



**DEMOGRAPHIC INFORMATION / INFORMACION DE PACIENTE**

Last Name/apellido: \_\_\_\_\_ First Name/nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date of Birth / fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Sex / sexo: \_\_\_\_\_ Race / raza: \_\_\_\_\_

Social Security # / seguro social: \_\_\_\_\_ Ethnicity / etnico: \_\_\_\_\_

Address #1 / direccion #1: \_\_\_\_\_

Address #2 / direccion #2: \_\_\_\_\_

City / ciudad: \_\_\_\_\_ State / estado: \_\_\_\_\_ Zip / zona postal: \_\_\_\_\_

Language / lenguaje: \_\_\_\_\_

Marital status / estado matrimonial: \_\_\_\_\_

Whom may we thank for referring you to our practice? \_\_\_\_\_

¿quien podemos agradecer por referirlo a nuestra práctica? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONTACT INFORMATION / INFORMACION DE CONTACTO HOME PHONE / TELEFONO:**

Work Phone / telefono de trabajo: \_\_\_\_\_ Cellphone / celular: \_\_\_\_\_

Email / correo electronico: \_\_\_\_\_

Check to receive educational marketing material.

How would you like to be contacted?  Email  Text  Phone

Revise para recibir material educativo de marketing.

¿Cómo te gustaría que te contacten?  correo electrónico  texto  llamada

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION / CONTACTO DE EMERGENCIA**

Contact Last Name / apellido de contacto: \_\_\_\_\_

Contact First Name / nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Contact Phone / telefono de contacto: \_\_\_\_\_

Relationship / relacion: \_\_\_\_\_

Address / direccion: \_\_\_\_\_

City / ciudad: \_\_\_\_\_ State / estado: \_\_\_\_\_ Zip / zona postal: \_\_\_\_\_

**PRIMARY CARE / ATENCION PRIMARIA**

Physician Name / nombre del medico: \_\_\_\_\_

Practice Name / nombre de oficina: \_\_\_\_\_

Address / direccion: \_\_\_\_\_

City / ciudad: \_\_\_\_\_ State / estado: \_\_\_\_\_ Zip / zona postal: \_\_\_\_\_

Pharmacy Name / farmacia: \_\_\_\_\_

Pharmacy Phone / telefono de farmacia: \_\_\_\_\_

Pharmacy Location / ubicacion de la farmacia: \_\_\_\_\_

**By signing below, I attest that the information provided above is true and accurate. / Al firmar abajo, yo doy fe de que la información proporcionada es verdadera y exacta.**

Signature / firma: \_\_\_\_\_ Date / fecha: \_\_\_\_\_



**INSURANCE INFORMATION**

**Primary Insurance /** *aseguranza primaria:* \_\_\_\_\_ **Co-pay / co-pago:** \_\_\_\_\_

**Group # / # grupo:** \_\_\_\_\_ **Policy # / # policy:** \_\_\_\_\_

**Insured Name / nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_

**SSN / seguro social:** \_\_\_\_\_ **DOB / fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient / relacion:** \_\_\_\_\_

**Address / direccion:** \_\_\_\_\_

**City / ciudad:** \_\_\_\_\_ **State / estado:** \_\_\_\_\_ **Zip / zona postal:** \_\_\_\_\_

**Phone / telefono:** \_\_\_\_\_

**Policyholder's Employer / nombre del empleador del seguro:** \_\_\_\_\_

**Employer's Address / direccion del empleador:** \_\_\_\_\_

**City / ciudad:** \_\_\_\_\_ **State / estado:** \_\_\_\_\_ **Zip / zona postal:** \_\_\_\_\_

**Secondary insurance /** *aseguranza secundaria:* \_\_\_\_\_ **Co-pay / co-pago:** \_\_\_\_\_

**Group # / # grupo:** \_\_\_\_\_ **Policy # / # policy:** \_\_\_\_\_

**Insured Name / nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_

**SSN / seguro social:** \_\_\_\_\_ **DOB / fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Patient / relacion:** \_\_\_\_\_

