

**Información demográfica del paciente**

|  |   |
|--|---|
| <b># Seguro Social:</b> _____<br><b>Nombre:</b> _____<br><b>Dirección:</b> _____<br><b>Ciudad:</b> _____ <b>Estado:</b> _____ <b>Código Postal:</b> _____<br><b>Estado civil:</b> _____<br><b>Empleador:</b> _____<br><b>Dirección del empleador:</b> _____<br>_____ | <b>Tel particular:</b> _____<br><b>Tel. laboral:</b> _____<br><b># celular:</b> _____<br><b>Sexo:</b> (Femenino) o (Masculino)<br><b>Fecha de nacimiento:</b> _____ |
|--|---|

**Raza:** Por favor, seleccione una opción:  
 Asiático  
 Nativo de Hawaii  
 Habitante de otras islas del Pacífico  
 Negro/Afro-Americano  
 Nativo de América del Norte/Nativo de Alaska  
 Blanco  
 Más de una raza  
 No informada/Se negó a informarla

**Etnia:** Por favor, seleccione una opción:  
 Hispánico/latino      No hispánico/latino  
 No informada/Se negó a informarla

**Idioma de preferencia:** \_\_\_\_\_

**Nombre del cónyuge:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **# teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Empleador del cónyuge:** \_\_\_\_\_  
**#SS del cónyuge** \_\_\_\_\_

**Información acerca del médico**

**Médico que lo deriva:** \_\_\_\_\_  
**Médico de cabecera:** \_\_\_\_\_  
**Otros médicos:** \_\_\_\_\_

**Información acerca del seguro**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario**

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Debe completar este formulario para que podamos facturar a su seguro. De no hacerlo, significará que usted asume la responsabilidad por todas las facturas del seguro.**

Traspaso de los beneficios del seguro: por medio del presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al médico la cantidad adeudada en mi reclamación por servicios prestados a mi dependiente o a mí. Cuando se prestan los servicios se requiere el pago de co-pagos y deducibles. Acepto también que si la cantidad fuera insuficiente para cubrir los gastos médicos y/o quirúrgicos completos, seré responsable del pago de la diferencia; y si la naturaleza de la discapacidad no estuviera cubierta por la póliza, seré responsable ante el médico por el pago de la factura completa.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono Farmacia: \_\_\_\_\_

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

ALERGIAS: Por favor, indique todas las alergias a medicamentos que tenga - Si no tiene ninguna, tilde aquí: \_\_\_\_\_

Por favor, indique todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo la dosis y la frecuencia:

Si no toma ningún medicamento, tilde aquí: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Por favor, indique todas las cirugías que ha tenido, incluyendo las fechas:

Si no ha tenido ninguna cirugía, tilde aquí: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA: Tilde todas las opciones que correspondan:

\_\_\_\_\_ Diabetes mellitis

\_\_\_\_\_ Hipertensión

\_\_\_\_\_ Enfisema/EPOC

\_\_\_\_\_ Asma

\_\_\_\_\_ Glaucoma

\_\_\_\_\_ Problemas de tiroides

\_\_\_\_\_ Problemas cardíacos

\_\_\_\_\_ Úlcera

\_\_\_\_\_ Diverticulosis

\_\_\_\_\_ Colitis

\_\_\_\_\_ Accidente cerebrovascular

\_\_\_\_\_ Enfermedad hepática/cirrosis/hepatitis

\_\_\_\_\_ Anemia/trastornos hemorrágicos

\_\_\_\_\_ Gota

\_\_\_\_\_ Cáncer; por favor, indique lugar de origen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra

ANTECEDENTES FAMILIARES: Por favor, indique todas las enfermedades presentes en su familia.

|        |        |           |
|--------|--------|-----------|
| Madre: | Padre: | Hermanos: |
| _____  | _____  | _____     |
| _____  | _____  | _____     |
| _____  | _____  | _____     |
| _____  | _____  | _____     |

ANTECEDENTES SOCIALES: Tilde todas las opciones que correspondan:

