



SINUS RELIEF CENTER

(IMPRIMA Y COMPLETE TODOS LOS CAMPOS APLICABLES)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre Preferido: _____ Pronombre Preferido: _____

Género: MASCULINO FEMENINA PREFIERO NO RESPONDER

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de inicio: _____ Teléfono celular: _____ Otro: _____

Seguro Social #: _____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Numero del empleador: _____ Posición: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Referido por: Médico: _____ Amigo: _____

Facebook Instagram TV Ad Radio Google YouTube Val Pak Yelp

INFORMACIÓN DEL SEGURO

SEGURO PRIMARIO:

Nombre del asegurado: _____ Identificación de miembro: _____ Grupo #: _____

Nombre de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

SEGURO SECONDARIO:

Nombre del asegurado: _____ Identificación de miembro: _____ Grupo #: _____

Nombre de asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Seguridad Social #: _____

ACUERDO FINANCIERO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS

***POR FAVOR LEA E INICIALE A CONTINUACIÓN**

_____ Además, autorizo a la oficina del Sinus Relief Center, a liberar todos y cada uno de los registros médicos pertinentes necesarios para facilitar la facturación del seguro o la atención médica; y autorizar al acreedor o agente superior a realizar cualquier verificación de seguro y liberación de toda la información necesaria para procesar reclamaciones.

_____ Por la presente autorizo el tratamiento médico y reconozco plenamente que todas las visitas a la oficina se pagarán en su totalidad en el momento de la visita, a menos que mi seguro contrate lo contrario. Entiendo que mi póliza de seguro es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. Además, entiendo que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por mi seguro.

_____ Entiendo que se me cobrará \$25 por un no-show o cancelación no excusado dentro de las 24 horas de mi hora de cita.

_____ Si se requiere papeleo de FMLA o Discapacidad para mi condición, soy consciente de que habrá una tarifa de \$35.

_____ Por la presente autorizo a la oficina del Sinus Relief Center a recibir, enviar por correo, fax o correo electrónico mis registros médicos a otro médico o centro médico en el transcurso de mi diagnóstico y tratamientos.

_____ En caso de incumplimiento de pago debido al Dr. Vincent Nalbhone, MD/Sinus Relief Center, acepto pagar los costos totales de cobro, incluidos los honorarios del abogado. Por la presente autorizo la presentación de cualquier seguro vigente y el pago directo al Sinus Relief Center de cualquier cantidad adeudada en mi reclamo.

_____ Por la presente autorizo al Sinus Relief Center a realizar videollamadas de Telemedicina.

_____ Por la presente reconozco que he revisado el documento del Aviso HIPPA de prácticas de privacidad adjunto. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso HIPPA de prácticas de privacidad. Entiendo que los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Por la presente reconozco que puedo solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA).

Por la presente autorizo al Dr. Vincent Nalbhone, MD para discutir mi atención médica en detalle con (ENLISTE NOMBRES):

Nombre del paciente: _____

Altura: _____ peso: _____

HISTORIA MÉDICA

Por favor enliste cualquier medicamento que esté tomando actualmente a continuación (incluya vitaminas y suplementos):

1.	4.	7.	10.
2.	5.	8.	11.
3.	6.	9.	12.

¿Es alérgico a algún medicamento? No Sí, Lista: _____

Reaccion al medicamento _____

¿Alguna vez te operaron? No Sí, Lista: _____

¿Hospitalizaciones? No Sí, Lista: _____

¿Algún problema médico que corra en la familia? No Sí, Lista: _____

¿Está tomando anticonceptivos? No Sí, Lista: _____ **Estás embarazada:** No Sí No sé

Nombre de la farmacia: _____ **Dirección de farmacia:** _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ **Teléfono:** _____

(Circule si ha tenido o tiene actualmente alguno de los siguientes problemas)

Constitucional: fiebres / sudores / pérdida de peso / cambio de apetito

Ojos: nuevos problemas de visión / visión doble / cataratas

ENT: ordo / nariz / garganta

Hematológico/ Linfático: trastornos hemorrágicos / moretones fáciles

Cardiovascular: soplo / enfermedad cardíaca / ataque cardíaco / dolor en el pecho

Respiratorio: tos, asma / tuberculosis / dificultad para respirar / sibilancias

Gastrointestinal: náuseas / vómitos / diarrea / dolor abdominal / reflujo ácido / indigestión

Genitourinaria: infecciones / dificultad para orinar / micción frecuente

Psiquiátrico: TDAH / ansiedad / depresión / drogodependencia

Endocrino: diabetes / problemas de tiroides

Alérgico/Inmunológico: problemas inmunológicos / alergia alimentaria / alergia al medio ambiente / eccema / VIH

Problema de la piel: infección de la piel / erupciones cutáneas / cambios en la piel / cáncer de piel

