

DISEASES AND SURGERY OF
EAR, NOISE, AND THROAT
FACIAL AND PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY

JOEL LUBRITZ, M. D. , F. A. C. S, F. A. A. P.

3201 S. Maryland Parkway, Suite 300
Las Vegas, NV 89109
By Appointment (702) 732-4491

Phillip Say, M.D.

Ryan Winters, M.D.

3150 N. Tenaya Way, Suite 575
Las Vegas, NV 89128
By Appointment (702) 732-4491

Referred by Dr. _____
 Periódico Lista del seguro Páginas amarillas Amigo
(Newspaper) (Insurance List) (Yellow Pages) (Friend)
Nombre de Amigo: _____
(Friend's Name)
Direccion de Amigo: _____
(Friend's Address)

CONTESTE POR FAVOR A TODAS PREGUNTAS EN INGLES!

INFORMACIÓN PACIENTE (imprima por favor claramente)
PATIENT INFORMATION (Please print clearly)

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
(Patient's Name) (Age) (Date of Birth)

Dirección de la casa _____ Apt # _____ Seguridad Social # _____ - _____ - _____
(Home Address) (Apt #) (Social Security)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Varón [] Hembra []
(City) (State) (Zip Code) (Male) (Female)

Teléfono Casero () _____ - _____ Teléfono Del Negocio () _____ - _____ Teléfono portátil () _____ - _____
(Home Phone) (Business Phone) (Cell Phone)

Estado Civil _____ Trabajo _____ Ocupación _____
(Marital Status) (Patient's Employer) (Occupation)

correo electrónico _____ @ _____ .Com
(Email Address)

Nombre del Esposo/a _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
(Spouse's Name) (Age) (Date of Birth)

Dirección de su casa _____ Apt # _____ Seguridad Social # _____ - _____ - _____
(Home Address) (Apt#) (Social Security)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Trabajo _____
(City) (State) (Zip Code) (Employer)

Teléfono Casero () _____ - _____ Teléfono Del Negocio () _____ - _____ Teléfono portátil () _____ - _____
(Home Phone) (Business Phone) (Cell Phone)

PADRE/PARTIDO RESPONSIBLE (si el paciente es un menor de edad)**PARENT RESPONSIBLE PARTY (if patient is a minor)**

Nombre de la Madre _____
(Mother's Name)
Seguridad Social _____ - _____ - _____
(Social Security #)
Direccion Casera _____
(Home Address)
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
(City) (State) (Zip)
Tele Portatil _____ - _____ Tele Trabajo _____ - _____
(Cell Phone) (Work Phone)
Trabajo _____ Ocupacion _____
(Employer) (Occupation)
Fecha de nacimiento _____
(Date of Birth)

Nombre de la Padre _____
(Father's Name)
Seguridad Social # _____ - _____ - _____
(Social Security #)
Direccion Casera _____
(Home Address)
Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
(City) (State) (Zip)
Tele Portatil _____ - _____ Tele Trabajo _____ - _____
(Cell Phone) (Work Phone)
Trabajo _____ Ocupacion _____
(Employer) (Occupation)
Fecha de nacimiento _____
(Date of Birth)

INFORMACION DEL SEGURO**INSURANCE INFORMATION**

Seguro Primario _____ Telefono #() _____ - _____ Group# _____
(Primary insurance co.) (Phone #) (Group#)

Nombre de asegurados _____ SS# _____ - _____ - _____
(Name of Insured) (SS#)

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
(Insurance Address) (City) (State) (Zip)

Seguro Secundario _____ Telefono #() _____ - _____ Group# _____
(Primary insurance co.) (Phone #) (Group#)

Nombre de asegurados _____ SS# _____ - _____ - _____
(Name of Insured) (SS#)

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
(Insurance Address) (City) (State) (Zip)

INFORMACION ADICIONAL**ADDITIONAL INFORMATION**

Un amigo o familiar mas cerca (que no vive con usted) _____ Telefono #() _____ - _____
(Nearest friend or relative (not living with you))

Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
(Insurance Address) (City) (State) (Zip)

La sita es debido un accidente de trabajo? Si { } No { } Entregaste un reporte con su trabajo Si { } No { }
(Is visit due to a work injury? Yes { } No { }) (Was an incident report filed with your employer? Yes { } No { })

Nombre de la MCO remuneracion del trabajador _____
(Workman's Compensation Network MCO Name)