Estado civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  
Consumo de tabaco:  Actual fumador  Ex fumador  Nunca fumó  No sabe  
Consumo de alcohol:  Nunca  Ha dejado  Sí  Tragos por día  
Consumo de bebidas cafeinadas: \_\_\_\_\_ por día  
Transfusiones de sangre:  Sí  No  
Idiomas que habla: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_  
Origen étnico: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA CONSULTA: Por favor, indique el motivo por el que consulta al Urólogo, y los síntomas que tiene:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES UROLÓGICOS: Tilde todas las opciones que correspondan:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar                     | <input type="checkbox"/> Orina con sangre                 |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia                       | <input type="checkbox"/> Cambio en la frecuencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias crónicas      | <input type="checkbox"/> Problemas de erección            |
| <input type="checkbox"/> PSA elevado                         | En caso afirmativo, indique la fecha: _____               |
| <input type="checkbox"/> Se despierta a la noche para orinar | En caso afirmativo, ¿cuántas veces?: _____                |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de cáncer urológico:   | En caso afirmativo, indique el lugar: _____               |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de cálculos renales    |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |   |

Si ya tiene exámenes de diagnóstico relacionados con esta consulta, por favor indique el examen y dónde se lo hizo:

---

---

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: Tilde todas las opciones que correspondan

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente         | <input type="checkbox"/> Sudor nocturno  | <input type="checkbox"/> Escalofríos                          |
| <input type="checkbox"/> Aparición de convulsiones        | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Cambios en la sensibilidad           |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa                   | <input type="checkbox"/> Visión doble    | <input type="checkbox"/> Cambios en la agudeza visual         |
| <input type="checkbox"/> Mucha sed                        | <input type="checkbox"/> Cansancio       | <input type="checkbox"/> Arrebatos de calor                   |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces              | <input type="checkbox"/> Heces oscuras   | <input type="checkbox"/> Aparición de diarrea                 |
| <input type="checkbox"/> Aparición de dolor en el pecho   | <input type="checkbox"/> Palpitaciones   | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar             |
| <input type="checkbox"/> Aparición de dolor en el pecho   | <input type="checkbox"/> Cianosis        | <input type="checkbox"/> Molestias en las piernas             |
| <input type="checkbox"/> Aparición de erupciones          | <input type="checkbox"/> Picazón         | <input type="checkbox"/> Ictericia                            |
| <input type="checkbox"/> Aparición de dolores articulares | <input type="checkbox"/> Inflamación     | <input type="checkbox"/> Menor rango de movimiento            |
| <input type="checkbox"/> Aparición de tos                 | <input type="checkbox"/> Tos con sangre  | <input type="checkbox"/> Disnea                               |
| <input type="checkbox"/> Aparición de palidez             | <input type="checkbox"/> Debilidad       | <input type="checkbox"/> Se le forman hematomas con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Aparición de depresión           | <input type="checkbox"/> Ansiedad        | <input type="checkbox"/> Ideas suicidas                       |

---

Firma

Fecha

**Asociación Estadounidense de Urología (AUA) Evaluación de síntomas**

Name: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Responda a las preguntas marcando con un círculo el número que corresponda en cada línea.

**Durante el último mes.....**

- |  |     |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que su vejiga no se vacía del todo después de orinar?  | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 2. Con qué frecuencia ha tenido que volver a orinar en menos de 2 horas después de haber orinado?  | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 3. Con qué frecuencia le ha ocurrido que el chorro de orina se interrumpe varias veces y debe hacerlo comenzar de nuevo para terminar de orinar? | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 4. Con qué frecuencia le ha resultado difícil retener la orina antes de ir al baño?  | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 5. Con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina demasiado fino o débil?   | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 6. Con qué frecuencia ha tenido que hacer fuerza para empezar a orinar?  | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |
| 7. Cuántas veces, como promedio, ha tenido que levantarse durante la noche para orinar?  | [0] | [1] | [2] | [3] | [4] | [5] |

**Suma de los siete números marcados (Puntuación de la AUA) \_\_\_\_\_**

## INFORMACIÓN ACERCA DE LA FARMACIA

Fecha:

Nombre de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por medio del presente autorizo a la farmacia anteriormente mencionada a transmitir información a través de prescripción electrónica. Esta autorización continuará y permanecerá con plena vigencia y efecto hasta que sea revocada por mí por escrito.

