



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

POR FAVOR COMPLETE ESTA FORMA 2023

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Sex:** H / M

Raza: Caucásico _____ Africano _____ Hispano _____ Asiático _____ Otro _____

Etnicidad: Latino/Hispano _____ Otro _____

Teléfono del hogar: _____ **Celular:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Si desea que su pin de paciente portal sea enviado por correo electrónico por favor escribe su correo electrónico: _____

Nombre de Seguro Médico Primario: _____

Numero de Miembro: _____

Nombre del Asegurado: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____

Empleo del Asegurado: _____

Nombre de Seguro Médico Secundario: _____

Número del Asegurado: _____

Nombre de del Asegurado: _____

Número de Seguro Social del Asegurado: _____

Empleo del Asegurado: _____



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Padre: H / M _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Teléfono del hogar: _____ Tel. del Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____

Madre: H / M _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Teléfono del hogar: _____ Tel. del Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____

Firma: _____ **Fecha de Hoy:** _____

Nombre/Relación con el paciente: ----- _____

Si los padres están divorciados o separados por favor completar esta sección.:

¿Quién tiene la custodia? _____

¿Hay alguna restricción legal que restringiría al padre sin custodia para consentir tratamiento médico para el niño(a) o para obtener información de tratamiento médico? **Si/ No**

En caso afirmativo, por favor explique y provea una copia de cualquier documento legal. Que compruebe esta restricción. (Si usted no puede proveer documentos legales a nuestra oficina, PGNA será incapaz de hacer cumplir alguna o todas de las restricciones que se muestran a (continuación)



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Póliza Financiera/Revelaciones

Nuestro objetivo es ofrecer la mejor atención que sea posible. Por favor entienda que parte de su cuidado incluye facturar a su aseguranza. Por favor proporcione su información de facturación correcta y completa. PGNA no excluye, o de otra manera discriminar contra cualquier persona por motivos de raza, sexo, religión, color, origen nacional, discapacidad, o cualquier otra razón ilícita. Por favor lea la siguiente información ya que puede responder a algunas de sus preguntas sobre nuestras políticas de facturación.

Co-pagos: Estos deben ser pagados antes de ver al proveedor en cada visita. Por favor presente su co-pago a nuestra oficina.

Planes de HMO/Managed Care: Necesitamos una copia de su tarjeta de aseguranza actual para que podamos cobrar la visita. Es su responsabilidad asegurarse que una autorización / referencia actual se ha obtenido para su cuidado con nuestra oficina. Si no se ha obtenido ninguna autorización / referencia, es posible que la cita tenga que ser cambiada a otra fecha hasta que tenga una autorización / referencia actual. Se le cobrara por cualquier saldo restante después de que su plan de aseguranza ha procesado los cargos.

Commercial or Group Health Plans: Necesitamos una copia de su tarjeta de aseguranza actual para que podamos cobrar su visita. Es su responsabilidad verificar si tenemos contrato con su compañía de aseguranza. Los beneficios pueden variar si estamos fuera de la red. Por favor pregunte por nuestro departamento de facturación si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda. Se le cobrara por cualquier saldo restante después de que su plan de aseguranza ha procesado los cargos.

Planes de Aseguranza Fuera de Contrato: Es su responsabilidad verificar con su compañía de aseguranza si el practicante que va a ver hoy está contratado con ellos. Usted es financieramente responsable de todos los cargos de su cita cuando PGNA no tiene contrató con su aseguranza. Los cargos deben ser pagados a PGNA el mismo día de la cita.

Reconocimiento de aseguranza secundaria: PGNA mandara el cobro a la aseguranza secundaria como una cortesía. Sin embargo, por favor tenga en cuenta que es su responsabilidad entender las políticas y disposiciones de su cobertura de aseguranza. En caso de que su compañía de aseguranza secundaria no pagara saldos pendientes a PGNA la cantidad debida se le cobrara a usted. Si usted está en desacuerdo con las decisiones de su aseguranza secundaria de no pagar los cargos de la visita, es importante que se comunique con ellos. Aunque usted



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Pg. 2

Póliza Financiera/Revelaciones

puede discutir como la compañía de aseguranza secundaria ha tramitado una reclamación, el saldo restante seguiría siendo su responsabilidad.

Por Fondos Insuficientes: Todos los pagos devueltos a PGNA por la institución financiera debido a fondos insuficientes se le cobrarán 25.00 de multa.

Si Necesita un Procedimiento: Si el medico recomienda un procedimiento, usted hablara con uno de nuestros coordinadores de atención al paciente. Ellos le ayudaran con cualquier pregunta específica que tenga. Vamos a obtener una autorización previa para el procedimiento, en base a la información de la aseguranza que nos ha dado. Nuestra póliza es obtener el pago de todos los procedimientos antes de hacer la cita del procedimiento. Basado en esta información, su aseguranza nos da información sobre su póliza, nosotros le daremos un estimado de los costos que le corresponden a usted. Nosotros debemos de cobrar esta cantidad. Después de recibir el reclamo de la aseguranza nosotros sabremos la cantidad exacta que usted debe de pagar. Esta información le mandara a usted y a nosotros en un documento que explica sus beneficios (EOB). Después nosotros le mandaremos un estado de cuenta cobrándole el balance o se le regresara cualquier cantidad que usted pago en exceso.

