

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **DOB:** _____

CONSTITUCIONAL

Cambio de peso Yes___ No___
Fiebre Yes___ No___
Fatiga Yes___ No___
Debilidad Yes___ No___
Escalofríos Yes___ No___

ENT/RESPIRATORIA

Cambio en la voz Yes___ No___
Dolor de garganta Yes___ No___
Zumbido en oídos Yes___ No___
Dificultad para deglutir Yes___ No___

PULMONAR

Tos crónica Yes___ No___
Othopnea-dificultad para respirar Yes___ No___
when lying down
Expectoración con sangre Yes___ No___

CARDIOLOGÍA

Dolor en el pecho Yes___ No___
Palpitaciones Yes___ No___
Hinchazón en las piernas Yes___ No___
Dificultad para respirar Yes___ No___
Latidos cardíacos irregulares Yes___ No___

GASTROENTEROLOGY

Sangre en heces Yes___ No___
Diarrea Yes___ No___
Vómitos Yes___ No___
Estreñimiento Yes___ No___
Náuseas Yes___ No___
Dolor abdominal Yes___ No___

DERMATOLOGY

Erupción Yes___ No___
La sudoración excesiva Yes___ No___

ENDOCRINOLOGÍA

Diabetes Yes___ No___
Orinar con frecuencia Yes___ No___
Disfunción de la tiroides Yes___ No___

OJOS

Visión disminuida Yes___ No___
Visión disminuida Yes___ No___
Visión doble Yes___ No___
Irritación de los ojos Yes___ No___

HEMATOLOGÍA

Moretones fácil Yes___ No___
Venas varicosas Yes___ No___

ALERGIA, INMUNE

Alergias nasales Yes___ No___
Nariz que moquea Yes___ No___
Congestión nasal Yes___ No___
Picor en los ojos Yes___ No___
Asma Yes___ No___

GÉNITO-URINARIO

Dificultad para orinar Yes___ No___
Sangre en la orina Yes___ No___
Eréctil u otros sexual disfunción Yes___ No___

DORMIR

Somnolencia diurna Yes___ No___
Ronquidos Yes___ No___

MUSCULOSKELETAL

Rigidez de las articulaciones Yes___ No___
Dolor en las articulaciones Yes___ No___
Calambres en las piernas Yes___ No___
Dolor en la pierna de tiro Yes___ No___
Dolor de espalda Yes___ No___

NEUROLOGÍA

Dolor de cabeza Yes___ No___
Estremecimiento Yes___ No___
Convulsiones Yes___ No___
Mareo Yes___ No___
Problemas de memoria Yes___ No___
Temblores Yes___ No___
Pérdida de fuerza en el área corporal específica Yes___ No___

Pérdida de sensibilidad en la parte específica del cuerpo
Yes___ No___

Problemas con el equilibrio Yes___ No___
Problemas con la coordinación Yes___ No___
Anormalidad de la marcha Yes___ No___
Caídas Yes___ No___
Debilidad Yes___ No___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Fecha en que comenzaron los síntomas: _____

¿Qué síntomas tienen o por qué razones médico derivarlo a nosotros? _____

Historia médica: (Usted ha sido diagnosticado con alguna condición médica, que actualmente está recibiendo tratamiento) (ex: Diabetes durante 10 años, enfermedades del corazón - neuropatía 2003 por 4 años, el colesterol alto desde 2002, el movimiento - 1998, convulsiones desde el nacimiento, etc.)

1. _____

2. _____

3. _____

¿Tuviste alguna lesión o enfermedades como un niño? (ex: convulsiones, meningitis, de la edad 7, etc.)1. _____

Cirugías: Tipo de cirugía, fecha si se conoce, nombre del hospital:. Más allá de cirugías: (ex: amigdalectomía -1998, 2003 de apendicectomía, histerectomía 1980, etc.)

1. _____

2. _____

3. _____

MARCAPASOS: __ SÍ __ NO METAL EN EL CUERPO: __ SÍ __ NO

HISTORIA FAMILIAR: Por favor llene la siguiente tabla entera a lo mejor de su capacidad.

	Edad	Vida (L) Difuntos (D)	¿Problemas de salud?
Padre			
Madre			
Hermanas			
Hermanos			
Niños			

ANTECEDENTES PERSONALES: POR FAVOR, CONTESTE CADA PREGUNTA:

Historial de trabajo: ¿Cuál es su ocupación? Si jubilado, ¿qué ocupación tenía antes de su jubilación?

