
HERMANO				
HERMANO				
HERMANO				
HERMANO				
HERMANA				
HERMANA				
HERMANA				
HERMANA				

HOSPITALIZACION

EMBARAZOS _____.

Año	Hospital	Motivo	Año	Sexo	Complicaciones

Alguna vez ha tenido transfusión de sangre? Si No Si si, por favor diga las fechas: _____.

HABITOS DE SALUD

OCUPACIONAL

Por favor indique cuanto usted usa: _____ por favor indique si su empleo lo expone a: _____

Cafeína _____ Estrés _____

Tabaco/cigarros _____ Substancias riesgosas _____

Drogas callejeras _____ Levantamiento de cosas pesadas _____

Otros _____ Otros _____

Cuál es su ocupación: _____

Ha tenido algún daño o enfermedad seria? Si No Si si, por favor menciónelos _____

La información de arriba está completa y es correcta en lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi doctor si algún cambio ocurre en mi salud o la de mi menor.

Firma del paciente o guardián Fecha

Nombre del paciente o guardián Fecha

Firma del testigo Nombre Fecha