



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Historial médico

<b>INFORMACIÓN DE LA FARMACIA</b>			
Nombre de Farmacia:	Teléfono #:	Dirección:	Ciudad:
<b>Listar las alergias a los medicamentos y la naturaleza de la reacción alérgica:</b>			
<b>Lista de condiciones médicas pasadas y actuales:</b>			
<b>Lista de cirugías anteriores:</b>			
<b>Lista de Medicamentos: Drogas / Dosis / Frecuencia</b>			
<b>Usuario de tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia, durante cuánto tiempo? ¿Paquetes por día?</b> <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Algún día Fumador actual <input type="checkbox"/> Cada día Fumador actual ¿Cuánto tiempo? ___ años ___ meses		<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> >2
<b>Usuario actual de alcohol:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>En caso afirmativo, ¿qué tipo?</b> <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Vino		<b>Bebidas por semana?</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> >5
<b>Usuario actual de drogas:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>En caso afirmativo, que drogas?</b> <input type="checkbox"/> anfetaminas <input type="checkbox"/> cocaína <input type="checkbox"/> marijuana <input type="checkbox"/> opiáceos <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> medicamentos recetados		<b>Consumidor de drogas en el pasado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Historia familiar:</b>			
		<b>Médico primario o Ginecólogo</b>	
		<b>Médico de Referencia</b>	
<b>Ocupación actual:</b>	<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo
<b>El mas alto nivel de educación:</b>			
<b>Ponga cualquier información que considere importante para el médico antes de su visita.</b>			



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Revisión de Sistemas (ROS)

Por favor, marque abajo para indicar si ha experimentado:		Explicación
<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza (Headache)	
<input type="checkbox"/>	Dolor de cuello (Neck Pain)	
<input type="checkbox"/>	Dolor lumbar (Low back pain)	
<input type="checkbox"/>	Dolor en un brazo o pierna (Pain arm/leg)	
<input type="checkbox"/>	Pérdida o sensación sensorial en un brazo o una pierna	
<input type="checkbox"/>	Visión borrosa o doble; ceguera	
<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos (Ringing in the ears)	
<input type="checkbox"/>	Mareos o vértigo (Dizziness or vertigo)	
<input type="checkbox"/>	Alteración del habla (Impaired speech)	
<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar (Difficulty swallowing)	
<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria (Memory loss)	
<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar (Trouble walking)	
<input type="checkbox"/>	Cayendo (Falling down)	
<input type="checkbox"/>	Debilidad en todo (Weakness all over)	
<input type="checkbox"/>	Desmayarse (Passing out)	
<input type="checkbox"/>	Hechizos de alteración de la conciencia	
<input type="checkbox"/>	Convulsiones (Seizures)	
<input type="checkbox"/>	Alucinaciones (Hallucinations)	
<input type="checkbox"/>	Depresión (Depression)	
<input type="checkbox"/>	Problemas para hablar (Trouble speaking)	
<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito (Loss of appetite)	
<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso inexplicable	
<input type="checkbox"/>	Náuseas o vómitos (Nausea or vomiting)	
<input type="checkbox"/>	Diarrea persistente o estreñimiento	
<input type="checkbox"/>	Sangre en heces u orina	
<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal (Abdominal pain)	
<input type="checkbox"/>	Incontinencia de orina en las heces	
<input type="checkbox"/>	Dolor o burring al orinar	
<input type="checkbox"/>	Disfunción sexual (Sexual dysfunction)	
<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho (Chest pain)	
<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar (Shortness of breath)	
<input type="checkbox"/>	Palpitaciones o ritmo cardíaco rápido	
<input type="checkbox"/>	Reciente resfriado o gripe	
<input type="checkbox"/>	Problemas congestión o sinusitis	
<input type="checkbox"/>	Fiebre prolongada o frecuente	
<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos (Night sweats)	
<input type="checkbox"/>	Tos persistente (Persistent cough)	
<input type="checkbox"/>	Erupciones en la piel (Skin rash)	
<input type="checkbox"/>	Úlceras en la boca o en la piel	
<input type="checkbox"/>	Cambios en los lunares de la piel	
<input type="checkbox"/>	Ronquido fuerte (Loud snoring)	
<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir (Trouble sleeping)	
<input type="checkbox"/>	Somnolencia diurna (Day time sleepiness)	



