



Nombre:

Fecha De Nacimiento:

## Historia de la salud

Anemia	SÍ / NO	
Ansiedad	SÍ / NO	
Artritis	SÍ / NO	
Asma	SÍ / NO	
Enfermedad inmune auto	SÍ / NO	
Problemas de sangrado	SÍ / NO	
Enfermedad arterial coronaria	SÍ / NO	
Cáncer	SÍ / NO	
Insuficiencia cardíaca congestiva	SÍ / NO	
Enfermedad renal crónica	SÍ / NO	
Depresión	SÍ / NO	
Diabetes	SÍ / NO	
Coágulos de sangre-TVP	SÍ / NO	
Trastornos GI	SÍ / NO	
Gota	SÍ / NO	
Hepatitis	SÍ / NO	
Colesterol alto	SÍ / NO	
Presión arterial alta	SÍ / NO	
Nefrolitiasis	SÍ / NO	
Enfermedad neuromuscular	SÍ / NO	
Neuropatía	SÍ / NO	
Enfermedad de riñón policística	SÍ / NO	
Retinopatía	SÍ / NO	
Apnea del sueño	SÍ / NO	
Accidente cerebrovascular	SÍ / NO	
Tiroides	SÍ / NO	
Infeccion Urinaria	SÍ / NO	
Otros	SÍ / NO	

# Historia de la familia

Padre, Madre, Hermano, Hermana,

Hijo, Hija u Otro

¿Enfermedades del corazón Sí / No Que?

¿Insuficiencia cardíaca Sí / No Que?

¿Hipertensión arterial Sí / No Que?

¿Colesterol alto Sí / No Que?

¿Diabetes Mellitus Sí / No Que?

¿Anemia Sí / No Que?

¿Asma Sí / No Que?

¿Enfermedad renal Sí / No Que?

¿Piedras en el riñón Sí / No Que?

¿Enfermedad coronaria Sí / No Que?

¿Cancer Sí / No que?

¿Trazos de Sí / No Que?

¿La artritis Sí / No Que?

Otros

## Historia personal y Social

Estado civil: Hijos: Sí / No Hijos: \_\_\_\_ Hijas: \_\_\_\_

Viviendo Con: Solo O Con: \_\_\_\_\_

Estado de alcohol: Sí / No ¿Cuánto? \_\_\_\_

Uso de drogas: Sí / No

Estatus de tabaquismo: Elegir una

Nunca fumador

Actual algún día fumador

If desconocido has fumado alguna vez

Fumador, estado actual desconocido

Actual cada día fumador cuanto tiempo? \_\_\_\_

Ex fumador ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_ dejar de fumar? ¿Cuándo? \_\_\_\_

# A V NEPHROLOGY MEDICAL GROUP INC.

## Bienvenidos a Nuestro Oficina

Gracias por elegir nuestra oficina. Miramos adelante a servir a sus preocupaciones de salud. Con el fin de atenderlo adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Por favor imprimir en tinta negra. Toda la información será confidencial.

### INFORMACIÓN DE EL PACIENTE:

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Cellular \_\_\_\_\_  
Marque uno: Casado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Separado \_\_\_ Soltero/a \_\_\_  
Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección Comercial: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Cellular \_\_\_\_\_  
Médico refiriendo \_\_\_\_\_  
Pariente más cercano que no sea cónyuge: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIA:

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Id # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Seguros soporte: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO SECONDARIO:

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relacion del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Id # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Seguros soporte: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

### Authorizacion y liberación:

**Autorizo cualquier información sobre mi salud, asesoramiento y tratamiento a efectos de evaluación y administración de reclamaciones para beneficios del seguro. También por la presente autorizo el pago de beneficios de seguro de lo contrario a pagar a mí directamente al médico. Entiendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que el actual proyecto de ley para los servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en el mío.**

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

***Antelope Valley Nephrology Medical Group, Inc.***  
**RESPONSABILIDADES FINANCIERAS EN PACIENTE**  
**LIBERACIÓN Y DECLARACIÓN DE POLÍTICA**