POLITICA DE ESTA OFICINA
(POLICY OF THIS OFFICE)

- Todas las visitas de la primera vez deben ser pagadas para a menos que usted proporcione la prueba de su demostracion de la campania de seguros que su deducible se ha resuelto.
- Los co-pagos deben ser pagados a la hora de visita
- Si no somos abastecedor contraido para su compania de seguros. usted se esperara que pague el 30% de las cargas totales si se ha resuelto su deducible.
- Se esperara que los pacientes de seguro de Medicare paguen el 20% de las cargas permisibles si no lie van seguro suplemental.
- Las formas del seguro son el responsabilidad del paciente a obtener y someter a nosotros completo totalmente y firmado. Si usted no tiene una forma del seguro para obtener el reembolso. el reembolso entonces se paga directamente a usted.
- Tin deposito de la cirugia y una asignacion del seguro se requires antes de la admission a la cirugia del hospital y de clinca.
- Dr. Lubritz es un inversionista en Universal Health Services, Humana, Sierra Health, Medical Care International, Las Vegas Surgical Center, Sahara y Flamingo clincas de cirugia.

ASIGNACION DEL SEGURO Y LANZAMIENTO MEDICO DE LOS EXPEDIENTES
(INSURANCE AGREEMENT AND MEDICAL RECORDS RELEASE)

Yo, el infrascritos autorizo a mis portadores de seguro a pagar directamente a _____ las ventajas de seguro. si cualquiera, si no pagaderan a mi para los servicios rendidos. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier carga no cubierta por los portadores de seguro dichos, incluyendo co-pague y los deducibles. Si por ninguna razon los portadores de seguro dichos no han pagado en el plazo de 60 dias a partir de la fecha del servicio rendida, la cantidad se debe pagar por completo por mi. Si esta cantidad haga delincuente, sere responsable de todos los costes razonables de la coleccion. Despues de 90 dias a partir de la fecha del servicio rendida. una carga de interes de 1 ½ publicacion mensual y 18% anualmente. sera cargado automaticamente aun equilibrio paciente sin pagar. I, el infrascritos hacen hereby tambien dan mi permiso a _____ de equipar mis portadores de seguro, tambien arriba nombrado refiriendo a doctor, cualesquiera y toda la information que pertenecen a mis expedients medicos.

Firma del paciente, o persona autorizada
(Patient's signature, or Authorized Person)

Fecha _____ - _____ - _____
(Date)

LUBRITZ & NASRI, PLLC

RESPONSABILIDADES DEL SEGURO Y DEL PACIENTE. (INSURANCE & PATIENT RESPONSIBILITIES)

BIENVINTDO A NUESTRA PRÁCTICA. COMO USTED PUEDE SABER, EL CUIDADO MÉDICO SE ESTA CONVIRTIENDO COMPLICADO MAS CADA DÍA QUISIÉRAMOS TOMAR ESTA OPORTUNIDAD DE ACONSEJARLE DE SUS RESPONSABILIDADES PACIENTES. MIENTRAS QUE MUCHOS PACIENTES NO ENTIENDEN LA FACTURACION DEL SEGURO, Y EL PROCESO DE DEMANDAS ES UNA CORTESIA QUE AMPLIAMOS A NUESTROS PACIENTES.

ESTA OFICINA PROCURARA VERIFICAR SUS VENTAJAS EN CADA VISITA. ES NUESTRA META PARA PROVEER DE USTED LA INFORMACIÓN MAS EXACTA EN VISTA DE: AUTORIZACIONES, DEDUCTIBLES, COPAYS Y RESPONSABILIDADES DEL CO-INSURANCE.

LAS :RESPONSABILIDADES PACIENTES SON BEBIDAS A LA HORA DE SERVICIO

POR FAVOR ACONSÉJESE LO QUE VA RECIBIR UNA DECLARACIÓN DE ESTA OFICINA CUANDO HAY UN EQUILIBRIO EN SU CUENTA. SI SU EQUILIBRIO DE LA CUENTA CAE EN LOS 60 DÍAS O LA MAS VIEJA CATEGORIA, OBSERVADO EN EL FONDO DE SU DECLARACIÓN, LLAMANOS POR FAVOR A NUESTRA OFICINA A 732- 4491.

UNA DECLARACIÓN NO ES SIEMPRE UNA DEMANDA PARA EL PAGO DEL PACIENTE.