Tabaquismo: Enumere los tipos de productos de tabaco que hiciste o actualmente uso (cigarrillo, pipa, cigarro, masticar, etc.), la cantidad utilizada (número de paquetes o cantidad por día), la fecha o edad empezaste, la fecha o la edad detuvo: (ex: fumado durante 10 años, un paquete al día, dejar de fumar en 1975)

Consumo de alcohol: Por favor indique qué tipo de bebidas alcohólicas beber (cerveza, aguardiente de vino, duro, etc.) la cantidad por día o semana (con qué frecuencia usted lo bebe), fecha, edad empezar fecha/edad beber alcohol, el fumar. Si ninguno, indicar ninguno. (ex: cerveza, 6 de 1 paquete al día durante 20 años):

Uso recreativo del fármaco (calle): Enumere cualquier medicamentos o sustancias crean dependencia han probado o usado. Indicar el tipo o el nombre, cuánto, cuánto y cuándo, y por último uso (ex: marihuana, juntas de 3-5 por semana, de edad 21-25):

Consumo café: Por favor indique cuánto café u otras bebidas con cafeína su bebida, la cantidad por día, y con qué frecuencia usted bebe (ej. 1 taza de café al día, durante 10 años)

THE NEUROLOGY GROUP

EEG/EPSTUDIES•EMG/NCV•VASCULAR STUDIES

**2895 N. TOWNE AVENUE, POMONA, CA 91767 (909)267-7495 (909) 982-2719
630 N.13th AVE., SUITE B UPLAND, CA 91786 FAX (909) 625-8753 (909) 946-9931**

HOJA DEMOGRÁFICA

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **DOB:** _____

Dirección de correo actual: _____

Número de teléfono principal: _____

Número de teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico principal: _____

Raza / origen étnico: _____

Proveedor principal/referencia: _____

¿Has fumado antes: Sí? ¿No?

Si sí ¿cuánto tiempo hace?

Frecuencia: 1-5

6-10

Un paquete de medio día

1 paquete al día

Lista de un contacto de emergencia: _____

Relación: _____

Numero principal: _____

Célula: _____

Nombre de la farmacia: _____

Dirección: _____

Ciudad y código postal : _____

Teléfono # y Fax #: _____

THE NEUROLOGY GROUP
EEG/EPSTUDIES•EMG/NCV•VASCULAR STUDIES
2895 N. TOWNE AVENUE, POMONA, CA 91767 (909) 267-7495 (909) 982-2719
630 N.13th AVE., SUITE B UPLAND, CA 91786 FAX (909) 946-9931(909) 625-8753

MIEMBRO RENUNCIA A SEGURO

Estimados todos asegurados pacientes:

Fecha: _____

Si verificación de cobertura de sus beneficios de plan de salud no se puede hacer en este momento, servicios serán proporcionados a usted en esta visita; sin embargo, en caso de que su cobertura no es efectivo, responderá para pago. Si en caso su plan de salud niega pago por los servicios prestados, usted, el paciente responderá financieramente. Haremos todo lo posible para facturar a su plan de salud antes de que nos cuenta al paciente.

Nombre del paciente: _____ No. seguridad social: _____
Nombre del suscriptor: _____ No.Seguridad social. _____
Dirección: _____ Ciudad _____ ST _____ Código postal _____
Nº de teléfono del suscriptor (Día) (_____) _____ Noche(_____) _____
Numero de seguros _____ Fecha de nacimiento (suscriptor) _____
Empleador del suscriptor _____ Numero de telefono (_____) _____

Paciente o firma tutor _____ Fecha de firma _____

Paciente o el nombre del tutor _____

THE NEUROLOGY GROUP
EEG/EPSTUDIES•EMG/NCV•VASCULAR STUDIES
2895 N. TOWNE AVENUE, POMONA, CA 91767 (909)267-7495 (909) 982-2719
630 N.13th AVE., SUITE B UPLAND, CA 91786 FAX- (909) 946-9931 (909) 625-8753

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

He leído y entiendo la neurología grupo aviso de prácticas de información. Entiendo que el grupo de Neurología puede usar o divulgar mi información personal de salud a los efectos de llevar a cabo tratamiento, obtener pago, evaluación de la calidad de servicios prestados y cualquier operación administrativa relacionados con mi tratamiento o pago. Entiendo que tengo el derecho de limitar cómo mi información de salud personal es usar y divulgar para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifica a la práctica en la escritura. También entiendo que el grupo de Neurología tendrá en cuenta las solicitudes de restricción en una base de caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo a las solicitudes de restricciones.