**Address / direccion:** \_\_\_\_\_

**City / ciudad:** \_\_\_\_\_ **State / estado:** \_\_\_\_\_ **Zip / zona postal:** \_\_\_\_\_

**Phone / telefono:** \_\_\_\_\_

**Policyholder's Employer / nombre del empleador del seguro:** \_\_\_\_\_

**Employer's Address / direccion del empleador:** \_\_\_\_\_

**City / ciudad:** \_\_\_\_\_ **State / estado:** \_\_\_\_\_ **Zip / zona postal:** \_\_\_\_\_

**EMPLOYMENT STATUS / ESTADO DE EMPLEO**

**Employed/empleo**     **Unemployed/desempleado**     **Student/estudiante**     **Retired/jubilado**

**Occupation / ocupacion:** \_\_\_\_\_

**Business Name / nombre del negocio:** \_\_\_\_\_

**Business Phone / telefono del negocio:** \_\_\_\_\_

**By signing below, I attest that the information provided above is true and accurate. / Al firmar abajo, yo doy fe de que la información proporcionada es verdadera y exacta.**

**Signature / firma:** \_\_\_\_\_ **Date / fecha:** \_\_\_\_\_

**Your insurance card and picture ID are required at the time of your visit. / Su tarjeta de seguros y de imagen id se requieren en el momento de su visita.**



**FINANCIAL POLICY**

We are committed to providing you with the best possible care. WE MUST EMPHASIZE THAT AS MEDICAL CARE PROVIDERS, OUR RELATIONSHIP IS WITH YOU, NOT YOUR INSURANCE COMPANY. YOUR INSURANCE IS A CONTRACT BETWEEN YOU, YOUR EMPLOYER AND THE INSURANCE COMPANY; WE ARE NOT PARTY TO THAT CONTRACT. All charges are your responsibility from the date of service rendered. We realize that insurance companies need processing time; however, all charges will become due and payable if the insurance company does not reimburse **NEVADA EAR + SINUS INSTITUTE** within 90 days or within the guidelines mandated by the NV state Board Bill #SB145.

Please familiarize yourself with your insurance policy and its requirements. Many companies require a referral from the primary care physician. WE WILL ATTEMPT TO OBTAIN THESE AS A COURTESY; HOWEVER, THE POLICYHOLDER MUST BE PROACTIVE IN ASSURING THE REQUIREMENTS ARE MET PRIOR TO THE VISIT.

If you have medical insurance with which we are contracted, we will bill your insurance company. All deductibles, co-payments and non-covered items are due at the time of check-in.

**Collection fees policy:**

I, \_\_\_\_\_ (patient, parent or guardian name) hereby agree to be financially responsible for all charges incurred regardless of insurance coverage. In the event my account is referred to a collection service due to lack of payment on my part, I agree to pay all collection / legal fees that may be added to my account.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient, parent / guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**Returned checks:** A \$25 non-sufficient funds fee will be charged for checks initially returned unpaid by your bank. We repost and forward all returned checks to the Clark County District Attorney's office.

Initials: \_\_\_\_\_

**No-show fees:** There is a \$25 no-show/late-cancellation fee. All appointments must be cancelled by 3 p.m. the previous day. Insurance will not cover charges for no-show/late-cancellation.

Initials: \_\_\_\_\_



## FINANCIAL POLICY

Estamos comprometidos a brindarle la mayor atención posible. Debemos enfatizar que como proveedores de atención médica, nuestra relación es contigo, no con su compañía de seguros. Su seguro está en un contrato entre usted, tu empleador, y la compañía de seguros; no somos parte de ese contrato.

Todos los cargos son su responsabilidad a partir de la fecha del servicio prestado. Nos damos cuenta de que las compañías de seguros necesitan tiempo de procesamiento; sin embargo todos los cargos serán pagaderos si la compañía de seguros no reembolsa Nevada Ear + Sinus Institute dentro de 90 días o dentro de las directrices ordenadas por NV proyecto de ley del consejo #SB145.

Por favor familiarizarse con su compañía de seguros y requisitos. Muchas compañías requieren una referencia del médico de atención primaria. Intentaremos obtener estos como cortesía; sin embargo, el asegurado debe ser proactivo para garantizar que se cumplan los requisitos antes de las visitas.