GRACIAS POR SU COOPERACION. FIRME POR FAVOR ABAJO PARA RECONOCER QUE USTED HA LEIDO Y ENTEENDA NUESTRAS POLÍTICAS DE LA OFICINA.

PACIENTE O GARANTE
(PARENT OR GUARDIAN)
(DATE)

FECHA

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de vigencia: de septiembre de 2013

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor póngase en contacto con Erina Savage, Gerente de la Práctica, Lubritz y Nasri, PLLC, 702-732-4491.

NUESTRAS OBLIGACIONES:

Se requiere por ley a:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sobre su salud
- Siga el plazo de nuestro aviso que está en el afecto actualmente

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD:

A continuación se describen las formas en que podemos utilizar y divulgar información médica que lo identifica a usted ("Información de salud"). Salvo para los fines descritos a continuación, vamos a utilizar y divulgar su información de salud sólo con su permiso escrito. Usted puede revocar tal consentimiento en cualquier momento escribiendo a nuestra práctica Oficial de Privacidad.

Para tratamiento. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para su tratamiento y para ofrecerle el servicio de salud relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar información de salud a médicos, enfermeras, técnicos y demás personal, incluyendo a las personas fuera de nuestra oficina, que están involucrados en su atención médica y la necesidad de la información para brindarle atención médica.

Para el pago. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para que nosotros o otro proyecto de ley pueda y reciba el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero para el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos dar información a su plan de salud acerca de usted para que puedan pagar por su tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para operaciones de cuidado de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar la información para asegurarse de que los cuidados obstétricos o ginecológicos que usted recibe es de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operaciones de atención médica.

Recordatorios de Citas, alternativas de tratamiento y beneficios de salud y servicios relacionados. Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos utilizar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud.

Los individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que esté involucrado en su atención médica o pago de su cuidado, como su familia o un amigo cercano. También podemos informar a su familia sobre su ubicación o condición general o revelar dicha información a una entidad asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastres.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro para la misma condición. Antes de usar o divulgar información médica para investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin la aprobación especial, podemos permitir a los investigadores a examinar los registros para ayudar a identificar los pacientes que se pueden incluir en su proyecto de investigación o por otras puposes similares, siempre y cuando eliminar o realizar una copia de cualquier información médica.

SITUACIONES ESPECIALES:

Según lo requerido por la ley. Revelaremos información médica cuando sea requerido para ello por las organizaciones internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Revelaciones, sin embargo, se harán sólo a alguien que puede ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados comerciales. Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporciona servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra empresa para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información que no sea como se especifica en el contrato.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos usar o divulgar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar órganos, ojos o tejido de la donación y el trasplante.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud como es requerido por las autoridades militares. También podemos divulgar información médica a las autoridades militares extranjeras apropiadas si usted es miembro de un ejército extranjero.

Compensación de Trabajadores. Podemos revelar Información de Salud para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública. Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad: informe de nacimiento y muerte; informe de abuso infantil o negligencia; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a la gente acerca de revocaciones o productos que puedan estar usando; una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición, y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo haremos la divulgación si usted está de acuerdo o cuando sea requerido autorice la ley.

Actividades de Vigilancia de Salud. Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, programas de gobierno, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

violación de los datos Propósitos Notificación. Podemos usar o revelar su información de salud protegida para proveer anuncios que sean legalmente requeridos de acceso no autorizado o la divulgación de su información médica.

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley. Podemos revelar información médica si un oficial de la ley si la información es la siguiente: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación o proceso similar; (2) información limitada a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un crimen, aunque en ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal, (5) la conducta criminal en nuestras instalaciones, y (6) en caso de emergencia para reportar un crimen, la ubicación de las víctimas de delitos, o la identidad, descripción o ubicación o la persona que cometió el crimen.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Nosotros también podemos divulgar Información de Salud a directores de funerarias según sea necesario para desempeñar sus funciones. Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podemos dar a conocer información de salud a oficiales federales autorizados para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley y la inteligencia, contra-inteligencia.

Servicios de protección del Presidente y otros. Podemos revelar información médica a oficiales federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones especiales.

Los reclusos o personas bajo custodia. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información médica a la institución correccional o al funcionario policial. Este lanzamiento sería si es necesario: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN EE.UU. PARA DARLE UN OPPRTUNITY AL OBJETO Y OPT

Los individuos involucrados en su cuidado o pago de su atención. A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar o bien oponerse a tal revelación, podemos revelar dicha información cuando sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro criterio profesional.