Alternativamente, usted puede pedir colocar su tarjeta de crédito en el archivo. Si una tarjeta de crédito valida y autorización está en archivo, el pago no será obtenido hasta que la cantidad exacta que usted debe sea determinada por su compañía de aseguranza. Vamos a cobrar automáticamente a su tarjeta cuando se determine esta cantidad. Por favor, consulte el acuerdo de autorización de tarjeta de crédito para obtener detalles completos. Todavía estamos obligados a cobrar el copago de cada visita, pero los cargos estimados adicionales se diferirán hasta que se reciba el EOB.

Menores de Edad: Un padre o guardián legal debe acompañar a los pacientes que son menores de edad a todas las visitas. Este adulto acompañante es responsable del pago de la cuenta de acuerdo con la póliza escrita arriba.

Póliza de Citas sin cancelación: Le recomendamos a todos los pacientes a mantener sus citas. Con la gran demanda de servicios de gastroenterología pediátrica en nuestra comunidad esto nos permite ayudar a muchos pacientes como sea posible todos los días. Por esta razón si usted no da un aviso de 24 horas de cancelación de una cita o no se presenta a una cita estará sujeto a un cargo de \$35.00 que será cargado a su cuenta. Falta de pago de una cita sin cancelación se tratará igual que nuestra política sobre las cuentas sin pago. Podríamos dar de alta al paciente si continúa a no presentarse o a cancelar con menos de 24 horas en anticipación.

Formulario de FMLA: Completar formularios de FMLA toma mucho tiempo. Se cobrará \$25.00 por procesar y enviar las formas de FMLA. Usted será responsable de pagar los \$25.00 al tiempo de dejar las formas con nosotros.



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Milet, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Pg. 3

Póliza Financiera/Revelaciones

Colección de los Saldos Pendientes: Tendrá 30 días para pagar todos los saldos pendientes, a menos que hayamos acordado otros arreglos de pago por escrito. Es importante que todos los saldos vencidos sean totalmente pagados antes o en el momento de su visita. Saldo que quedan pendientes por un periodo de 90 días o más pueden ser referidos a una agencia de colección o un abogado. Si su cuenta se refiere a colección usted será responsable de pagar todas las comisiones de cobro adicionales que se pagará en adición de su saldo pendiente y los intereses correspondientes. Si su cuenta es referida a un abogado usted será responsable de pagar todos los honorarios de abogados, los gastos y costos judiciales que son además de nuestro saldo pendiente y los intereses que procedan.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Este aviso describe cómo se puede usar la información médica sobre usted y revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente. Toda la información solicitada debe ser relevante para el cuidado y bienestar de los individuos atendidos. Toda la información es considerada información médica protegida (Protector Salud Información, PHI), de acuerdo con las reglas de HIPAA de 1996.

La firma del presente aviso de privacidad deberá servir como reconocimiento de que Pediatric Gastroenterology & Nutrition Associates puede utilizar y compartir la información para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica general que puedan incluir consejería de facturación y control de calidad. El uso de intercambio de información no directamente relacionada con los servicios y apoyos tendrá que tener autorización previa. Un ejemplo de intercambio de información que puede ser necesario sin el consentimiento o autorización escrita es una emergencia médica potencialmente mortal. Derecho del individuo: El individuo, por

escrito, puede solicitar restricciones en el uso de intercambio de información, recibir comunicación confidencial, inspeccionar y recibir copias de cualquier información compartida, recibir un informe de la información compartida y la modificación o revocación de la autorización.

Funciones de entidad incluida: Mantener la privacidad y dar aviso de los deberes legales y prácticas de privacidad. Cumplir con esta notificación efectiva y los acuerdos de restricción. Dar aviso de prácticas de privacidad revisadas. El suscrito acepta que la clínica puede proporcionar información que forma parte de la atención médica del paciente/expediente médico según lo definido por NRS 52.320, 629.021 y otros estatutos aplicables a cualquier persona autorizada a solicitud, a los efectos que incluye, pero no se limita a proporcionar atención continua, la determinación de la responsabilidad del pago. Estos pueden incluir, pero no se limitan a las compañías de aseguranza, planes de servicio de los nuevos sistemas, los empleadores de los pacientes, proveedores de salud y revisión organismos de control de utilización. Se necesita un permiso especial para revelar esta información cuando el paciente está recibiendo tratamiento para ciertas condiciones que implican el diagnóstico restringido.