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

**Aimee Garza MD • Robert Ulrich DO**

**Mary Concepcion NP • Gabrielle Tucker NP • Adrienne Bailey**

7000 Parkwood Blvd, Suite F100, Frisco, Texas 75034

Phone: (214) 494-4424 Fax: (214) 494-4423

## La Póliza de la Oficina

Bienvenido a The Center for Neurology and Neurophysiology, P.A. Adjunto encontrará una historia del paciente, formulario de información médica, un formulario de consentimiento, y aviso de privacidad. Estos formularios deben completarse antes de su cita. Por favor, llegue al menos VEINTE MINUTOS ANTES su primera cita para que podamos escanear su información.

Nuestras horas de la clínica son de 7:00 a.m. to 3:00 p.m. de lunes a jueves. Durante y después del horario comercial, las llamadas son manejadas por un sistema de voz. Todas las llamadas que no sean de emergencia deben dejarse en el buzón de voz apropiado. En la mayoría de los casos, un correo de voz que dejé antes de las 2 pm será devuelto el mismo día. La línea del doctor es sólo para llamadas de emergencia que notificarán a la facultativo practitioner de guardia 24 horas del día. **Todas las llamadas que no sean de emergencia a la línea del médico se le cobrará una tarifa de \$65.** Nuestra oficina no está equipada para manejar emergencias que amenazan la vida. Usted debe llamar al 911 o reportar a la emergencia más cercana para todas las emergencias.

Los planes HMO requieren una remisión de su médico de atención primaria para una visita a un especialista. Una remisión debe estar en posesión antes de su visita, o usted será financieramente responsable de todos los cargos incurridos antes de su visita. Su copago, coaseguro, deducible o saldo se colectarán antes de su visita. Si tiene un seguro secundario, lo archivaremos por usted. Pero cualquier equilibrio sigue siendo responsabilidad del paciente. El pago completo se espera si su portador primario o secundario no ha pagado en sesenta (60) días. Si hay alguna pregunta hable con su compañía de seguros antes de su visita. Si usted no tiene seguro de salud, el pago se espera en su totalidad antes de su cita, en forma de efectivo o tarjeta de crédito. Ya no aceptamos cheques y un recargo del 5% se aplica a American Express. Lo que sigue es una lista breve y no exhaustiva de honorarios:

Family Medical Leave Application Form	\$35.00
Short Term Disability Forms	\$35.00+ fee for records if needed
Medical Records Requests	\$25.00 for the 1st 25 pages; \$0.50 for every page after
Financial Records	\$25.00 for the 1st 25 pages
Certified Mail	\$15.00
Returned Checks (NSF)	\$35.00
Written Correspondence	\$30.00
Prescription or prescription refill request after hours	\$65.00
Appointment No Show/Same Day Cancellation	\$35.00
EMG/NCVS Cancellation less than 24 hours	\$75.00
Routine EEG Cancellation less than 24 hours	\$75.00
Non-emergency call on the doctor's line	\$65.00
Botox cancellation/rescheduling within 1 week of your appt	\$250.00

Los registros médicos son propiedad de la clínica sin embargo, un médico puede solicitar sus registros sin costo para usted o su oficina con una autorización médica firmada. No se procesará una solicitud de registro médico sin una autorización firmada. A los individuos se les aplicará una tarifa por una copia de los resultados de laboratorio, pruebas de diagnóstico o un informe de imágenes.

Nuestra oficina no participa en la terminación de los formularios de reclamación por incapacidad a largo plazo. Además, si sus lesiones son el resultado de un accidente automovilístico como conductor, pasajero o peatón o de un accidente relacionado con el trabajo se le pedirá que pague por su visita a la oficina y todas las pruebas relacionadas con el accidente a través de su seguro de salud. Usted puede solicitar un formulario HCFA-1500 para ayudarle en su reembolso de su seguro.



