



**ADVANCED
CARDIOVASCULAR
SPECIALISTS**

Carlos E. Fonte, M.D., FACC, FACP, FSCAI

3201 S. Maryland Parkway, Suite 502,
Las Vegas, NV 89109
ph: (702) 733-8600 fax: (702) 733-0374

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha _____

Apellido del Paciente _____ Primer Nombre _____
 Edad _____ Sexo M/H _____ Fecha de nacimiento _____
 Direccion Postal _____
 Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
 Telefono de casa _____ Telefono Celular _____
 Profesion _____ Empleado Por _____
 Numero de Seguro Social _____ Estado Civil _____
 Nombre de Espos(a) _____ Esta su esposo(a) empleado S/N _____
 Telefono de esposo(a) _____ Empleado por _____
 A quien podemos agradecer su referencia _____

INFORMACION DEL ASEGURADO/A

Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____
 Direccion Postal _____
 Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____
 Numero de Seguro Social _____ Relacion al paciente _____
 Empleado por _____
 A quien podemos avisar en caso de emergencia _____ Telefono _____

INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Telefono _____
 Direccion del Seguro _____
 Numero de Grupo _____ Numero de Identificacion _____
 Pago por visita _____
 Seguro Secundario: _____ Telefono _____
 Direccion del Seguro _____
 Numero de Grupo _____ Numero de Identificacion _____
 Pago por visita _____

Autorizo el tratamiento de la persona nombrada anteriormente y consiento en pagar todos los honorarios y gastos para tal tratamiento. Consiento en pagar para mi y los miembros de mi familia mostrada por declaraciones puntualmente sobre la presentacion de eso. Los gastos mostrados por declaraciones son concordados para ser correctos y razonables a menos que no protestado por escrito dentro de treinta 30 dias de facturar la fecha. Tal como resultado despues la demanda judicial deberia hacerse necesaria de coleccionar un equilibrio impagado debido para servicios dados a mi o mi familia, consentimos en pagar los honorarios del abogado razonable o otros tales gastos como el tribunal determina apropiado. Adelante consiento en pagar el 100% de los honorarios de agencia de coleccion deberia la accion de coleccion hacerse necesario.
 Autorizo la liberacion de cualquier informacion medica para tratar esta reclamacion para servicios adicionales.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



*Advanced
Cardiovascular
Specialists*

Carlos E. Fonte, M.D. F.A.C.C. F.S.C.A.I.

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) tengo ciertos derechos a la privacidad con respect a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Dirigir el plan y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directamente or indirectamente.
- Obtener el pago de un tercero.
- Realizar operaciones normales de atención médica, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su forma de notificación de prácticas de privacidad de vez en cuando y que yo puedo contactar a esta organización en cualquier momento en la direccion arriba para obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas Privadas. Si así lo elija, puedo solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad que contenga una descripción mas completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud.

Adjunto encontraré un formulario de autorización médica en el cual declararé mis preferencias sobre cómo mi información privada es usada or revelada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

La proxima pagina es si hay necesidad de obtener información de otros doctors o hospitales. Solamente necesitamos que deletrea su nombre, su firma y tambien su numero de seguro social

Gracias

Advanced Cardiovascular Specialist



**ADVANCED
CARDIOVASCULAR
SPECIALISTS**

ph: (702) 733-8600 fax: (702) 733-0374

To: _____

Please release any and all medical records to:
ADVANCED CARDIOVASCULAR SPECIALISTS

Carlos E. Fonte, M.D.

Fax to: (702) 733-0374

or

Mail to: 3201 S. Maryland Parkway
Suite - 502
Las Vegas, NV 89109

Please print patient name

Patient date of birth

Witness

Patient signature

Patient social security #

Date



ADVANCED CARDIOVASCULAR SPECIALISTS

Como una cortesía, nosotros le cobramos a su seguro por usted. Sin embargo, por favor de ser consciente de lo siguiente:

1. Usted es por último responsable del pago en su totalidad para todos los servicios. En el tiempo que los servicios son dados, se solicitara que usted pague el co-pago estimado, y/o el porcentaje indicado por su plan de seguro.
2. Es su responsabilidad de saber su póliza. Aunque mantenemos contratos con muchas compañías de seguros, hay compañías de seguros con las cuales NO estamos contratados. Si no estamos contratados con su compañía de seguro, por favor de ser consciente que sus beneficios podrían cambiar considerablemente o beneficios pueden ser negados completamente. Usted puede llamar a nuestro departamento de cuentas si usted desea saber cuál será su porcentaje.
3. La mayor parte de compañías de seguros tienen deducibles anual que se requiere que usted pague antes de que los gastos sean presentados a su seguro y sean elegible para el pago.
4. Si su compañía de seguro requiere autorización para el servicio, usted es por último responsable de estar seguro que la autorización ha sido obtenida por nuestra oficina. Sin la autorización, por favor de ser consciente de que su compañía de seguro podría negar el pago, dejándolo con la obligación total del pago.
5. Es nuestra póliza de dar noventa (90) días a su compañía de seguro por el reembolso para todos los servicios dados una vez que la reclamación ha sido presentada de su parte. Si por cualquier razón, este periodo de 90 días es excedido y el reembolso no es recibido, se requerirá que usted pague el saldo en su totalidad.
6. Si usted no puede asistir a una cita, usted debe notificarnos dentro de 24 horas. Si no, usted será facturado un cobro de 25.00 dólares si deja de acudir a su cita. Esto es un cobro del cual el paciente será responsable, ya que esto no es facturable a su seguro.

