



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

## Historial Médico

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA			
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?</b> <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Algún día Fumador actual <input type="checkbox"/> Cada día Fumador actual ¿Cuánto tiempo? ___ años ___ meses	<b>¿Paquetes por día?</b> <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"/> 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**

**Adrienne Bailey PA • Abiola Amure NP • Gabrielle Tucker NP • Charissa Parker NP**

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:

Formulario de solicitud de licencia médica familiar	\$35.00
Formularios de discapacidad a corto plazo	\$35.00+ tarifa para registros si es necesario
Solicitudes de registros médicos	\$25.00 para la 1ra 25 páginas; \$0.50 para cada página después
Registros financieros	\$25.00 para la 1ra 25 páginas
Correo certificado	\$15.00
Cheques devueltos (NSF)	\$35.00
Correspondencia escrita	\$30.00
Solicitud de renovación de receta o prescripción fuera de horas	\$65.00
Appointment No Show/Same Day Cancellation	\$35.00
EMG/NCVS Cancelación menos de 24 horas	\$75.00
Routine EEG Cancelación menos de 24 horas	\$75.00
Llamada no de emergencia en la línea del doctor	\$65.00
Cancelación / reprogramación de Botox dentro de 1 semana de su cita	\$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.

## La Póliza de la Oficina

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,  
Adrienne Bailey PA, Abiola Amure NP, Gabrielle Tucker NP, y Charissa Parker NP.

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.**

### **Información médica:**

The Center for Neurology and Neurophysiology, P.A., entiende que su información médica es personal y estamos comprometidos a proteger su información. Se crea un registro para usted en su primera visita; este registro describe los servicios que recibe durante sus visitas. Usted tiene el derecho de limitar la divulgación de su información, aunque en algunos casos la información debe ser divulgada para asegurar el tratamiento y pago adecuados.

### **Divulgaciones de información médica:**

Las siguientes son descripciones de diferentes formas en que podemos divulgar su información. No se enumeran todas las divulgaciones; sin embargo, se nos permite usar información que se encuentra en una de estas categorías.

**Tratamiento.** Podemos divulgar su información médica para brindarle tratamiento y servicios médicos. Esta información puede divulgarse a otros médicos, enfermeras, técnicos u otro personal involucrado en su tratamiento. Esta información también se usará para referidos a otros médicos y servicios.

**Pago.** Podemos divulgar su información médica a una compañía de seguros para que podamos facturar y cobrar los servicios.

**Operaciones de Atención Médica.** Podemos divulgar información para garantizar que proporcionamos atención de calidad. Por ejemplo; podemos usar su información médica para evaluar el desempeño del personal. También podemos usar su información médica para determinar si se deben ofrecer servicios adicionales.

**Alternativas de tratamiento.** Podemos divulgar su información médica para recomendar posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.

**Individuos involucrados en su cuidado.** Podemos divulgar su información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado.

**Como es requerido por la ley.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

**Para evitar una amenaza seria a la seguridad o la salud.** Podemos divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona.

**Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que manejan el trasplante de tejidos, o según sea necesario para facilitar el trasplante de órganos o tejidos.

**Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares.

**Compensación Laboral.** Podemos divulgar su información médica para compensación de trabajadores o programas similares.



**Riesgos de Salud Pública.** Podemos divulgar su información médica para uso de salud pública. Esto es generalmente por estas razones siguientes:

- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Para informar nacimientos o muertes
- Para denunciar abuso o negligencia infantil
- Para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos
- Para notificar a las personas sobre retiros de productos
- Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Para notificar a las autoridades apropiadas, si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si acepta o cuando lo exija la ley.

**Auditorías de Salud.** Podemos divulgar esta información a una agencia de auditoría para actividades autorizadas por la ley. Estas auditorías incluyen investigaciones, inspecciones y licencias. Esto es necesario para que el gobierno controle el sistema de atención médica.

**Demandas.** Si está involucrado en una demanda, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esto puede deberse a lo siguiente:

- Respuesta a una orden judicial
- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o personas desaparecidas
- Acerca de una víctima del crimen
- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal
- Circunstancias de emergencia para reportar un crimen

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Puede ser necesario identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

**Seguridad Nacional.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección para el Presidente y Otros.** Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros.

**Presos.** Si usted está preso en una institución correccional o está bajo la custodia de oficiales de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario. Esta versión es necesaria para que el establecimiento correccional pueda proporcionarle la atención médica adecuada, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, para la seguridad y protección de la institución correccional.