Ayuda para Desastres. Podemos revelar su información de salud protegida a organizaciones de socorro que buscan su información de salud protegida para coordinar su atención, o notificar a los amigos y la familia de su ubicación o estado en un desastre. Nosotros le proporcionaremos con un opportunity de aceptar u oponerse a tal divulgación siempre que prácticamente podemos hacerlo.

SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO SE REQUIERE PARA OTROS USOS Y REVELACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán sólo con su autorización por escrito.

1. Usos y divulgaciones de información médica protegida se harán sólo con su autorización escrita:
2. Disclosures que constituyen una venta de su información de salud protegida

Otros usos y divulgaciones de información médica protegida no se cubren en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán sólo con su autorización por escrito. Si lo hace nos da una autorización, puede revocarla en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y que ya no divulgar información de salud protegida en virtud de la autorización. Pero la revelación que hemos hecho en relación con su autorización antes de que se revocara ot verse afectado por la revocación.

TUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos información salud que tenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado o pago por su cuidado. Esto incluye los registros médicos y de facturación , que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información de salud , usted debe hacer su solicitud, de escritura, de Erina Savage, Gerente de la Práctica, Lubritz y Nasri, PLLC 3201 S. Maryland Parkway # 300 , Las Vegas, NV , 89109 . Tenemos hasta 30 días para que su información de salud protegida a su disposición y le podemos cobrar una cuota razonable por el costo de copiado, envié por correo 11 otros suministros relacionados con su solicitud. Es posible que no te cobran una tarifa si usted necesita la información para una reclamación de beneficios bajo la Ley de Seguridad Social o de cualquier otro estado del programa federal benefits basado en las necesidades. Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias. si nosotros rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a que la negación revisada por un helthcare profesional con licencia que no participó directamente en la denegación de su solicitud, y que cumplirá con el resultado de la revisión.

Derecho a una copia electrónica de registros médicos electrónicos. Si la información médica protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como un registro médico electrónico o una historia clínica electrónica), usted tiene el derecho de solicitar que se le dará una copia electrónica de su registro para usted o para transmitir a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para ofrecer acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicita, si es fácilmente producible en la forma o formato. Si la información de salud protegida no es fácilmente producible en forma de formato que usted solicite su registro se facilitará en cualquiera de nuestro formulario electrónico estándar o si usted no desea que esta forma o formato, una forma impresa legible. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo de la mano de obra asociados con la transmisión de la historia clínica electrónica.

Derecho a recibir un aviso de la violación. Usted tiene el derecho a estar informado de su incumplimiento de cualquiera de su información de salud protegida sin garantía.

Derecho a enmendar. Si usted siente que ya información médica que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedimos que corrijamos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda debe hacer su solicitud, de escritura, de Erina Savage, Gerente de la Práctica, Lubritz y Nasri, PLLC 3201 S. Maryland Parkway #300, Las Vegas, NV, 89109.

Derecho a la Contabilidad de Revelaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de la información de salud para propósitos distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica o para el cual ha proporcionado una autorización por escrito. Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar su solicitud, de escritura, de Erina Savage, Gerente de la Práctica , Lubritz y Nasri, PLLC 3201 S. Maryland Parkway # 300, Las Vegas, NV, 89109

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite sobre la información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago para su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que no compartamos información sobre un diagnóstico o tratamiento en particular con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud, de escritura, de Erina Savage, Gerente de la Práctica, Lubritz y Nasri, PLLC 3201 S. Maryland Parkway #300 , Las Vegas, NV, 89109.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que usted nos está pidiendo que restringir el uso y divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de salud y la información que desea restringir se refiere exclusivamente a un elemento de cuidado de la salud o servicio para cual usted ha pagado nosotros "fiera de su bolsillo" en su totalidad. Sí estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Fuera-De-Su bolsillo-pagos. Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, que ha solicitado que no se factura a su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho a solicitar que su información de salud protegida con respecto a ese tema o servicio que no debe revelar a un plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención de salud, y vamos a honrar esa petición.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho a solicitar que le comunicatewith sobre sus asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por correo electrónico o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer que pedir por escrito a Erina Savage, Gerente de la Práctica, Lubritz y Nasri, PLLC 3201 S. Maryland Parkway # 300, Las Vegas, NV, 89109. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Cumpliremos con las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted puede pedimos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, pida a la recepcionista.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer el nuevo aviso se aplica a la información médica que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia de nuestro aviso actual en nuestras oficinas. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Servicios de Salud Humanos. Para presentar una queja con nuestro contacto de la oficina a Erina Savage, Gerente de la Práctica, Lubritz y Nasri , PLLC 3201 S. Maryland Parkway # 300 , Las Vegas, NV , 89109. **Todas las quejas deberán presentarse por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.**