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha:

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

FECHA: \_\_\_\_\_

SOLICITUD URGENTE ( )

PARA: \_\_\_\_\_

# FAX: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Por favor, divulgar: ( ) TODOS los Registros médicos ( ) Análisis clínicos ( ) Informes radiológicos

( ) Todas las notas de la consulta del médico

( ) 7500 Smoke Ranch Rd., #200  
Las Vegas, NV 89128  
(702) 233-0727  
(702) 233-4799 – FAX

( ) 7200 Cathedral Rock Dr., #180  
Las Vegas, NV 89128  
(702) 341-9000  
(702) 341-5864 – FAX

( ) 7150 W. Sunset Rd., #201A  
Las Vegas, NV 89113  
(702) 233-0727  
(702) 233-4799 – FAX

( ) 4 Sunset Way, #B-6  
Henderson, NV 89014  
(702) 454-6226  
(702) 454-7290 – FAX

( ) 1701 N. Green Valley Pkwy, #10-C  
Henderson, NV 89074  
(702) 896-9600  
(702) 896-9606 – FAX

( ) 9053 S. Pecos Rd., #2900A  
Henderson, NV 89074  
(702) 735-8000  
(702) 735-4795 – FAX

( ) 8915 S. Pecos, #19A  
Henderson, NV 89074  
(702) 341-9000  
(702) 341-5864

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

Fecha:

# BREVE MIRADA AL ARBITRAJE PARA EL PACIENTE

## **Introducción**

El arbitraje es un procedimiento alternativo de resolución de disputas, apoyado por grupos como California Medical Association (Asociación Médica de California), y destacado como método preferido para resolución de disputas de la Suprema Corte de los Estados Unidos.

Si usted no está familiarizado con el arbitraje en general, la información aquí incluida le ofrece algunos de los principios básicos del arbitraje.

## **¿Qué es el arbitraje?**

El arbitraje es una manera alternativa de resolver disputas. En lugar de llevar su disputa por el costoso y extenso proceso de una acción judicial, usted y su médico acuerdan con anticipación someter toda disputa a un árbitro y aceptar su determinación. El árbitro es seleccionado entre la gran cantidad de jueces retirados que están disponibles y calificados para actuar en estos asuntos, y usted y su médico lo seleccionan por mutuo acuerdo. Después de una audiencia, que es en general menos formal que un procedimiento judicial, el árbitro toma la decisión ("fallo" o "laudo"). Aunque los procedimientos son diferentes, en general en el arbitraje aplican las mismas leyes y las mismas medidas de daños y perjuicios de los procedimientos judiciales.

## **¿El arbitraje le impide efectuar una reclamación?**

No. Al seleccionar el arbitraje como medio para resolver una disputa, todo lo que usted básicamente realiza es trasladar la reclamación a un foro diferente (es decir, de un jurado a un árbitro) para oír y finalmente decidir acerca de su reclamación.

## **¿Le impide obtener una indemnización económica?**

No. El arbitraje no lo restringe ni le impide obtener una indemnización económica de manera alguna. Si el árbitro acepta y está de acuerdo con su reclamación, determinará una indemnización por daños y perjuicios.

La Suprema Corte de los Estados Unidos ha sostenido previamente que el arbitraje se prefiere enfáticamente como alternativa expedita y económica al sistema judicial.

## **¿Puede representarme un abogado de mi elección?**

Sí. Cualquiera de las partes del arbitraje puede ser representada por un abogado de su elección, a su propio cargo. El árbitro verá los hechos y decidirá sea o no que las partes estén representadas por abogados.

## **¿Quién está obligado por este acuerdo?**

Si usted decide firmar el acuerdo de arbitraje, usted estará aceptando quedar obligado usted mismo y toda persona que pudiera iniciar una acción en relación con tratamiento o servicios provistos a usted por el médico. Si usted firma por un familiar o por otra persona hacia quien tiene una responsabilidad, usted obligará a esa persona como a toda persona que pudiera iniciar una acción legal en relación con tratamiento o servicios provistos a esa persona por el médico. De igual manera, el médico o quien entable un juicio por un médico quedan obligados.



### **¿Cuánto cuesta el arbitraje?**

En general, el arbitraje es menos costoso que las acciones judiciales. Los honorarios del árbitro comúnmente son compartidos equitativamente por las partes. La cantidad de esos honorarios dependerá de la complejidad y la extensión del caso.

### **Si a alguna de las partes no le agrada el resultado del arbitraje, ¿podría aún realizarse un juicio por jurado en la corte?**

Generalmente, la respuesta es "No". El propósito del arbitraje es evitar el gasto, la demora y la inconveniencia de ir a la corte. Los laudos arbitrales pueden ser revisados, y potencialmente revertidos ("anulados") por una corte en circunstancias limitadas.