Gracias por elegir Antelope Valley Nephrology Medical Group, Inc. Para las necesidades de su atención médica. Nuestro personal está comprometido a mejorar la calidad de su cuidado y la salud en general. Esta declaración de política y la liberación ha sido diseñado para informarle de nuestras políticas y responder a preguntas que tenga sobre el pago por los servicios prestados en nuestras instalaciones por los miembros de este grupo. Por favor asegúrese de que usted ha leído y entendido toda la información proporcionada en esta declaración, con el fin de firmar el permiso en el reverso de esta página. Como nuestro paciente, su firma es tanto necesario y vinculante y al momento de firmar usted reconoce su comprensión y cumplimiento de estas políticas.

**PAGO DE SERVICIOS**

Para la comodidad de nuestros pacientes, aceptamos efectivo y cheques personales. ***Los copagos o deducibles requiere persona planes vencen en el momento en que se prestan los servicios. Cheques devueltos están sujetos a una \$25.00 devolución por cheque y no cheques personales serán aceptados.***

**REFERENCIAS**

Si su compañía de seguros requiere una remisión, póngase en contacto con su médico para confirmar que la referencia ha sido recibida ***previo*** a su visita para asegurar nuestra capacidad de prestar servicios a usted. Sin remisión en el lugar, no podemos servirle por nuestro acuerdo contractual con el proveedor.

**REMUNERACIÓN DEL UNO MISMO LOS PACIENTES**

Le invitamos a auto pagan los pacientes cuando no hay cobertura para nuestros servicios. Pacientes sin seguro, deberá asumir la responsabilidad financiera total de los servicios médicos prestados durante el tiempo de servicio y consulta. ***Si por cualquier motivo el pago completo no se procesa en el tiempo de servicio, por favor hable con nuestro administrador de práctica antes de su consulta para determinar si pueden establecerse modalidades de pago razonable.***

**CUENTAS MOROSAS**

Si su cuenta en mora, después de 90 días que serán entregado a una agencia de colección para más acción. Se cargará una cuota de servicio de 10% Tae en el saldo abonado en su totalidad.

**ESQUEMA DE COBERTURAS DE SEGURO**

Aceptamos la mayoría principales planes de seguros. Por favor hay que confirmar que participamos con su plan de seguro hablando con servicios al miembro de su plan.

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ACTUAL SEGURO Y PACIENTE**

Cuando los proveedores de cuidado de la salud participan con el plan de seguro del paciente, nos presentar un reclamo en nombre de la paciente y solicitud de pago en el tiempo de servicio para

los copagos, coseguro, deducibles ni servicios no cubiertos por el plan del paciente. La cobertura debe ser verificada antes de su visita. Para mantener la presentación de la demanda precisa, facturación y registros por favor mantienen al tanto de cualquier cambio en su número seguro de cobertura, dirección o teléfono.

### **PACIENTE RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA SERVICIOS NO CUBIERTOS**

En algunos casos, un paciente de seguros no cubre ciertos servicios o tenga límites de cobertura en el lugar. Cobertura limitada en la rutina, cuidado preventivo de la salud es común entre los planes de seguro. Espera que el pago por los servicios no cubiertos conocidos en el momento de su visita.

### **PACIENTES DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA**

Aceptamos asignación de Medicare por cubierto cargos de Medicare. Pago de deducible anual, el monto de coseguro de Medicare de 20% o cargos no cubiertos se espera que en el momento del servicio, a menos que el paciente tiene un seguro complementario, en este caso, seguro se archivará con el portador adicional, sin embargo, cualquier se espera que sin pagar cantidad aprobada de Medicare pagados por el paciente dentro de tercer (30) días de la presentación de la reclamación si la política suplementaria no paga el saldo. Medicare puede no cubrir ciertos servicios no decide ser de necesidad médica. En casos donde un servicio tiene la posibilidad de estar en esta categoría, el paciente le pedirá que firme un formulario que indica el reconocimiento de la posibilidad de acuerdo para asumir la responsabilidad financiera total de todos los servicios que Medicare determina que no médicamente necesario.