Por favor ayúdenos a proveer su compañía de seguro con todo lo que requieren para procesar su reclamación en tiempo y forma. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro departamento de cuentas.

HE LEIDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR

Firma _____

Fecha _____



**ADVANCED
CARDIOVASCULAR
SPECIALISTS**

Carlos E. Fonte, M.D., F.A.C.C., F.A.C.P., F.S.C.A.I.

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Doctor de Referencia _____

Razón de Su Visita _____

Su historia Medica (Escriba todas las enfermedades enfermedades graves,
hospitalizaciones, operaciones)

(1) _____ (5) _____

(2) _____ (6) _____

(3) _____ (7) _____

(4) _____ (8) _____

Historia de Familia: Enfermedad Cardíaca S/N Hipertension S/N Diabetes S/N

Usted Fuma? S/N

Usted consume alcohol? S/N

Cuantos paquetes por día _____ Cuantas bebidas por día _____

Procedimientos/pruebas de Corazon anteriores y cuando

Electrocardiograma _____ Ecocardiograma _____

EKG _____ Angioplasty _____ Stent _____

Marcapaso _____ Desfibrilador _____

Alergias (Escriba todas las alergias a medicamentos abajo)

Medicamentos: (Nombre del medicamento, la dosis, la frecuencia, incluye pildoras
anticonceptivas, vitaminas, medicamentos para el dolor)



**ADVANCED
CARDIOVASCULAR
SPECIALISTS**

Carlos E. Fonte, M.D., FACC, FACP, FSCAI
3201 S. Maryland Parkway, Suite 502
Las Vegas, Nevada 89109
Phone: (702)733-8600 Fax: (702)733-0374
www.carlosfontemd.com

Formulario de Autorización de HIPAA

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Autorización de Información

Autorizo la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, los registros, los exámenes que se me han hecho y la información de reclamaciones. Esta información puede ser divulgada a:

Esposo(a) _____

Hijos _____

Otros _____

La información no se debe divulgar a nadie.

¿Tiene un poder notarial duradero? Si No

Esta publicación de información permanecerá en efecto hasta que es terminado por mi por escrito.

Mensajes

Por favor llame a mi casa mi trabajo mi número celular

Si no puede comunicarse conmigo:

Puede dejar un mensaje detallado

Deja un mensaje que me pide que devuelva su llamada

El mejor momento para comunicarse conmigo es (día) _____ entre estas horas _____

Firma _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____



Carlos E. Fonte, M.D. F.A.C.C. F.S.C.A.I.

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Debido a la complejidad de la medicina y los medicamentos, se solicita los siguientes datos personales con el fin de hacer que su archivo este completo.

Lenguaje básico:

___ Ingles ___ Español ___ Francés ___ Alemán ___ Italiano ___ Otro

Origen étnico:

Hispano o Latino: () sí () no

Raza:

___ Indio Americano/Nativo de Alaska ___ Negro/Afro Americano
___ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
___ Caucásico/blanco ___ Asiático ___ Indeterminado

Nombre de Farmacia/dirección o calles donde está ubicada _____

Teléfono de farmacia _____

Consentimiento para historial de recetas ___ Sí ___ No

Firma del paciente _____



*Advanced
Cardiovascular
Specialists*

Carlos E. Fonte, M.D. F.A.C.C. F.S.C.A.I.

Consentimiento Escrito

Está de acuerdo, para nosotros poder darle servicio a su cuenta o a cobrar cualquier cantidad que usted podría deber, podremos contactarlo por teléfono en cualquier número asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfono inalámbrico, que podrían resultar en cargos a usted. Métodos de contacto pueden incluir usando mensajes de voz pre-grabados/artificial y/o el uso de un servicio de marcación automática según corresponda.

He/hemos leído esta divulgación y estoy de acuerdo que Advanced Cardiovascular Specialists o sus agentes, pueden comunicarse conmigo/nosotros como se describe anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha

3201 South Maryland Pkwy. #502 Tel. (702) 733-8600 653 Town Center Drive #506
Las Vegas, NV 89109 Fax (702) 733-0374 Las Vegas, NV 89144