Reconocimiento

Por la presente, reconocer que me ha presentado este Aviso de prácticas de privacidad.

Firma: _____

Fecha: ____ - ____ - ____

Nombre Impreso: _____



Reconocimiento de Negado

En esta fecha el paciente abajo firmante se negó o no pudo acusar recibo de esta notificación de prácticas de privacidad.

Fecha: ____ - ____ - ____

Nombre del paciente: _____

Motivo de la denegación: _____

Firma del Empleado: _____

Haga por favor una lista de la persona con quien podemos hablar sobre su información personal o medical, (ejemplo: esposo, amigo, etc)

Plsase make a list of the person(s) we can speak to at home regarding any of your personal or medical information. (ex. roommate, spouse, friend, etc.)

Yo, _____ autorizo la información para ser dado a los individuos siguientes.

I, _____ authorize information to be given to the following individuáis.

Firma: _____ Fecha: _____
(Paciente of Guarda Legal)

Signature: _____ Date: _____
(Patient or Legal Guardian)

LANZAMIENTO DE EXPEDIENTES (RELEASE OF RECORDS)

FIRME DOS VESES

Yo _____ autorizo _____ a lanzar la información
siguiente _____ a Dr. Lubritz.

(I, _____ authorize _____ to release the
following information _____ to Dr. Lubritz.)

Nombre (Ñame): _____

Firma del paciente o guarda legal: _____
(Signature of patient or legal guardian)

Fecha (Date): _____

Este lanzamiento está en la conformidad del acto de la conformidad de
HIPPA.

(This release is in compliance of the HIPPA Compliance Act.)

Envié por telefax por favor la información arriba nombrada (702) 732-1036.
(Please fax the above named information to (702) 732-1036.)

Gracias por su ayuda en esta materia.
(Thank you for your assistance in this matter.)

Sinceramente,
(Sincerely,)

Joel Lubritz, M.D.

Estimado Paciente.

Nuestra oficina requiere 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar sus citas.

Porfavor sea usted consiente al no hacer el correcto procedimiento habra un cargo de \$25.00 en su cuenta. Este cargo también sera aplicado cuando falte a una cita.

Gracias por su atención.

Firma del paciente _____ fecha

RESPIRAR DE SUEÑO DESORDENADO

Cuestionario de selección

EL NOMBRE: _____ FECHA: _____
 SU ALTURA: _____ SU PESO: _____ CIRCUMFERENCIA DEL CUELLO: _____
 EDAD: _____ M/F

LA ESCALA DE EPWORTH

XXXXX xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxxxx

0. sin poder dormir
1. la leve posibilidad de dormirse
2. probabilidad moderada de dormirse
3. alta probabilidad de dormirse

Situación	oportunidad de dormirse
Leer	_____
Viendo la televisión	_____
Sentado en un lugar público(e.g. teatro o el lugar de reunions)	_____
Conduciendo un xxxx, se detuvo en un semáforo	_____
xxxx pasajero en un coche durante una hora sin interrupción	_____
Durante un tiempo de silencio después del almuerzo sin alcohol	_____
Acostarse a descansar cuando las circunstancias lo permitan	_____
La puntuación tota: _____	

La puntuación de Epworth <8 = normal, 8-10 míld risk SDB, 11-16 riesgo moderado SDB,>17 Riesgo significativo SDB.