Musculoesquelético: artritis / dolor articular / problemas de movilidad

Neurológico: convulsiones / dolores de cabeza / vértigo / debilidad / accidente cerebrovascular / retraso en el desarrollo

HISTORIA PERSONAL

¿Es claustrofóbico? No Sí

¿Fuma o mastica tabaco? No Sí **bebe alcohol?** No Sí **usa otras drogas?** No Sí

¿Tiene metal en el cuerpo? No Sí

Vive en: Casa Apartamento Condominio otro: _____

¿estas? soltero casado divorciado otro: _____

¿Ha viajado fuera del país recientemente? No Sí

Guardián o Paciente Nombre impreso: _____

Guardián o Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITAS

Al firmar continuación, autorizo Sinus Relief Center/Vegas ENT/Vincent Nalbone, MD, enviar recordatorios de citas través de mi dirección de correo electrónico, texto móvil SMS y llamadas de mensajería de voz a través de nuestra empresa de terceros.

_____ (Iniciales del paciente) Consiente correos electrónicos, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente.

El correo electrónico que autorizo a recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas es:

_____ (Iniciales del paciente) Consiente recibir mensajes de texto, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente.

El número de teléfono móvil que autorizo a recibir mensajes de texto para recordatorios de citas es:

(____) _____ - _____

_____ (Iniciales del paciente) Consiente recibir llamadas de mensajería de voz, para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente.

El número de teléfono que autorizo a recibir llamadas de mensajería de voz para recordatorios de citas es:

(____) _____ - _____

MÉTODO PREFERIDO PARA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITAS ES A TRAVÉS DE

- Recordatorios por correo electrónico
- Recordatorios de mensajería de texto
- Llamadas de mensajería de voz

Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos, mensajes de texto y/o llamadas de mensajería de voz se aplicará a todos los recordatorios de citas futuros a menos que solicite un cambio por escrito.

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento** _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____



Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR, MARQUE EL MEDICAMENTO QUE HA UTILIZADO EN EL PASADO:

Antihistamínicos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Claritin (Loratidine) | <input type="checkbox"/> Allegra (Fexofenadine) | <input type="checkbox"/> Zyrtec (Cetirizine) |
| <input type="checkbox"/> Benadryl | <input type="checkbox"/> Clemastine (Tavist) | <input type="checkbox"/> Chlorpheniramine (Chlor-Trimeton) |
| <input type="checkbox"/> Clarinex | <input type="checkbox"/> Seldane | <input type="checkbox"/> Brompheniramine (Dimetane) |
| <input type="checkbox"/> Seldane | <input type="checkbox"/> Xyzal | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Descongestionantes

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sudafed | <input type="checkbox"/> Afrin | <input type="checkbox"/> Neosynephrine | <input type="checkbox"/> 4-Way nasal spray |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | |

Enjuagues

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Saline spray | <input type="checkbox"/> Neti Pot | <input type="checkbox"/> Neil-Med Spray | <input type="checkbox"/> Ocean Spray |
| <input type="checkbox"/> Navage | <input type="checkbox"/> Water-Pik | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Aerosoles nasales

- | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Flonase | <input type="checkbox"/> (Fluticasone) | <input type="checkbox"/> Nasacort | <input type="checkbox"/> Rhinocort |
| <input type="checkbox"/> Dymista | <input type="checkbox"/> Budesonide | <input type="checkbox"/> Veramyst | <input type="checkbox"/> Nasonex |
| <input type="checkbox"/> Astelin | <input type="checkbox"/> Beconase | <input type="checkbox"/> Vancenase | <input type="checkbox"/> Atrovent |
| <input type="checkbox"/> Azelastine | <input type="checkbox"/> Qnasal | <input type="checkbox"/> Nasarel | <input type="checkbox"/> Zetonna |
| <input type="checkbox"/> Nasalide | <input type="checkbox"/> Tri-Nasal | <input type="checkbox"/> Omnaris | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Antibióticos

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Amoxicillin | <input type="checkbox"/> Augmentin | <input type="checkbox"/> Zpack |
| <input type="checkbox"/> Omnicef (Cefdinir) | <input type="checkbox"/> Bactrim | <input type="checkbox"/> Doxycycline | <input type="checkbox"/> Clindamycin |
| <input type="checkbox"/> Cipro | <input type="checkbox"/> Levaquin | <input type="checkbox"/> Biaxin | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Otro

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Steroids | <input type="checkbox"/> Mucinex | <input type="checkbox"/> Robitussin | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|



Prueba de resultados sino-nasales (SNOT-22)

El siguiente cuestionario está destinado a ayudar a definir sus síntomas y proporcionar información valiosa e informativa para su médico. Responda a las preguntas, calificando lo mejor de su capacidad los problemas que ha experimentado en las últimas dos semanas.

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

<p>** Considere cuan grave es el problema cuando lo experimenta y con que frecuencia sucede, por favor califique cada elemento a continuación sobre lo "malo" que es dando vueltas por el numero que corresponde con como se siente usando esta escala.</p> <p>** Marque los elementos más importantes que afectan a su salud (máximo de 5 elementos), columna derecha.</p>	NO HAY PROBLEMA	PROBLEMA MUY LEVE	PROBLEMA LEVE	PROBLEMA MODERADO	PROBLEMA GRAVE	PROBLEMA COMO PEOR PUEDE SER	TOTAL	5 PROBLEMAS MAS IMPORTANTE
NECESIDAD DE SONAR LA NARIZ	0	1	2	3	4	5		O
BLOQUEO NASAL / CONGESTION	0	1	2	3	4	5		O
ESTORNUDOS / ALERGIAS	0	1	2	3	4	5		O
NARIZ MOQUEADA	0	1	2	3	4	5		O
TOS	0	1	2	3	4	5		O
GOTEO POST NASAL, ADORANDO CONSTANTEMENTE LA GARGANTA	0	1	2	3	4	5		O
SECRECION NASAL GRUESA	0	1	2	3	4	5		O
PLENITUD DEL OIDO	0	1	2	3	4	5		O
MAREOS	0	1	2	3	4	5		O
DOLOR DE OIDO	0	1	2	3	4	5		O
DOLOR / PRESION FACIAL	0	1	2	3	4	5		O
DISMINUCION DEL SENTIDO DEL OLFATO / SABOR	0	1	2	3	4	5		O
DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUENO	0	1	2	3	4	5		O
DESPIERTESE POR LA NOCHE TOSIENDO / ASFIXIANDO	0	1	2	3	4	5		O
FALTA DE SUENO	0	1	2	3	4	5		O
DESPIERTA CANSADO	0	1	2	3	4	5		O
FATIGA	0	1	2	3	4	5		O
REDUCCION DE LA PRODUCTIVIDAD	0	1	2	3	4	5		O
REDUCCION DE LA CONCENTRACION	0	1	2	3	4	5		O
FRUSTRADO / INQUIETO / IRRITABLE	0	1	2	3	4	5		O
TRISTE	0	1	2	3	4	5		O
AVERGONZADO	0	1	2	3	4	5		O

TOTAL

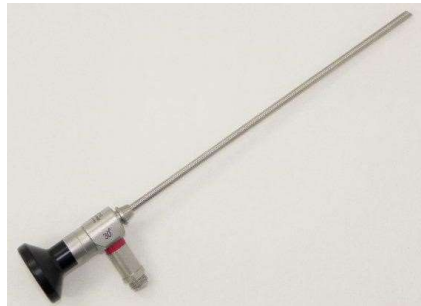
¿Te han hecho pruebas de alergia antes? O Si O No

¿En caso afirmativo, cuales fueron los resultados? _____



Disclosure for Nasal Endoscopy

Nasal endoscopy is a procedure to look into the nasal and sinus passages. It is performed using an endoscope. The endoscope is a scope that has a light. The scope does not need to be put all the way into the nose to see all parts of the nose. This exam is better than a regular nasal exam and does not hurt. Your practitioner will perform this procedure in our office. A nasal endoscopy is a better exam because it can detect polyps or other things deeper in the nose that may have been missed with a regular exam. This can make a difference in your treatment plan.



Please initial below:

_____ I authorize my practitioner to perform a nasal endoscopy on me for the purpose of identifying any or all possible conditions that I may have.

_____ I understand that a nasal endoscopy is usually very safe and causes no harm. For twenty years, we have never seen a patient go to the emergency room or hospital from having a nasal endoscopy.

_____ I understand that most insurances cover this type of procedure. I further understand that my insurance may have an additional co-pay or deductible for the nasal endoscopy procedure.

_____ I understand that insurances categorize a nasal endoscopy as a surgical procedure, but this is not a surgery and no surgery will be performed, just the scope looking into my nose. I further understand that when I see my EOB for the nasal endoscopy, it will be categorized as "surgery".

_____ I consent to have the entirety of the contents in this form translated to me in in my preferred language (_____) by a medical staff of Sinus Relief Center.

_____ I certify that I fully understand the entirety of the contents in this form as translated and explained to me by a medical staff of Sinus Relief Center. I understand the benefits and risks involved and wish to proceed with the proposed procedure. Furthermore, I understand that I may obtain a copy of this informed consent at my request.

Patient Name (Print): _____ **Date of Birth:** _____

Patient Signature: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

Witness Signature: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

Vincent Nalbone, M.D.

9111 W. Russell Rd., Ste. A, Las Vegas, NV 89148 | Phone: (702)312-3333 | Fax: (702)312-1144 | www.sinusreliefcenter.com