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Office Policy

Hacemos llamadas de recordatorio el día antes de su cita como cortesía. Pero, si no llama para cancelar o reprogramar su cita el día anterior, su cita será documentada como una cita de no llamar / no mostrar el día de su cita. Nos reservamos el derecho de cobrar \$35 antes de programar su próxima cita después de su segundo no llamar / no mostrar. Nos reservamos el derecho de despedirlo por incumplimiento por excesivas citas perdidas y canceladas.

El día de su cita si tiene más de diez minutos de retraso intentaremos acomodarle el mismo día pero su cita estará sujeta a cancelación.

**Le pedimos que utilice nuestro portal de pacientes para preguntas.** Los mensajes del Portal del Paciente solo son monitoreados durante nuestro horario comercial normal. En caso de un problema urgente, llame a nuestra oficina al 214-494-4424.

Los resultados normales de la imagen o de los laboratorios se entregarán solamente a través del portal del paciente. Los resultados pueden tardar hasta 72 horas en revisarse antes de contactar con usted. Si los resultados son emergentes usted será contactado inmediatamente por teléfono. Si usted no ha recibido sus resultados después de 72 horas de la fecha en que su estudio fue completado por favor notifíquenos a través del portal del paciente los resultados normales de la imagen o de los laboratorios se entregarán solamente a través del portal del paciente.

**Por favor, no espere hasta que haya agotado su suministro de medicamentos antes de solicitar recargas.** Si su solicitud es apropiado y recibido antes de las 2:00 p.m. en un día laborable regular intentaremos rellenar su receta el mismo día pero algunas peticiones toman 24 horas. Para agilizar las solicitudes de relleno, use el portal del paciente o puede comunicarse con su farmacia y preguntar enviar una solicitud de recarga a nuestra oficina. Se le puede pedir que programe una cita de seguimiento antes de llenar su solicitud. Si su última cita ha sido más que 60 días, se le pedirá que lo vean en la oficina. Los pacientes que reciben narcóticos o medicamentos ADD deben mantener sus citas. En el caso de prescripciones perdidas, robadas o desaparecidas antes de su fecha de recarga, debe presentarse un informe policial y presentado a nuestra oficina antes de volver a llenar su receta a discreción del proveedor médico. **Tenga en cuenta que los medicamentos recargados después de horas, los fines de semana o las vacaciones en la oficina están sujetos a una solicitud de llenado de \$ 65. refill request.** Así que por favor sea responsable y planee con anticipación.

La mayoría de las citas de seguimiento son con nuestros médicos de enfermería y asistentes médicos bajo la dirección, y en colaboración, con su neurólogo para asegurarse de que reciba el mejor cuidado posible para su salud.

Gracias por permitirnos participar en su atención médica.

Sinceramente,

Aimee Garza MD, Robert Ulrich DO,  
Mary Concepcion NP, Gabrielle Tucker NP, and Adrienne Bailey PA.

He leído y entiendo la póliza de la oficina.

(pagina 2 de 2)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Forma Demográfica del Paciente

Fecha					
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>					
Nombre del Paciente		Nombre medio del paciente		Apellido del paciente	
Dirección			Ciudad		Estado
					Código postal
Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Hem		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo	
Teléfono celular #		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> No Hispano/a o latino/a <input type="checkbox"/> Desconocido		Raza <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
Teléfono Secundario #					
Empleador	Correo Electrónico		Contacto de emergencia	Numero de Teléfono#:	
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>					
Nombre del seguro principal	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento	Póliza#:	Grupo #:	
Número de Seguro Social del titular:					
Nombre del Seguro Secundario	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento	Póliza#:	Grupo #:	
Número de Seguro Social del titular:					

### AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS

Autorizo The Center for Neurology and Neurophysiology, P.A. para entregar a mi compañía de seguros y/o sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Autorizo el pago de beneficios médicos al The Center for Neurology and Neurophysiology, P.A. Entiendo que soy el responsable en última instancia de todo el servicio cubierto por el seguro o no. Yo también autorizar a mi médico, basado en su discreción para acceder a mi gráfico para la revisión de la gestión de la utilización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Aviso de prácticas de privacidad

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A LA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISARLO CON CUIDADO.**

### **Medical information:**

The Center for Neurology and Neurophysiology, P.A., understands that your medical information is personal and we are committed to protecting your information. A record is created for you at your first visit; this record describes the services you receive during your visits. You have the right to limit the disclosure of your information, although in some instances the information must be disclosed to insure proper treatment and payment.