EL CUESTIONARIO CLINICO DE LA APNEA DEL SUEÑO OBSTRUCTIVA

1.	¿Alguien te ha dicho que roncas?	SI	NO
2.	¿Si es asi, que tan fuerte? 1 2 3 4 5 5 7 8 9 10		
3.	¿Le han dicho que usted deja de respirar mientras auerme?	SI	NO
4.	¿Se despierta ahoagandose o corto de respiración?	SI	NO
5.	¿Tiene problemas para mantener el sueño una vez que se duerme?	SI	NO
6.	¿ Tiene dclres de cabeza por la mañana o durante el dia?	SI	NO
7.	¿ Se siente cansado o fatigado durante el día?	SI	NO
8.	¿Alguna vez a estado a punto de quedarse dormido o se a dormido manejando?	SI	NO
9.	¿Tiene la presión arterial alta?	SI	NO
10.	¿Tiene indigestión?	SI	NO
11.	¿Ha tenido pérdida de memoria?	SI	NO
12.	¿Alguna vez se despierta con intensa ansiedad?	SI	NO
13.	¿Ah tenido sentimientos depresivos?	SI	NO
14.	¿Ah notado una devilidad menor para pensar efectivamente?	SI	NO
15.	¿Alguna vez se tome siestas?	SI	NO
	Si es si, cuantas veces por semana? 1 2 3 4 5 6 7	SI	
16.	¿Ha notado una disminución del interés sexual?	SI	NO
17.	¿Usted fuma?	SI	NO
18.	¿Tiene sobrepeso?	SI	NO

Los puntos para respuestas previas: si = 1, no = 0. Basado en las respuestas al encima de preguntas, el RIESGO del diagnostico de respirar de desorden de sueño (la apnea del sueño de obstructiva) es...

BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
0-2	3-4	5-8	9-18

Name: _____ DATE: _____

Durante el último mes, ¿cuánto de un problema eran las siguientes condiciones para usted?

Agregue un círculo a la respuesta más correcta

	No es un problema	Muy leve Problema	Problema Moderado	Bastante problema	problema grave
1. La congestión nasal o nariz tapada	0	1	2	3	4
2. El bloqueo nasal u obstrucción	0	1	2	3	4
3. Problema de respiración a través de la nariz	0	1	2	3	4
4. Problemas para dormir	0	1	2	3	4
5. No se puede obtener suficiente aire por la nariz durante el ejercicio o esfuerzo	0	1	2	3	4

5 Minute Hearing Test

Fecha (Date): _____

Nombre (Patient Name): _____

	Casi siempre	Mitad del tiempo	De vez cuando	nunca
	3	2	1	0
Tengo una problema oyendo sobre el telefono. (I have a problem hearing over the telephone.)				
Tengo problemas a seguir una conversacion cuando 2 o mas personas estan hablando. (I have trouble following the conversation when 2 or more people are talking at the same time.)				
La gente se queja de que doy vuelta al volumen de la TV demasiado alto. (People complain that I turn the TV volume too high.)				
Tengo que filtrar para entender conversaciones. (I have to strain to understand conversations.)				
Falto el oír de algunos sonidos comunes como el sonido del telefono o del timbre. (I miss hearing some common sounds like the phone or door-bell ringing.)				
Tengo problemas oyendo conversaciones en un fondo ruidoso tal como una fiesta. (I have trouble hearing conversations in a noisy background such as a party)				
Consigo confuso alrededor de donde los sonidos vienen. (I get confused about where sounds come from.)				
Entiendo mal algunas palabras en una oracion y necesito pedir que la gente se repita. (I misunderstand some words in a sentence and need to ask people to repeat themselves.)				
Tengo especialmente problemas el entendiendo la voz de mujeres y de niños. (I especially have trouble understanding the speech of women and children.)				
He trabajado en ambientes ruidosos (cerca de plantas, martillo perforadores, motores de jet) (I have worked in noisy environments (near assembly lines, jackhammer, jet engines, etc.)				
Mucha gente con quien hablo parecen hablar mal. (Many people I talk to seem to mumble.)				
La gente se molestan porque entiendo mal lo que dicen. (People get annoyed because I misunderstand what they say.)				
Entiendo mal lo que estan diciendo otros y hago respuestas inadecuadas. (I misunderstand what others are saying and make inappropriate responses.)				
Evito actividades sociales porque no puedo oír bien y temer que contestare incorrectamente. (I avoid social activities because I cannot hear well and fear that I'll reply improperly.)				
Ser contestado por un miembro o un amigo de la familia: Piensa que esta persona no oye bien. (To be answered by a family member or friend: Do you think this person has a hearing loss?)				