### **Mensaje a nuestros pacientes acerca del arbitraje**

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Al firmar este acuerdo estamos aceptando que toda disputa surgida de los servicios médicos que usted recibe se resolverá en un arbitraje vinculante y no por medio de un juicio. Las acciones judiciales son algo que nadie anticipa y que todos desean evitar. Consideramos que el método de resolver disputas por arbitraje es uno de los sistemas más justos tanto para los pacientes como para los médicos. Los acuerdos de arbitraje entre proveedores de atención médica y sus pacientes desde hace mucho tiempo han sido reconocidos y aprobados por las cortes.

Al firmar este acuerdo usted cambia el lugar donde se presentará su reclamación. Usted igualmente podrá citar testigos y presentar evidencia. Cada parte selecciona a un árbitro (árbitros de las partes) quienes luego seleccionan a un tercer árbitro, neutral. Estos tres árbitros ven el caso. Este acuerdo en general ayuda a limitar los costos judiciales tanto para pacientes como para médicos. Además, ambas partes evitan los rigores de los juicios y la publicidad que suele acompañar a los procedimientos judiciales.

Nuestra meta, por supuesto, es brindar atención médica de manera tal de evitar cualquier disputa. Sabemos que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta acerca de su atención, por favor, pregúntenos.

## ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

**Artículo I: Acuerdo de resolver por arbitraje:** Se entiende que toda disputa en cuanto a mala praxis médica, es decir en cuanto a si algún servicio médico prestado en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado o se prestó inadecuada, negligentemente o en forma incompetente, se determinará sometiéndola a arbitraje de acuerdo con lo dispuesto por la ley de Nevada, y no por demanda o acción judicial excepto en lo que disponga la ley de Nevada para revisión judicial de los procedimientos del arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional de hacer decidir una disputa semejante en una corte de justicia, y aceptan en cambio el uso del arbitraje vinculante.

**Artículo II: Todas las reclamaciones se decidirán por arbitraje:** Es la intención de ambas partes que este acuerdo cubra todas las reclamaciones o controversias existentes o subsiguientes, sea por responsabilidad extracontractual, por contrato o de otro tipo, y que obligue a todas las partes cuyas reclamaciones surjan de o se relacionen de alguna manera con tratamiento o servicios provistos o no provistos por el médico, grupo médico o asociación que se identifican a continuación, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, sociedades, empleados, agentes, clínicas y/o proveedores (de aquí en adelante, colectivamente, el “médico”) a un paciente, incluyendo cónyuge o herederos del paciente e hijos, sean nacidos o no nacidos, en el momento del hecho que da origen a la reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término “paciente” en el presente significa tanto la madre como el/los hijo(s) que espera.

La presentación de una acción de parte del médico ante una corte para cobrar honorarios del paciente no anulará el derecho a obligar el arbitraje de toda reclamación por mala praxis. Sin embargo, tras la reivindicación de cualquier reclamación contra un médico, incluyendo disputa por honorarios, sea o no sujeto de una acción judicial existente también se resolverá por arbitraje.

**Artículo III: Procedimientos y ley aplicable:** Un pedido de arbitraje debe ser comunicado por escrito por Servicio Postal de los Estados Unidos, franqueo prepago, a todas las partes, describiendo la reclamación contra el médico, la cantidad de daños y perjuicios que se pretende obtener y los nombres y direcciones y números de teléfono del paciente, y (si corresponde) su abogado. Luego, las partes seleccionarán en árbitro que previamente fuera un juez. Ambas partes aceptan que el arbitraje se regirá por los Estatutos Revisados de Nevada (NRS) 38.206-382.48, 41A.035, .045, .097, .100, .110, .120, 42.005 y .021 y la Ley Federal de Arbitraje (9USC 1-4) y que tienen el derecho absoluto a arbitrar separadamente cuestiones de responsabilidad y daños y perjuicios por solicitud escrita al árbitro. Las partes se harán cargo de sus propios costos, cargos y gastos, junto con una parte prorrateada de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

**Artículo IV: Cláusula de independencia de las cláusulas:** En el caso de que alguna(s) disposición(es) de este Acuerdo sea(n) declarada(s) nula(s) y/o inaplicable(s), dicha(s) disposición(es) se considerará(n) separada(s) del mismo y el resto del Acuerdo se aplicará de acuerdo con la ley Federal y de Nevada.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED ACEPTA SOMETER TODA DISPUTA POR MALA PRAXIS MÉDICA A ARBITRAJE NEUTRAL, Y USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO O JUICIO POR JURADO. VEA EL ARTÍCULO I DE ESTE CONTRATO. SU FIRMA INDICA QUE NUESTRO CONSULTORIO LE HA ENTREGADO EL DOCUMENTO “BREVE MIRADA AL ARBITRAJE PARA EL PACIENTE”.**

\_\_\_\_\_  
Médico o representante debidamente autorizado

Nombre del médico:

\_\_\_\_\_  
Firma del traductor

\_\_\_\_\_  
Nombre del traductor en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_  
Representante del paciente (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Nombre y relación con el paciente

## REGISTRO DE DIVULGACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla sobre privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPPA, por sus siglas en inglés) otorga a los individuos el derecho a solicitar una restricción sobre los usos y divulgaciones de su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). El individuo también tiene el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que la comunicación de la información médica protegida se realice por medios alternativos, como envío de correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su hogar.