### **PACIENTES DE MEDI-CAL**

Pedimos que nuestros pacientes de Medi-Cal tienen prueba de cobertura en cada visita. Si tienes un SOC nuestra trabajadora social se reunirá con usted para discutir un plan de pago.

### **PACIENTES DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR**

*Tenemos que tener **una autorización previa** para el tratamiento del empleador o el Ajustador de la aseguradora asignado al caso.* Debe el empleador o el portador posteriormente negar servicio de compensación del trabajador validado, dichos cargos serán la responsabilidad financiera del paciente y el pago completo se espera.

### **Lanzamiento**

**Por la presente reconozco que he leído, entiende y acepta cumplir con todas las políticas descritas en este documento. Reconozco también que debe ir mi cuenta a colecciones, seré cargado 10% APR en todos saldos pendientes.**

**Firma del paciente/garante fecha**

---

**AV NEPHROLOGY MEDICAL GROUP, INC.**  
Standard Authorization of Use and Disclosure of Protected health Information  
**Notice of Privacy Practices Updated 03/06/2019**

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.

**Uses and Disclosures**

**Treatment:** Your health information may be used by staff members or disclosed to other health care professionals through our Care Everywhere program for the purpose of evaluating your health, diagnosing medical conditions, and providing treatment. For example, results of laboratory tests and procedures will be available in your medical record to all health professionals who may provide treatment or who may be consulted by staff members.

**Payment:** Your health information may be used to seek payment from your health plan, from other sources of coverage such as an automobile insurer, or from credit card companies that you may use to pay for services. For example, your health plan may request and receive information on dates of service, the services provided, and the medical condition being treated.

**Health care operations:** Your health information may be used as necessary to support the day-to-day activities and management of A V Nephrology Medical Group. For example, information on the services you received may be used to support budgeting and financial reporting, and activities to evaluate and promote quality.

**Law-Enforcement:** Your health information may be disclosed to law-enforcement agencies to support government audits and inspections, to facilitate law-enforcement investigations, and to comply with government mandated reporting.

**Public health reporting:** Your health information may be disclosed to public health agencies as required by law. For example, we are required to report certain communicable diseases to the state's public health department.

**Information to be used or disclosed**

**The information covered by this authorization includes:**

**Treatment; Payment** (Example: insurance and billing purposes) **Healthcare; Law Enforcement** (Example: Death Certificate); and **Public Health Reporting** (Example: CDC)

**Purposes of Disclosure:**

Information listed above will be disclosed according to the information above authorized.

**Persons Authorized to Use or Disclose Information**

Information listed above will be used or disclosed by **Antelope Valley Nephrology Medical Group, Inc.**

**Other uses and disclosures:** require your authorization. Disclosure of your health information or its use for any purposes other than those listed above requires your specific written authorization. If you change your mind after authorizing a use or disclosure of your information, you may submit a written revocation of the authorization. However, your decision to revoke the authorization will not affect or undo any use or disclosure of information that occurred before you notified us of your decision to revoke your authorization.

Without your authorization, we are expressly prohibited to use or disclose your protected health information for marketing purposes when financial remuneration is involved. We may not sell your protected health information without your authorization. We may not use or disclose most psychotherapy notes contained in your protected health information. We will not use or disclose any of your protected health information that contains genetic information that will be used for underwriting purposes.

**Information described above may be disclosed to:**

Name of person/organization

---

Name of person/organization

---

### **Additional Uses of Information**

Appointment reminders: Your health information will be used by our staff to send you appointment reminders.

Information about treatments: Your health information may be used to send you information on the treatment and management of your medical condition that you may find interesting.

We may also send you information describing other health-related products and services that we believe may interest you.

Fundraising: Unless you request us not to, we will use your name and address to support our fund-raising efforts. If you do not want to participate in fund-raising efforts, please check off the following box.

Please do not use my information for fund-raising purposes.