El anotar

Para calcular su cuenta, dése 3 puntos para cada vez que usted comprobó "casi siempre" la columna, 2 para cada "mitad del tiempo", 1 para cada "de vez en cuando", y 0 para cada "nunca". Si usted tiene un pariente de la sangre que tenga una pérdida de oído, agregue otros 3 puntos. Entonces sume sus puntos.

La academia americana de otorrinolaringología - la cirugía de la cabeza y del cuello recomienda el siguiente:

- 0 a 5 - su audición está muy bien. No se requiere ninguna acción.
- 6 a 9 - sugiera que usted vea un especialista de oído, nariz, y garganta (ENT).
- 10 y arriba - fuertemente recomendado le vea a médico del oído.

Fecha (Date): _____ Nombre (Name): _____

1. ¿Quién le refirió a esta oficina? _____
(Who referred you to this office?)
2. Quien es su doctor primario (PCP) _____
(Who is your personal doctor (PCP)?)
Address: (direccion) _____

MEDICAL HISTORY

1. Historia de enfermedades pasada: (History of past illness)
- a. Operaciones: Enumere todas las operaciones en la orden cronologica de el ano en cual fue la cirugia.
(Operations: List all operations in chronological order giving the year in which the surgery was performed.)

- b. Condiciones Medicas (Medical Conditions): _____
2. Historia Familiares (Family History):
- | | |
|---|---|
| Edad de! Padre (Age of Father) _____ | Vivo / Difunto (Alive / Deceased) _____ |
| Edad de la Madre (Age of Mother) _____ | Vivo / Difunto (Alive / Deceased) _____ |
| Numero de Hermanos (Number of Brothers) _____ | Condiciones de salud o causa de muerte _____
(Condition of health or cause of death) |
| Numero de Hermanas (Number of Sisters) _____ | Condiciones de salud o causa de muerte _____
(Condition of health or cause of death) |
- Enfermedades y condiciones de su familia: _____
3. Historia Social (Social History):
- a. Donde nacio usted? _____ Cual es el ultimo grado pasado en escuela? _____
(Where were you born?) (What was your last grade completed in school?)
- Casado/a? (Married?) _____ Divorciado/a? (Divorced?) _____ Soltero/a? (Single?) _____
- b. Habitos (Habits):
- | |
|--|
| Usted Fuma? _____ Si, cigarillos, cuantos paquetes al dia? _____ Si usted paro, cuanto tiempo hace? _____
(Do you smoke?) (If cigarettes, how many packs a day?) (If quit, how long ago?) |
| Bebe usted alcohol? _____ Que tipo? _____ Cuanto? _____
(Do you drink alcoholic beverages?) (Type) (How much?) |
- c. Hobbies (Hobbies): _____
4. Medicaciones (Medications):
- Enliste todas la medicinas recetadas (List all prescription medications): _____
- Enliste todas las vitaminas y medicinas sin receta (List all vitamins and over the counter medications): _____
- Usted toma Aspirina, Ibuprofen, o otras diluentes de la sangre? (Do you take Aspirin, Ibuprofen, or any other blood thinners?) Yes No
5. Alergias (Allergies): _____
6. Tendencia a sangrar (Bleeding Tendency): Si _____ No _____
7. Historia de VIH? (History of HIV?) Si _____ No _____
Historia de hepatitis? (History of Hepatitis?) Si _____ No _____ Que tipo? (What type?) _____
8. Historia de la quimioterapia (History of Chemotherapy): _____
9. Historia de la radioterapia (History of Radiation Therapy): _____

10. Revision del sistema, Conteste por favor si o no (System Review: Please circle yes or no for the following):

RESPIRATORY

Neumonía (<i>Pneumonia</i>)	Si	No
Pleurisy (<i>Pleurisy</i>)	Si	No
Problemas respirando (<i>Shortness of breath</i>)	Si	No
Tos (<i>Cough</i>)	Si	No
Escupe sangre (<i>Spitting up blood</i>)	Si	No
Dolor de pecho (<i>Chest Pain</i>)	Si	No

CARDIOVASCULAR

Murmillos (<i>Murmur</i>)	Si	No
Alta presión (<i>High blood pressure</i>)	Si	No
Palpitaciones (<i>Palpitations</i>)	Si	No
Ataque al corazón Si, cuando? _____ (<i>Heart Attack If yes, when?</i>)	Si	No