1. La regla sobre privacidad en general requiere a los proveedores de atención médica tomar las medidas razonables para limitar al mínimo necesario el uso de la divulgación y las solicitudes de información médica protegida, para lograr el propósito pretendido. Las disposiciones no aplican a usos o divulgaciones realizados según una solicitud de autorización de parte del individuo.
2. Las entidades de atención médica deben mantener registros de las divulgaciones de la información médica protegida. La siguiente información, si se completa de manera adecuada, constituirá un registro adecuado.
3. NOTA: Los usos y divulgaciones para Tratamiento, Pago u Operaciones (TYP, por sus siglas en inglés) podrán permitirse sin consentimiento previo en una emergencia.
4. Registro de divulgaciones de Información Médica Protegida (adjunto).

**Deseo que me contacten de la siguiente manera (marcar todas las opciones que correspondan):**

\_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se puede dejar un mensaje con información detallada

\_\_\_\_\_ Se puede enviar a mi domicilio particular \_\_\_\_\_ Se puede enviar a mi domicilio laboral

\_\_\_\_\_ Se puede enviar por fax al número: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dejar un mensaje con la siguiente persona: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor del paciente

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del tutor del paciente

# AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA LAS VEGAS UROLOGY

Este formulario autoriza la revelación de Información Médica Protegida de acuerdo con las Secciones 106 y 164 del título 45 del Código Federal de Regulaciones (CFR, por sus siglas en inglés).

1. El que suscribe autoriza a los proveedores mencionados anteriormente, LAS VEGAS UROLOGY, a revelar los contenidos de registros médicos a mi compañía de seguros para fines de facturación y cobranza según sea necesario. El que suscribe admite que podría no ser posible para LAS VEGAS UROLOGY facturar y cobrar a las compañías de seguros de los pacientes sin esta autorización.
2. La información podrá ser revelada por empleados o asociados comerciales de LAS VEGAS UROLOGY.
3. La información contenida en los registros médicos también podrá ser revelada a

\_\_\_\_\_.  
(Indique el nombre de la(s) persona(s) a quien(es) también se pueda revelar la información médica.

4. Acepto que tengo el derecho a revocar la autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que se revela la información ya no estará protegida por la Ley Federal de Privacidad.

La presente autorización permanecerá en efecto hasta que sea terminada por escrito por el paciente que suscribe.

Usted puede revocar esta autorización sólo por escrito por Correo Certificado a LAS VEGAS UROLOGY a la dirección indicada a continuación. La revocación entrará en vigencia cuando se reciba, excepto (1) en la medida en que LAS VEGAS UROLOGY haya actuado basándose en la autorización, o (2) que la autorización fuera obtenida como condición de obtener cobertura del seguro y la aseguradora desee utilizar la información médica protegida para impugnar legalmente la reclamación.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_\_  
Autoridad: Si la persona que firma no es el paciente, indicar autoridad bajo la cual firma.

7500 Smoke Ranch Rd., #200  
Las Vegas, NV 89128  
(702) 233-0727  
(702) 233-4799 – FAX

7200 Cathedral Rock Dr., #180  
Las Vegas, NV 89128  
(702) 341-9000  
(702) 341-5864 (FAX)

7150 W. Sunset Rd., #201A  
Las Vegas, NV 89113  
(702) 233-0727  
(702) 233-4799 – FAX

4 Sunset Way, #B-6  
Henderson, NV 89014  
(702) 454-6226  
(702) 454-7290 – FAX

1701 N. Green Valley Pkwy, #10-C  
Henderson, NV 89074  
(702) 896-9000  
(702) 896-8906 – FAX

9053 S. Pecos Rd., #2900  
Henderson, NV 89074  
(702) 735-8000  
(702) 735-4795 – FAX

8915 S. Pecos Rd., #19A  
Henderson, NV 89074  
(702) 341-9000  
(702) 341-5864