Marketing: Unless you request us not to, there are some marketing activities for which we may use your name and address, to provide you with information about services available at our practice. If you'd rather not receive marketing communication from our practice, please check off the following box:

Please do not use my information for marketing purposes

### **Individual Rights**

You have certain rights under the federal privacy standards. These include:

- The right to request restrictions on the use and disclosure of your protected health information
- The right to receive confidential communications concerning your medical condition and treatment
- The right to inspect and copy your protected health information
- The right to amend or submit corrections to your protected health information
- The right to receive an accounting of how and to whom your protected health information has been disclosed
- The right to receive a printed copy of this notice

### **AV NEPHROLOGY MEDICAL GROUP Duties**

We are required by law to maintain the privacy of your protected health information and to provide you with this notice of privacy practices. We also are required to abide by the privacy policies and practices outlined in this notice. In the event of a breach of unsecured protected health information, if your information has been compromised it is our duty to notify you.

### **Right to Revise Privacy Practices**

As permitted by law, we reserve the right to amend or modify our privacy policies and practices. These changes in our policies and practices may be required by changes in federal and state laws and regulations. Upon request, we will provide you with the most recently revised notice on any office visit.

The revised policies and practices will be applied to all protected health information we maintain.

### **Requests to Inspect Protected Health Information**

You may generally inspect or copy the protected health information that we maintain. As permitted by federal regulation, we require that requests to inspect or copy protected health information be submitted in writing. You may obtain a form to request access to your records by contacting Lancaster Office Staff or Privacy Officer. Your request will be reviewed and will generally be approved unless there are legal or medical reasons to deny the request.



**Complaints and Contact Person**

The name and address of the person you may contact for further information concerning our privacy practices or if you would like to submit a comment or complaint about our privacy practices, you can do so by sending a letter outlining your concerns to:

**AV NEPHROLOGY MEDICAL GROUP, INC.  
ATTN: JACKIE CERVANTES  
1759 W AVE J #101  
LANCASTER, CA 93534-2703**

If you believe that your privacy rights have been violated, you should call the matter to our attention by sending a letter describing the cause of your concern to the same address. You will not be penalized or otherwise retaliated against for filing a complaint.

**Expiration Date of Authorization**

This authorization is effective through January 1, 2009 or \_\_/\_\_/\_\_ unless revoked or terminated earlier by the patient or the patient’s personal representative.

**Right to Terminate or Revoke Authorization**

You may revoke or terminate this authorization by submitting a written revocation to AV Nephrology Medical Group, Inc. 1759 W Ave J#101 Lancaster, CA 93534. You should contact Jackie Cervantes to terminate this authorization.

**Potential for Re-disclosure**

Information that is disclosed under this authorization may be disclosed again by the person or organization to which it is sent. It may not be possible to ensure your right to the protection of the privacy of this information once AV Nephrology Medical Group, Inc discloses it to another party.

**Right of the Individual**

- You may inspect or copy information used or disclosed under this authorization
- You may refuse to sign this authorization.

**Effect of refusing authorization**

If you refuse to sign this authorization, AV Nephrology Medical Group Inc. Will not deny you any treatment except **research-related treatment** or treatment that you have requested for the purpose of disclosure to other.

Including: \_\_\_\_\_

Treatment conditioned on authorization

\_\_\_\_\_  
Signature of refusal

**AV NEPHROLOGY MEDICAL GROUP, INC. Reserves the right to modify the privacy practices outlined in the notice.**

**Signature** \_\_\_\_\_

**I have received a copy of the notice of privacy practices for AV NEPHROLOGY MEDICAL GROUP, INC.**

**I opt-out from the Care Everywhere Program, I do not want AV NEPHROLOGY MEDICAL GROUP, INC to allow other physicians or provider offices to access my records through the Epic program.**

**Name of Patient (Print or Type)** \_\_\_\_\_

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

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

**Signature of Patient Representative** \_\_\_\_\_

**(Required if the patient is a minor or an adult who is unable to sign this form)**

**Relationship of Patient Representative to Patient** \_\_\_\_\_