Si tiene un seguro médico con el cual estamos contratados, le facturaremos a su seguro. Todos los copagos deducibles y los artículos no cubiertos vencen en el momento del registro.

### Política de tarifas de cobro:

Yo, \_\_\_\_\_ (paciente, padre o guarda de niño) acuerda ser financieramente responsable de todos los cargos incurrido independientemente de la cobertura del seguro. En caso de que mi cuenta sea referida un servicio de recolección debido a la falta de pago de mi parte acepto pagar todas las tarifas de cobro/ legales eso se puede agregar a mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient, parent / guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**Cheques devueltos:** Una tarifa de fondo no suficiente de \$25, se le cobrará por cheques devueltos inicialmente sin pagar por su banco. Volvemos a publicar y reenviamos todos los cheques devueltos al Clark County District Attorney's Office.

Initials: \_\_\_\_\_

Hay una tarifa de cancelación/ tardía de \$25 NO-SHOW. Todas las citas deben ser canceladas antes de las 3PM el día anterior. El seguro no cubrirá los cargos por cancelación/ tardía o no-show.

Initials: \_\_\_\_\_



**AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION**

**Authorization to release or use information for treatment, payment or health care operations**

I hereby authorize the release or use of my individually identifiable health information (protected health information or PHI) and medical information by \_\_\_\_\_ in order to carry out treatment, payment or health care operations. You should review the practice’s notice of privacy practices for a more complete description of the potential release and use of such information, and you have the right to review such notice prior to signing this consent form.

We reserve the right to change the terms of this notice of privacy practices at any time. If we do make changes to the terms of this notice of privacy practices, you may obtain a copy of the revised notice by writing our practice or requesting a copy from our front desk staff. You retain the right to request that we further restrict how your protected health information is released or used to carry out treatment, payment or health care operations. Our practice is not required to agree to such requested restrictions; however, if we do agree to your requested restriction(s), such restrictions are then binding on the practice.

**IF YOU WOULD LIKE TO REVIEW A COPY OF OUR PRACTICE’S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES,  
PLEASE REQUEST FROM RECEPTIONIST**

I agree and consent to \_\_\_\_\_ releasing information to me in the following manners:

**Via mail**  
Address / dirreccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Via telephone**  
Phone / telefono: \_\_\_\_\_

**Via fax**  
Fax: \_\_\_\_\_

By signing below, I attest that the information provided above is true and accurate.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

### Autorización para divulgar o utilizar la información para el tratamiento, el pago o los operadores del cuidado medico.

Por la presente autorizo la liberación o uso de mi información de salud individualmente identificable (información de salud protegida o PHI) y información médica por \_\_\_\_\_ para llevar a cabo el tratamiento, operaciones de pago o atención médica. Usted debe revisar el aviso de prácticas de privacidad de la práctica para una descripción más completa de la posible liberación y uso de dicha información y usted tiene el derecho de revisar dicha notificación antes de firmar este formulario de consentimiento.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si realizamos cambios en los términos de este aviso de prácticas de privacidad, usted puede obtener una copia del aviso revisado escribiendo nuestra práctica o solicitando una copia de nuestro personal de recepción. Usted conserva el derecho de solicitar que restrinjamos aún más cómo su información de salud protegida se libera o se utiliza para llevar a cabo el tratamiento, operaciones de pago o atención médica. Nuestra práctica no está obligada a acordar las restricciones solicitadas; sin embargo, si estamos de acuerdo con su (s) restricción (es) solicitadas, tales restricciones son entonces vinculantes en la práctica.

### SI DESEA REVISAR UNA COPIA DEL AVISO DE NUESTRA PRÁCTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, POR FAVOR PEDIR DE RECEPCIONISTA

Acepto y consiento \_\_\_\_\_ la liberación de información a mí en los siguientes modales:

**Via mail** \_\_\_\_\_

Address / dirrecion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Via telephone**

Phone / telefono: \_\_\_\_\_

**Via fax**

Fax: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, yo doy fe de que la información proporcionada es verdadera y exacta.

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