Por la presente autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud personal para propósitos como se observa en las prácticas de la neurología aviso de información del grupo. Entiendo que retienen el derecho de revocar este consentimiento notificándolo a la práctica por escrito en cualquier momento.

Nombre del paciente

Fecha

Paciente o tutor firma

Fecha de actualización

Paciente o tutor firma

Fecha de actualización

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PERSONAS DESIGNADAS

Por la presente autorizo una o todas de las partes designadas a continuación para solicitar y recibir la liberación de cualquier información de salud protegida con respecto a mi tratamiento, pago u operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento y el pago. Entiendo que la identidad de partes designadas debe verificarse antes de la publicación de la información.

Representantes autorizados:

Nombre: _____ Relación: _____ Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Relationship: _____

Firma paciente o tutor

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE SEGUROS/PAGO

Entiendo que los cargos por servicios médicos en esta oficina son mi responsabilidad. Harán esfuerzos apropiados por esta oficina de cobro mi seguro, compensación al trabajador, etc. en su caso, sin embargo entiendo los copagos, deducibles y en definitiva el monto total de mi factura es mi responsabilidad y esperaba a mi cuenta de manera oportuna. Autorizo la liberación de información médica para procesar reclamos. Autorizo pago bajo mis programas de seguros directamente para el grupo de Neurología para los servicios a mí. También designo que cualquier solución de litigios en primer lugar aplicarse a mis facturas médicas de esta oficina. Esta autorización también permite la publicación de información por HCFA (sus intermediarios o portadores) en las reclamaciones de Medicare sin asignar a la anterior. Permito más copias de esta autorización para ser utilizado en lugar del original.

Fecha: _____

Paciente (o responsable) firma

NOMBRAMIENTO Y CANCELACIÓN DE LA POLÍTICA

SÓLO CON CITA PREVIA

El grupo de Neurología atiende a pacientes con cita previa. Nos esforzamos para proporcionar atención médica inmediata a todos nuestros pacientes. Si usted llega a nuestra clínica como un vestidor, por favor, comprenda que se le pedirá una cita para una hora diferente.

Es su responsabilidad conocer cuándo está prevista su próxima cita. Usted puede solicitar una llamada de recordatorio como una cortesía; sin embargo, la responsabilidad de recordar la cita sigue siendo suya independientemente de si somos capaces de llegar por teléfono.

LLEGADAS TARDÍAS

Hacemos todo lo posible para mantener los compromisos de tiempo de cita y solicitamos que extiendan la misma cortesía a nosotros. Si está ejecutando tarde, por favor llame a nuestra clínica para reprogramar. Entendemos que pueden surgir circunstancias especiales, que puede funcionar por algunos minutos detrás. En ocasiones somos capaces de llegadas tarde visitables en el horario; sin embargo, esto queda a criterio de nuestro personal de recepción. Si estás más de 15 minutos tarde a una cita, para ayudar a evitar retrasos en el tratamiento y tiempos de espera amplia, nosotros podemos solicitarle a reprogramar.

CITAS PERDIDAS (NO SHOWS)

El personal del grupo de Neurología respeta su tiempo y pedimos la misma cortesía. Citas perdidas (no shows) afectan nuestra capacidad para proporcionar atención oportuna a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta para su cita, otro paciente pierde la oportunidad de ser visto. Si usted es incapaz de hacer su cita, le pedimos respetuosamente que usted notifique a nuestra clínica por lo menos 24 horas de antelación. No considerará falta para cancelar una cita que no asistes a una cita faltada o si y se le cobrará un \$50 que no visitas cargo de mostrar para la oficina y \$75 para las pruebas.

Protocolo para No muestra: en caso usted no puede asistir a su cita será cargo a \$50 sin mostrar para visitas a la oficina y \$75 para las pruebas. Además, se determinará un curso de acción basado en la revisión del equipo de la clínica de su caso y la situación individual. Usted es directamente responsable para pago del no pago en o antes de su próxima cita. El no show cargo no se cobrará a su compañía de seguros.

PLAN POR CONSIGUIENTE

Por favor, recuerde que es su responsabilidad supervisar el uso de medicamentos y para planear tu visitas mensuales de seguimiento si necesita recambios. El grupo de Neurología no considera una emergencia si se quede sin medicación como resultado de un cancelado o perdido (no demostrado) visita de seguimiento. Si llega a la clínica sin cita previa, esperando a ser visto por una recarga, se programará una cita para usted y usted le pedirá regresar en aquel momento. Es nuestra política para llamar una receta a una farmacia para medicamentos recetados si la solicitud no se presenta en nuestro tiempo de respuesta de 72 horas bajo ninguna circunstancia. Por favor su mensual seguimiento plan visitas por consiguiente, tomar vacaciones, fines de semana y otros días no clínicos en consideración.