3196 South Maryland Pkwy, Suite 309 Las Vegas, NV 89109
653 North Town Center Drive, Suite 412 Las Vegas, NV 89144

PH: 702-791-0477
FAX: 702-791-6831



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Pg. 4

Póliza Financiera/Revelaciones

Yo autorizó que mis beneficios de aseguranza se paguen directo a PGNA. Autorizo que PGNA revele información médica pertinente a mi compañía aseguradora cuando se le solicite.

He dado información completa y precisa y estoy de acuerdo de informar a PGNA de cualquier cambio relativo a la información de facturación personal o la información de facturación de seguros.

El abajo firmante certifica que él/ella ha leído las políticas financieras expresado anteriormente y está debidamente autorizando por el paciente como agente general del paciente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos. El firmante se compromete a aceptar la responsabilidad financiera por los servicios al paciente y para aceptar los términos del acuerdo financiero y asignación de beneficios como se ha explicado.

Yo reconozco que he recibido y revisado el resumen del Aviso de Practicas de Privacidad, que proporciona una descripción de los usos y revelaciones de información. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo puede ser usada o revelada la información médica y que PGNA no siempre está obligado a aceptar las restricciones que solicite.

Nombre del paciente

Relación Con el Paciente

Firma de Padre o Tutor legal del Paciente

Fecha

Doy mi consentimiento para aceptar los mensajes detallados, incluyendo, pero no limitado a, citas, autorizaciones, referencias y resultados de pruebas de laboratorio por los siguientes dispositivos:

____ Número de teléfono: _____

____ Casa _____

____ Fax _____

____ Trabajo _____

____ Correo electrónico _____

¿Hay alguien más con quien podamos contactarnos que no esté incluido en este formulario en caso de una emergencia?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación Al Paciente: _____

3196 South Maryland Pkwy, Suite 309 Las Vegas, NV 89109
653 North Town Center Drive, Suite 412 Las Vegas, NV 89144

PH: 702-791-0477
FAX: 702-791-6831



Howard Baron, M.D.
 Christopher Rhee, M.D.
 Elizabeth Mileti, D.O.
 Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
 Jenna Diaz, M.D.
 Teresa Carroll, P.N.P.

Autorización para revelar información de salud Privada

Yo autorizo el uso/revelación de información de salud privada acerca de mi hijo (a) como esta descrito de la siguiente manera; para el cuidado del paciente, pagos (de tratamiento) y operaciones acerca del cuidado de su hijo (a).

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

A. Persona(s) autorizadas para traer a su hijo (a) a esta oficina: Pediatric Gastroenterology & Nutrition Associates. E (miembro de familia, nana, padrastros)

- 1. _____ Relación _____
- 2. _____ Relación _____
- 3. _____ Relación _____

B. Persona (s) o Organizaciones autorizadas para recibir información acerca del paciente:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Yo entiendo que esta forma NO constituye a una advertencia legal y que solo cubre leyes federales, no estatales.

 Firma del representante del paciente

 Fecha

Esta autorización solo es válida para la divulgación de la información de la persona antes mencionada, hospital o organización, y será valida a menos que sea revocada por escrito por el padre o tutor legal del paciente.



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Autorización para Obtener Información de Registros Médicos

Yo Autorizo (Nombre de la clínica): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Para autorizar los registros médicos de mi hijo(a) a Pediatric Gastroenterology Nutrition and Associates
Favor de faxear al (702) 791-6831 o enviarlos por correo a: 3196 S. Maryland Parkway #309 Las Vegas,
NV 89109.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma de los Padres/Tutor: _____

Nombre de los Padres/Tutor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

Póliza de inasistencia y cancelación de citas con 24 horas de anticipación

Efectivo el 1ero de Enero del 2017, nuestra multa por inasistencia incrementara de \$25.00 a \$30.00

Cada vez que un paciente falta a una cita sin proveer previo aviso, se le niega la oportunidad a otro paciente de recibir el cuidado adecuado. Por lo tanto, PGNA se reserve el derecho a imponer una multa de \$30.00 por todas las citas pedidas (No shows) y las citas que no sean canceladas con 24 horas de anticipación.

Las citas perdidas se cobrarán directamente al paciente. Este cargo no lo cubre la aseguranza y deberá ser pagado antes de la siguiente cita.

Gracias por su entendimiento y cooperación mientras nosotros nos esforzamos a poder servirle mejor a las necesidades de todos nuestros pacientes.

Firma

Fecha



Howard Baron, M.D.
Christopher Rhee, M.D.
Elizabeth Mileti, D.O.
Navneetha Unnikrishnan, M.B.B.S.
Jenna Diaz, M.D.
Teresa Carroll, P.N.P.

In order for the doctor to send electronic prescriptions to your pharmacy, we require the information below:

Patient Name: _____

Pharmacy Name: _____

Cross Streets: _____

Telephone: _____



Para que el doctor pueda mandar cualquier receta necesaria, necesitamos la información indicada abajo:

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Calles que cruzan: _____

Número de teléfono: _____