### **Disclosures of medical information:**

The following are descriptions of different ways we may disclose your information. Not every disclosure is listed; however we are permitted to use information that falls in one of these categories.

**Treatment.** We may disclose medical information about you to provide medical treatment and services. This information may be disclosed to other physicians, nurses, technicians, or other personnel involved in your treatment. This information will also be used for referrals to other physicians and services.

**Payment.** We may disclose medical information about you to an insurance company so we may bill and collect on the services.

**Health Care Operations.** We may disclose information to ensure that we are providing quality care. For example; we may use your medical information to evaluate performance of the staff. We may also use your medical information to determine if additional services need to be offered.

**Treatment Alternatives.** We may disclose medical information about you to recommend possible treatment options or alternatives that may interest you.

**Individuals Involved in Your Care.** We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your care.

**As Required By Law.** We will disclose medical information about you when required to do so by federal, state, or local law.

**To Avert Serious Threat to Safety or Health.** We may disclose medical information about you when necessary to prevent serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

**Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release medical information to organizations that handle tissue transplantation, or as necessary to facilitate organ or tissue transplantation.

**Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may release medical information about you as required by military command authorities.

**Workers' Compensation.** We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs.



**Public Health Risks.** We may disclose medical information about you for public health use. This is generally for these following reasons:

- To prevent or control disease, injury or disability
- To report births or deaths
- To report child abuse or neglect
- To report reactions to medications or problems with products
- To notify people of product recalls
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.
- To notify the appropriate authorities, if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required by law.

**Healthcare Audits.** We may disclose this information to an audit agency for activities authorized by law. These audits include investigations, inspections, and licensure. This is necessary for the government to monitor the health care system.

**Lawsuits.** If you are involved in a lawsuit we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose information about you to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

**Law Enforcements.** We may release medical information if asked to do so by a law enforcement official. This may be due to the following:

- Response to a court order
- Identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing persons
- About a victim of crime
- About a death we believe may be the result of criminal conduct
- Emergency circumstances to report a crime

**Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors.** We may release medical information to a coroner or medical examiner. It may be necessary to identify a deceased person, or determine cause of death.

**National Security.** We may release medical information about you to authorized federal officials for national security activities authorized by law.

**Protective Services for the President and Others.** We may disclose medical information about you to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state.

**Inmates.** If you are an inmate of a correctional facility or under the custody of law enforcement officials, we may release medical information about you to the correctional facility or official. This release is necessary for the correctional facility to provide you with the proper health care, to protect your health and safety or the health and safety of others, for the safety and security of the correctional facility.





# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## **Your Rights Regarding Your Medical Information.**

You have the following rights with your medical information:

**The Right to Inspect and Copy.** You have a right to inspect your medical information. This can be done by calling the office and requesting to see your records. An appointment will be set for you to come in and review them. You may also have copies of your records.

**The Right to Amend.** If you feel that your medical information is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment as long as we are in possession of your records. You must make your request in writing and it will be subjected to review.

**Disclosure Accounting.** You have the right to request an accountability of Disclosure Log. This is a list of disclosures that have been made on your medical history.

**Restriction Right.** You have the right to restrict the disclosure of your medical information. You also have the right to limit the medical information we disclose about you to someone involved in your care such as family. **We are not required to agree to your request.** If we do agree with your request, we will comply unless the information is needed for emergency treatment. To request restrictions, you must make the request in writing and specifying what information you want limited and to whom you want the limits to apply to.

**Right to Request Confidential Communication.** You have the right to request that we communicate your medical information to you in a certain way or at a certain location.

To request confidential communications, you must make the request in writing and specify how and where to communicate to you. We will try to accommodate all reasonable requests.

**Right to Have a Copy of the Privacy Notice.** You have the right to have a copy of this notice. You may ask us for this copy at any time.

**Changes to This Notice.** We reserve the right to change this notice with or without prior notice. We will post a copy of the current notice in the waiting room. The effective date will always be on the first page top right side.

**Complaints.** If you believe that your privacy has been violated then you may file a complaint with the privacy officer or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with the privacy officer, please have the complaint in writing and submit it to the office manager to be reviewed.

**Other Disclosures.** Other disclosures of medical information not covered by this notice or the laws will be made only with your written permission. If you provide us with permission to use or disclose medical information about you, you may revoke it at any time. This must be by your written authorization. You understand that we are unable to reverse any disclosures that were already made with your permission, and we are required to retain our records.





# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## **Aviso de Práctica de Privacidad Formulario de Reconocimiento**

The Center for Neurology and Neurophysiology me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad con respecto al uso y divulgación de mi información médica.

---

**Firma**

---

**Fecha**

---

Imprimir Nombre

---

Imprimir apellido



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Formulario de Responsabilidad Financiera

La mayoría de los planes de seguro comercial y los programas de Medicare solo pagarán por servicios de prueba y profesionales que determinan ser "razonables y necesarios". Often, such a determination is made after given services or test has already been performed. If an insurance company or a governmental program deems that the test or professional service was not "reasonable and necessary," they will deny payment for these services or procedure.

Some reasons for denial of payment include the following:

1. They usually do not pay for "routine" examinations of lab work.
2. They do not pay for a certain service within given time period.
3. They do not pay for lab testing utilized as a screen to investigate for, or to "rule out," a particular condition.
4. Routine lab work is not covered at a particular frequency.
5. They do not pay for test pending FDA approval.
6. The patient, or physician referring the patient, did not secure a proper insurance referral.
7. Others that vary by insurance program.

Our office will attempt to pre-certify your tests through your insurance company. However, this is not a guarantee of payment from your insurance company. Please understand this office is not responsible for your share of the cost of testing. You will be responsible for your payment before any visit or immediately after we are notified by your insurance of your share.

We are committed to practicing medicine in a professional and fiscally responsible manner, but certain situations may arise in which payment is denied to the physician or an outside laboratory or testing facility. In that circumstance, the patient or his/her guardian will be liable for any and all charges incurred at the negotiated rate with the insurance. If you have any questions regarding your responsibility, please contact your insurance company.

Patients without insurance are expected to pay in full their balance before each visit.

In the event that your deductible has not met, your copay changes or your insurance pays only a portion you will be responsible for paying the balance before your next visit.

Please read and sign below. If you have any questions, please direct them to our office staff before your appointment.

I have read and understand the above statements. I acknowledge that I have been informed that payment by my insurance carrier or Medicare could be denied for a variety of reasons. If my insurance carrier or Medicare denies payment, I agree to be personally and fully responsible for payment.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date:

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre

\_\_\_\_\_  
Imprimir apellido



# THE CENTER FOR NEUROLOGY AND NEUROPHYSIOLOGY, P.A.

## Release of Medical Records

I hereby authorize The Center for Neurology and Neurophysiology, PA to send or obtain any medical information needed for my care.

I understand that the specific information to be released may include all physician records as well as treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable disease; this does include Human Immunodeficiency Virus (HIV), and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). I also understand that this authorization may be revoked by the person giving authorization by written and dated notice, except to the extent that disclosure of information had been made prior. You have a right to limit medical information we disclose to someone involved in your care, if you wish to do so please write down any persons or facilities that you do not want to receive information and the information that you want limited. Please note that the physician does not have to agree to your request.

### Restrictions List

--

Please fill out below any persons that may get information on your behalf.

### Authorization List

Name of Person	Relationship

### I may be contacted for appointments in the following manner (check all that apply)

	Message with detailed information	Message with call back number only
Home Phone #		
Cell Phone #		
Text Message #		
Work Phone #		
Email		

Signature	Date
Date of Birth	Social Security