REGRESAR DESPUÉS DE LA INTERRUPCIÓN DE SERVICIO

Si usted es un paciente establecido y no nos ha visto por doce 12 meses consecutivos, se le pedirá completar una sesión completa de proyección y orientación como parte de nuestra evaluación paciente nuevo (producto completo).

GRACIAS POR SU PACIENCIA

Te valoramos como nuestro paciente y conocer su tiempo es valioso y siempre estamos buscando maneras de mejorar nuestra capacidad para gestionar el rápido crecimiento de nuevos pacientes. Puede parecer que están esperando mucho tiempo o que los pacientes que llegan después de que se están adoptando primera. Por favor, comprenda que espera pacientes pueden no necesariamente obtener llamó en el orden que llegan a nuestra clínica. Esto es debido a los horarios de cita simultánea, que son específicos a varios médicos de nuestra clínica.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

THE NEUROLOGY GROUP
EEG/EPSTUDIES•EMG/NCV•VASCULAR STUDIES
2895 N. TOWNE AVENUE, POMONA, CA 91767 (909) 267-7495 (909) 982-2719
630 N.13th AVE., SUITE B UPLAND, CA 91786 FAX (909) 946-9931 (909)625-8753

COPIA PARA EL PACIENTE MANTENER

AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA O DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

El grupo de Neurología deber LEGAL

El grupo de Neurología es requerido por la ley para proteger la privacidad de su información personal de salud, proporcionar este aviso sobre nuestras prácticas de información y siga las prácticas de información que se describen en este documento.

USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

El grupo de Neurología utiliza su información personal de salud sobre todo para el tratamiento; obtener el pago para el tratamiento; realización de actividades administrativas internas y evaluación de la calidad de la atención que proporcionamos. Por ejemplo, el grupo de Neurología puede utilizar su información personal de salud en contacto con usted para proporcionar recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento o de otros relacionados con la salud los beneficios que podría ser de interés para usted.

El grupo de Neurología también puede usar o divulgar su información de salud personal sin autorización para fines de salud pública, para fines de auditoría y para emergencias. También proporcionamos información cuando sea requerido por ley.

En cualquier otra situación, la Directiva de grupo de Neurología es obtener su autorización por escrito antes de divulgar su información médica personal. Si usted nos proporciona una autorización por escrito para divulgar su información por cualquier razón, posteriormente puede revocar esa autorización para detener futuras divulgaciones en cualquier momento.

El grupo de Neurología puede cambiar su política en cualquier momento. Cuando se realizan cambios, un nuevo aviso de prácticas de información se publicarán en la sala de espera y paciente examen y recibirá usted en su próxima visita. También puede solicitar una copia actualizada de nuestro aviso de prácticas de información en cualquier momento.

PATIENT'S INDIVIDUAL RIGHTS

Usted tiene el derecho a revisar u obtener una copia de su información personal de salud en cualquier momento. Usted tiene derecho a solicitar que corrija cualquier información incorrecta o incompleta en su registro. Usted también tiene derecho a solicitar una lista de casos donde nosotros hemos divulgado su información personal de salud por razones que no sean tratamiento, pago u otros relacionados con fines administrativos.

También puede solicitar por escrito que no usemos o divulguemos su información de salud personal para tratamiento, pago y fines administrativos excepto cuando específicamente autorizado por usted, cuando sea requerido por ley o en circunstancias de emergencia. El grupo de Neurología tendrá en cuenta todas esas solicitudes caso por caso, pero la práctica no está legalmente obligada a aceptarlas.

CONCERNS AND COMPLAINTS

Si le preocupa que el grupo de Neurología puede haber violado sus derechos de privacidad o si está en desacuerdo con las decisiones que hemos hecho en relación con el acceso o la divulgación de su información médica personal, póngase en contacto con nuestro Gerente de práctica en la dirección que aparece a continuación. También puede enviar una queja por escrito a el nosotros Departamento de salud y servicios humanos. Para más información sobre el grupo de Neurología salud información prácticas o si usted tiene una queja, póngase en contacto con la siguiente persona:

*Oficial de privacidad
la neurología grupo
2895 N. Towne Ave, Pomona, CA 91767
teléfono: 909-982-2719 909-267-7495
Fax: 909-946-9931*