



SUMMERLIN LOCATION
653 N. Town Center Drive, Ste. 106
Las Vegas, Nevada 89144
Phone: (702) 363-3000
Fax: (702) 363-3161

SOUTHWEST LOCATION
9091 W. Post Rd.
Las Vegas, NV 89148
Phone: (702) 363-3000
Fax: (702) 778-6821

REVISION MÉDICA (EXAMEN DE SALUD) APERCIBIMIENTO

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Estamos a punto de realizar una revisión de salud rutinaria a su niño(a), la cual puede NO ser cubierta por su seguro medico. Puede que tenga que pagar cargos adicionales que su aseguranza medica no cubra, como el costo de las vacunas or analisis que se lleven acabo. Si durante la revisión médica su doctor descubre algún problema o enfermedad, se cobrara a su seguro medico por ambas cosas, el examen de salud y la consulta por enfermedad. Si no cubren la consulta para el examen de salud, se abona al saldo el monto que sí pague su seguro por la consulta de enfermedad. (Solo por el costo de la consulta –no incluyendo vacunas o análisis que se hayan realizado dentro de la consulta).

Si su compañía de seguros se niega a pagar esta consulta por restricciones en su póliza, se le mandara a usted factura por cualquier cobro no remitido por el seguro medico. POR FAVOR SEA UN BUEN CONSUMIDOR. Asegúrese de saber que cubre y que no cubre su póliza de seguro. Nosotros no nos hacemos responsables por darle esta información, debido al gran número de compañías, pólizas y planes de seguros médicos que existen.

Su Pediatra de Sunshine Valley Pediatrics recomienda realizar algunos análisis por el mejor interés medico de su hijo(a) esta vez y durante este examen de salud.

Examen SureSight de la Vista (Lo recomendamos a la edad de 6, 12, 18 y 24 meses, y despues cada año).

Los trastornos de visión son uno de los problemas más comunes en la salud de los niños. El 20% de los adolescentes sufren de un error de refracción que requiere lentes. La mayoría de los trastornos visuales no son detectados en niños en edad preescolar. Si no se corrigen, estos pueden resultar en ambliopía (“ojo vago”) –una de las causas mayores de ceguera monocular en personas Americanas menores de 70 años. El examen de visión SureSight identifica problemas de visión comunes que también son factores de riesgo para la ambliopía, incluyendo la hipermetropía, miopía, astigmatismo (enfoque asimétrico) y anisometropía (poder de visión diferente entre los ojos). Si se identifican los factores de riesgo, el 95% de los pacientes puede salvar su visión y evitar los efectos de por vida que causa la ambliopía; entre los que figuran: una alta probabilidad de perder la vista en el otro ojo, atrasos en el aprendizaje y limitaciones en las carreras que pueda elegir.

Por favor escoja uno de los siguientes. Al marcar “acepto”, esta acordando pagar los costos de los exámenes directamente al consultorio de Sunshine Valley Pediatrics si no son cubiertos por su seguro médico, o si el costo se le asigna a su porción deducible.

Elija uno cubre los gastos: _____ Acepto _____ No acepto

Examen auditivo DPOAE (Lo recomendamos a la edad de 6, 12, 18 y 24 meses, y despues cada año).

Es importante realizar revisiones rutinarias auditivas durante la infancia y niñez para asegurar la buena salud del menor. La Academia Americana de Pediatría; (AAP por sus siglas en ingles), el Comité Adjunto de

Audición en Infantes y el Instituto Nacional de Salud (NIH por sus siglas en inglés) recomiendan revisiones que detectan la pérdida auditiva, usando solo uno de los dos métodos aprobados que existen. El instrumento que se usa en este consultorio es uno de los dos métodos aprobados. Este instrumento mide las emisiones otacústicas (OAE por sus siglas en inglés), las cuales son generadas por las células de los vellos superficiales de la cóclea (caracol) sana, en respuesta a sonidos emitidos en el conducto auditivo.

Además, el examen DPOAE es bastante efectivo para ayudar a tratar la Otitis Media (OM) (o frecuentes infecciones de oído). La OM causa periodos temporarios de pérdida auditiva durante los años de desarrollo críticos para lenguaje y habla; y puede causar retrasos lingüísticos. El examen DPOAE analiza la resolución de la OM y el retorno de la audición normal.

Por favor escoja uno de los siguientes. Al marcar "acepto", esta de acuerdo en pagar los costos de los exámenes directamente al consultorio Sunshine Valley Pediatrics si no son cubiertos por su seguro médico, o si el costo se asigna a su porción deducible.

Elija uno y ponga sus iniciales: _____ Acepto _____ No acepto

EKG (electrocardiogram) (Lo recomendamos a la edad de 10 años y después cada cuatro años).

Un electrocardiograma (EKG/ECG) es un examen que mide las señales eléctricas que controlan el ritmo de sus latidos cardiacos. Los EKG deben de usarse para monitorear niños que toman medicamentos para corregir la condición conocida como ADD. Los EKG se utilizan para detectar indicios de agrandamiento cardiaco, señales de flujo insuficiente al corazón, indicaciones de lesiones nuevas o antiguas al corazón, cambios causados por mal balance de electrolitos, y señas de inflamación en el saco que cubre el corazón. En niños, también utilizamos el EKG para detectar diferentes tipos de problemas con el ritmo cardiaco (arritmia), como lo es el Intervalo QT Prolongado, que es una enfermedad silenciosa y posiblemente fatal detectable solo por medio del EKG. Finalmente, los EKGs se utilizan para identificar enfermedades cardiacas congénitas (defectos o malformaciones que ocurren antes de nacer en una o más de una de las estructuras o válvulas cardiacas) que afectan de 8 a 10 de cada 1000 niños y puede no presentar síntomas hasta cuando son adultos.

Por favor escoja uno de los siguientes. Al marcar "acepto", esta de acuerdo en pagar los costos de los exámenes directamente al consultorio Sunshine Valley Pediatrics si no son cubiertos por su seguro médico, o si el costo se asigna a su porción deducible.

Elija uno y ponga sus iniciales: _____ Acepto _____ No acepto

Yo acepto que he leído y entiendo lo citado en el documento anterior. Además, entiendo que es mi responsabilidad el saber si mi plan de seguro medico cubre los exámenes de salud y/o los que mi medico me recomienda en este momento. Yo acepto y entiendo que soy responsable de pagar cualquier costo que no sea cubierto por mi compania de aseguranza.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____