

**Victor E. Cohen, M.D.**  
**Allergy      Asthma      Immunology**  
4445 S. Eastern Avenue Suite A  
Las Vegas, Nevada 89119  
(702) 735-1556  
Fax (702) 737-7495

Quedido Paciente (o Pariente):

Si usted (o su hijo) ahora esta tomando medicina para ayudar a controlar asma , no necesita parar de tomar las antes que venga por su visita inicial. **Antihistaminicos** (usando por fiebre de heno o un alergen para las alergias) **no se debe usar por lo menos 7 dias antes de su visita.** (Atarax, Hydroxyzine, Allegra, Claritin, Zyrtec, y Benedryl). Algunas medicinas para ayudar a dormir (Tylenol PM, Excedrin PM), y medicinas para el estomago (Zantac, Tagamet, Pepcid) deben ser discontinuada por 7 dias. Si no esta seguro de las medicinas que esta tomando, por favor llame a la oficina.

Va a durar aproximadamente una media hora o mas su primera visita este tiempo, a veces, es demasiado tiempo para los ninos a poder sentarse quieto. Entonces, pido yo si posible, no trae los ninos (si no sea un paciente) con usted. Me gustaria a poder dar a la(s) problema(s) que tenga todo mi atencion.

Sinceramente,  
Victor E. Cohen, M.D.

\*\*Pedimos que nos notifica por le menos 24 horas antes si no se puedan venir por su cita fijada. Gracias.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre  
Direccion \_\_\_\_\_ # de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M H  
Nombre de Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
# de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tiempo Completo/Tiempo Parcial  
Direccion \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Viudo

## INFORMACION DE ASEGURANZA

Nombre de la Asegurada \_\_\_\_\_ Sexo: M / H Relacion al paciente \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ # del telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ # de telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguradora \_\_\_\_\_ # de telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ # de Poliza/Grupo \_\_\_\_\_  
Nombre de la Aseguradora Secundaria \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ # de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre de la Asegurada \_\_\_\_\_ # de Poliza/Grupo \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ # de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# de Seguro Social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M H  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ # de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Relacion al Paciente \_\_\_\_\_  
**En Caso De Emergencia:** \_\_\_\_\_ # de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Relacion a usted \_\_\_\_\_  
Como se Aprendio del Dr. Cohen? \_\_\_\_\_ Nombre del Dr. \_\_\_\_\_

**POR CORTEZIA A USTED, NUESTRA OFICINA SE ENCARGARA DE COBRAR A SU ASEGURANZA, PERO SIEMPRE Y CUANDO USTED PAGUE SU DEDUCTIBLE EL DIA DE SU VISITA. POR FAVOR RECUERDE QUE USTED ES EL RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS QUE SU ASEGURANZA NO PAGUE. EL CONTRATO ES HECHO POR USTED Y SU ASEGURANZA NOMAS. NO EMBOLUCRE AL DOCTOR. SU CO-PAGO SE DEBE AL TIEMPO DEL SERVICIO. SI NO HA PAGADO SU DEDUCTIBLE O NO TIENE ASEGURANZA, EL PAGO COMPLETO ESTA DEBIDO AL TIEMPO DEL SERVICIO.**

**HE SIDO DADO /A UNA COPIA DE LA POLICIA DE CUENTAS. HE LEIDO LA POLICIA Y ESTOY DE ACUERDO EN SEGUIR LA POLICA COMO ESTA ESCRITA.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Victor E. Cohen, M.D.**  
**Allergy      Asthma      Immunology**  
4445 S. Eastern Avenue Suite A  
Las Vegas, Nevada 89119  
(702) 735-1556  
Fax (702) 737-7495

## **LA POLIZA DE LAS FRACTURAS**

- 1. Se necesita pagar los copagos y deductibles al tiempo de servicio rendenado. Aceptamos tarjetas de Visa, MasterCard, Discover y tarjetas de Debito. Habra un cargo de \$25.00 por cheques devueltos**
- 2. Los balances deben ser pagados en completos sino arreglos especiales, antes del servicio. Estamos felices ayudarle con sus balances grandes.**
- 3. Nos encargamos de cobrar a casi todo los planes de aseguranza. Cobramos solamente seguros primarios y secundarios. Si su aseguranza no responde estara usted responsable por pagar la cuenta y averiguar con su aseguranza.**
- 4. Si usted tiene dudas sobre su balance, por favor contacte la oficina. Es su responsabilidad ponerse en contacto con su compania de seguros si no han pagado o si pagaron un reclamo incorrectamente.**
- 5. Debemos tener su actual informacion en todo momento. Usted esta responsable a notificar la oficina inmediatamente de culaquier cambio que sea en su aseguranza. Si noy ay notificacion dada antes de que reciba los servicios usted va a ser responsable por los cargos. Nosotros no le cobramos a la aseguranza si usted no nos notifica sobre cambios de aseguranza.**
- 6. Reembolsos menos de \$5.00 seran acreditados a su cuenta para servicios que reciba en el futuro.**
- 7. Cuentas que no sean pagados en mas de 90 dias, pueden ser mandados a una agencia de cobro. Estara responsable a pagar todo lo que fue rendenado en nuestra oficina y va a ser mandado a una agencia de credito.**
- 8. Rellenar recetas requiere un minimo aviso de 24 horas. Pedimos que usted llame a su farmacia y haga que envien una peticion por fax. Entienda por favor que algunos medicamentos requieren una visita con el medico.**
- 9. El costo para llenar formas de FMLA sera \$25.00-75.00 dependiendo del formato. Por favor permita 3 dias para completar.**
- 10. Si tiene preguntas acerca de esta poliza, por favor llamar a la oficina por ayuda.**

**He leído toda la informacion y estoy de acuerdo con toda la poliza como esta escrita.**

---

**Firma**

**Fecha**

**Victor E. Cohen, M.D.**  
**Allergy      Asthma      Immunology**  
4445 S. Eastern Avenue Suite A  
Las Vegas, Nevada 89119  
(702) 735-1556  
Fax (702) 737-7495

RENUNCIA DE ELEGIBILIDAD

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que soy un participante elegible de la  
Nombre del paciente, miembro o guardian

Plane de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_  
Nombre de Aseguranza                      Mes              Dia              Ano

Entiendo yo que si no soy elegible, estara responsable a pagar todos los servicios que me habia rendenado de Dr. Cohen, y estoy de acuerdo a pagar todo de mi cuenta en 30 dias de recibiendoel reclamo. Yo autorizo pagamento de los beneficios medical directamente a Dr. Victor Cohen. Yo autorizo que mis registros medical se puedan ser desatado a cualquier profesional medico , hospital o un facilidad de medicos compania de seguros o un administrador de plane por el proposito de evaluacion, tratamiento o proceso de reclamos. Ese autorizacion sea valida de la fecha firmada por la duracion de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma de miembro/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha