



THE NEUROLOGY GROUP

Nombre: _____ Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Casa #: _____ Celular #: _____ Telf. Trabajo #: _____

Sexo: F or M Estado Civil: S C Sep D Nombre del Esposo/a: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono (____) _____

Nombre del Doctor Primario: _____ Nombre del Doctor que lo/a Refirio: _____

Nombre del Seguro: _____

Núm. de Identificación: _____ Núm. De Grupo: _____

Pólizas de la Oficina:

- A. Por favor déjenos saber cuando usted cambia de seguro médico o dirección domiciliaria.
- B. Nosotros no somos proveedores de Medicaid, si su seguro secundario es Medicaid usted seria responsable por el deducible anual de Medicare.
- C. Exámenes médicos hechos fuera de nuestra oficina (Sangre, Rayos X, CT-Scan, MRI, Etc) pueden tardarse dos semanas o más para recibir los resultados, si en dos semanas no nos hemos comunicado con usted, por favor llamar a la oficina.
- D. Co-pagos y deducibles tendrán que ser pagados durante la visita. Si quiere que su co-pago se le envíe por correo, habrá un cargo adicional de \$5 más el co-pago.
- E. Nosotros no somos su compañía de seguro, por lo tanto no estamos al tanto de cuales son sus beneficios. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus beneficios puede llamar al número 1-800 localizado en su tarjeta de seguro.
- F. Si usted es un paciente que pertenece a un plan HMO, va a necesitar un referido de su médico primario para cada visita. Es su responsabilidad traer el referido o asegurarse que la oficina de su doctor nos envíen los referidos por fax o correo. Sin un referido usted será responsable por el costo de todos los servicios dados por Neuroscience Consultants. Para los pacientes nuevos la visita es \$325.00 y, cada visita adicional es \$140.00.
- G. Si usted esta aquí por un accidente de carro vamos a necesitar el número de reclamación (claim number) de su seguro de auto, dirección y teléfono para poder contactarlos. Su seguro de salud no cubrirá los servicios hasta que su seguro de auto haya procesado los cargos.
- H. Si usted quisiera contactar a su doctor por correo electrónico va a necesitar una identificación digital con su correo electrónico, esto es requerido para su confidencialidad. E-Mail: neurologydocs@aol.com
- I. Si usted tiene alguna queja o sugerencia sobre nuestra oficina nos lo puede enviar por correo a: 9090 SW 87 CT suite 200 Miami, FL 33176 Att: Office Manager
- J. Si usted necesita encargar nuevamente su medicamento (refill), la farmacia tiene que enviar la hoja de pedido (receta) por fax al (305)596-0657 por lo menos con 72 horas de anticipación.
- K. Si usted necesita una copia de las pólizas de nuestra oficina, favor preguntar a la recepcionista.
- L. Un cargo de \$25 se administrara en cancelaciones que no se hacen 24hrs antes de la cita.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

GRACIAS



THE NEUROLOGY GROUP

Acuerdo Financiero:

El paciente acuerda pagar a Neuroscience Consultants LLC por los servicios recibidos, además acepta que el pago se vence al recibo del estado de cuenta. Entiende que cualquier balance del paciente sin pago será considerado delinciente después de un período de 60 días. Si esto ocurriera, se tomaría acción legal de ser necesario para forzar el pago de la cuenta. Acepto pagar los honorarios legales y de abogado que sean estimados razonables. El paciente/guardián renuncia a la jurisdicción de lugar de actuación y se somete a la jurisdicción y lugar de actuación en la corte de estado del Condado de Miami-Dade, Fl.

Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Nota para pacientes con HMO y Workman compensation:

Ustedes son responsables de obtener el referido y/o autorización para sus visitas y exámenes a realizarse en nuestras oficinas, los mismos que deben ser solicitados a sus médicos primarios o claims adjuster.

Paciente/Guardián: _____ Fecha: _____

Asignación de Beneficios:

Yo, por la presente autorizo a mi compañía de seguro para que el pago sea hecho directamente a Neuroscience Consultants LLC por los beneficios adeudados a mí. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los cargos que no cubre mi compañía de seguro. En tal caso yo inmediatamente pagaré a Neuroscience Consultants LLC por los servicios recibidos. Yo, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar el reclamo.