GASTROINTESTINAL

Dificultad al tragar (<i>Difficulty swallowing</i>)	Si	No
Indigestión (<i>indigestion</i>)	Si	No
Exceso de gas (<i>Excess gas</i>)	Si	No
Hinchazón después comer (<i>Bloating after meals</i>)	Si	No
Diarrea (<i>Diarrhea</i>)	Si	No
Nausea (<i>Nausea</i>)	Si	No
Sangre en excremento (<i>Blood in stools</i>)	Si	No
Úlcera (<i>Ulcer</i>)	Si	No
Hemorroides (<i>Hemorrhoids</i>)	Si	No
Hepatitis Sí. que tipo? _____ (<i>Hepatitis If yes, what type?</i>)	Si	No
Enfermedad del hígado (<i>Liver Disease</i>)	Si	No
Piel Amarilla (<i>Jaundice</i>)	Si	No
Agruras (<i>Heartburn</i>)	Si	No
Enfermedad del gallbladder (<i>Gallbladder Disease</i>)	Si	No
Estreñimiento (<i>Constipation</i>)	Si	No
Vomitir (<i>Vomiting</i>)	Si	No
Excremento tarry negros (<i>Black tarry stool</i>)	Si	No
Dolor abdominal (<i>Abdominal pain</i>)	Si	No

GENITOURINARY

Infección del riñón (<i>Kidney infection</i>)	Si	No
Piedras del riñón (<i>Kidney stone</i>)	Si	No
Orina en la noche Si, cuanto? _____ (<i>Urinate at night If so, how often?</i>)	Si	No
Sangre en la orina (<i>Blood in urine</i>)	Si	No
Infecciones de la vejiga (<i>Bladder infection</i>)	Si	No
Menstruación regulares (<i>Are your periods regular?</i>)	Si	No
Edad de menstruación _____ (<i>Age of menstruation</i>)		
Último período (Last period) _____		
Número de embarazos _____ (<i>Number of Pregnancies</i>)		

SYSTEMIC

Perdida de peso Si, cuanto? _____ Cuando? _____ (<i>Weight Loss If yes. how much?</i>) (<i>How Long?</i>)	Si	No
Aumento de peso Si. cuanto? _____ Cuando? _____ (<i>Weight Gain If yes, how much?</i>) (<i>How Long?</i>)	Si	No
Anemia (<i>Anemia</i>)	Si	No
Cansancio (<i>Tiredness</i>)	Si	No
Debilidad (<i>Weakness</i>)	Si	No

INTEGUMENTARY

Infección en la piel (<i>Skin Infection</i>)	Si	No
Comesón (<i>Rash</i>)	Si	No
Masa en el busto (<i>Breast Mass</i>)	Si	No
Cáncer de piel (<i>Skin Cancer</i>)	Si	No
Salpullido (<i>Dermatitis</i>)	Si	No
Cáncer de busto (<i>Breast Cancer</i>)	Si	No

ENDOCRINE

Enfermedad en la tiroides (<i>Thyroid Disease</i>)	Si	No
Diabetes Si, que tipo? _____ (<i>Diabetes If yes, what type?</i>)	Si	No
Cáncer en la tiroides (<i>Thyroid Cancer</i>)	Si	No
Insensible a calor/frío (<i>Heat Cold Insensitivity</i>)	Si	No
Explique (<i>Explain</i>) _____		

HEMATOLOGIC

Desorden desangrando (<i>Bleeding Disorder</i>)	Si	No
Linfoma (<i>Lymphoma</i>)	Si	No
Cuenta baja en la sangre (<i>Low Blood Count</i>)	Si	No
Leucemia (<i>Leukemia</i>)	Si	No
Fácil a los moretones (<i>Easy Bruising</i>)	Si	No
Bajo en hierro (<i>Low Iron</i>)	Si	No

ALLERY / IMMUNOLOGY

Alergias ambientales (<i>Environmental Allergies</i>)	Si	No
Desórdenes inmunes (<i>Immune Disorders</i>)	Si	No
Lupus (<i>Lupus</i>)	Si	No
Artritis reumatoide (<i>Rheumatoid Arthritis</i>)	Si	No
Infecciones de HIV (<i>HIV Infections</i>)	Si	No

NEUROMUSCULAR

Reumatismo (<i>Rheumatism</i>)	Si	No
Disco roto (<i>Ruptured Disc</i>)	Si	No
Problemas con espalda (<i>Back Trouble</i>)	Si	No

Examined and Reviewed By: _____

Signature: _____ Date: _____