Paciente/Guardián: _____ Date: _____

Comunicado de registros medicos

Yo, _____ doy autorizacion completa para discutir mi tratamiento medico, medicaciones, diagnosticos, y/o informacion financiera con los siguiente Doctores o miembros de familia. Yo entiendo que mi cuidado medico no sera discutido con otra persona que no este en la lista.

- | | |
|-------|----------|
| _____ | _____ |
| | Relacion |
| _____ | _____ |
| | Relacion |
| _____ | _____ |
| | Relacion |
| _____ | _____ |
| | Relacion |

Firma del Paciente



THE NEUROLOGY GROUP

1. Razon por su visita hoy? _____
2. **Medicamentos que toma actualmente** (con la dosis y la frecuencia):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. **FARMACIA:**
 Nombre: _____
 Direccion/ZIP: _____
 Numero de Telefono: _____

4. Nombre de otros Neurologos vistos en el pasado: _____

5. HISTORIA MEDICA:

Cancer or Problemas Sanguineos: _____

Corazon Y Systema Vasclar: Fibrilation auricular Insuficiencia Cardiaca Coronaria Vascular
Ataque de Corazon Presion Alta Insuficiencia Cardiaca Colesterol Alto

Pulmones: Asthma Enfisema Bronquitis

Riñones: Calculos Renales Agrandamiento de la prostate Insuficiencia Renal

Transtornos Psiquiatricos: Depression Ansiedad Adiccion a Drogas o Alcohol

Gastrointestinal: Ulcera Problemas del Hgado Reflujo Gastritis

Systema Endocrinologico: Diabetes Problema de la Tiroides

Systema Neurologico: Demencia Parkinson Epilepsia Convulsiones Migraña
Infarto Cerebral Neuropatia

Fecha y razon de hospitalizaciones o cirugias: _____

Esta actualmente embarazada? _____ **Tiene planes de embarazarse pronto?** _____

6. **ALERGIAS:**

a. **Alergias Medicinales:**
 Nombre de la Medicina Tipo de Reaccion

b. **Alergias no Medicinales:** Yodo
(circule si presente) Latex

Mariscos
Otro: _____

Nombre: _____

Fecha: _____ **ECW#:** _____

7. HISTORIA MEDICA FAMILIAR:

Padre _____

Madre _____

Hermanos _____

Otros _____

8. HISTORIA SOCIAL: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Cuantos Hijos: _____

Profesion: _____ Retirado/a: _____

Fuma? _____ (Cuantos paquetes/cigarillos/tabaco fuma al dia? _____ Cuantos años lleva fumando? _____

Toma Alcohol? _____ (Cuantos tragos al dia/Semana? _____ Cuantos años lleva tomando? _____

9. REVISION DE SINTOMAS:

General: ___ Fiebre ___ Cambios inexplicados de peso **Ojos:** ___ Cambios de la Vista ___ Dolor en los ojos

Otorrinolaringologico: ___ Perdida de oido
___ Zumbido en el oido

Cardiovascular: ___ Dolor en el pecho
___ Palpitaciones

Respiratorio: ___ Respiracion Corta
___ Asthma
___ Tos

Gastrointestinal: ___ Dolor De Estomago
___ Nausea/Vomito
___ Cambiosde evacuacion intestinal

Urinogenital: ___ Orina Excesiva
___ Incontinencia Urinaria

Piel: ___ Erupciones/Alergias
___ Cambio en el cabello/unas

Psiquiatrico: ___ Depression
___ Ansiedad
___ Intentos o planes de suicidio

Hematologico: ___ Hemorragias
___ Glandulas Inflamadas

Endocrinologico: ___ Sed Excesiva
___ Temperaturas incontrolables

Muscular/Esqueletico: ___ Dolor de musculos
___ Inflamacion de articulacion

Cuanto mides de altura? _____

Cuanto pesas? _____

10. MOLESTIAS DE SUENO:

Usted Ronca? _____

Tiene sueño excesivo durante el dia? _____

A que hora se acuesta a dormir? _____

A que hora se despierta en la mañana? _____

Cuanta veces se despierta en la noche y por que razon? _____

Tiene movimientos de los brazos o las piernas que le interrumpen el sueño? _____

Tiene sensaciones molestas en las peirnas antes de dormir? _____

Nombre: _____

Fecha: _____

ECW#: _____