### **Sus Derechos con Respecto a Su Información Médica.**

Usted tiene los siguientes derechos con su información médica:

**El Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar su información médica. Esto se puede hacer llamando a la oficina y solicitando ver sus registros. Se fijará una cita para que usted ingrese y los revise. También puede tener copias de sus registros.

**El Derecho a Enmendar.** Si considera que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que tengamos sus registros en su poder. Debe hacer su pedido por escrito y será sometido a revisión.

**Contabilidad de Divulgación.** Usted tiene el derecho de solicitar una responsabilidad del Registro de Divulgación. Esta es una lista de divulgaciones que se han realizado en su historial médico.

**Derecho de Restricción.** Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de su información médica. También tiene derecho a limitar la información médica que divulgamos sobre usted a alguien involucrado en su cuidado, como la familia. **No estamos obligados a estar de acuerdo con tu petición.** Si aceptamos su solicitud, la cumpliremos a menos que la información sea necesaria para un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe realizar la solicitud por escrito y especificar qué información quiere limitar y a quién quiere que se apliquen los límites.

**Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial.** Tiene derecho a solicitar que le comuniquemos su información médica de cierta manera o en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer que solicite por escrito y especifique cómo y dónde comunicarse con usted. Trataremos de acomodar todo lo razonable peticiones.

**Derecho a Tener una Copia del Aviso de Privacidad.** Usted tiene el derecho de tener una copia de este aviso. Puede solicitarnos esta copia en cualquier momento.

**Cambios a Este Aviso.** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso con o sin previo aviso. Publicaremos una copia del aviso actual en la sala de espera. La fecha de vigencia siempre estará en la primera página, arriba, en el lado derecho.

**Quejas.** Si cree que su privacidad ha sido violada, puede presentar una queja ante el funcionario de privacidad o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el funcionario de privacidad, tenga la queja por escrito y envíela al gerente de la oficina para que la revisen.

**Otras Divulgaciones.** Otras divulgaciones de información médica no cubiertas por este aviso o las leyes se realizarán solo con su permiso por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocarla en cualquier momento. Esto debe ser por su autorización escrita. Usted comprende que no podemos revertir las divulgaciones que ya se hicieron con su permiso, y estamos obligados a conservar nuestros registros.





# 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". A menudo, dicha determinación se realiza después de que se hayan realizado determinados servicios o pruebas. Si una compañía de seguros o un programa gubernamental consideran que la prueba o el servicio profesional no fue "razonable y necesario", denegarán el pago de estos servicios o procedimientos.

Algunos de los motivos de la denegación de pago incluyen los siguientes:

1. Por lo general, no pagan los exámenes "rutinarios" de laboratorio.
2. No pagan un determinado servicio dentro de un período de tiempo determinado.
3. No pagan las pruebas de laboratorio utilizadas como pantalla para investigar o "descartar" una afección en particular.
4. El trabajo de laboratorio de rutina no está cubierto en una frecuencia particular.
5. No pagan la prueba pendiente de la aprobación de la FDA
6. El paciente, o el médico que refiere al paciente, no obtuvo una referencia de seguro adecuada.
7. Otros que varían según el programa de seguro .

Nuestra oficina intentará precertificar sus pruebas a través de su compañía de seguros. Sin embargo, esto no es una garantía de pago de su compañía de seguros. Comprenda que esta oficina no es responsable de su parte del costo de las pruebas. Usted será responsable de su pago antes de cualquier visita o inmediatamente después de que su seguro le haya notificado su participación.

Estamos comprometidos con la práctica de la medicina de una manera profesional y fiscalmente responsable, pero pueden surgir ciertas situaciones en las que se niega el pago al médico o a un laboratorio externo o centro de pruebas. En esa circunstancia, el paciente o su tutor serán responsables de todos los cargos incurridos a la tarifa negociada con el seguro. Si tiene alguna pregunta sobre su responsabilidad, comuníquese con su compañía de seguros.

Se espera que los pacientes sin seguro paguen en su totalidad el saldo antes de cada visita.

En caso de que su deducible no se haya alcanzado, su copago cambie o su seguro pague solo una parte, usted será responsable de pagar el saldo antes de su próxima visita.

Por favor, lea y firme a continuación. Si tiene alguna pregunta, envíela al personal de nuestra oficina antes de su cita.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores. Reconozco que me han informado que el pago de mi compañía de seguros o de Medicare podría denegarse por una variedad de razones. Si mi compañía de seguros o Medicare niega el pago, acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago.

\_\_\_\_\_  
Signature

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



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

## Advanced Practice Registered Nurse/Physician Assistant Consent for Treatment

The Center for Neurology and Neurophysiology, PA se esfuerza por brindar atención médica de la más alta calidad para el tratamiento de rutina y agudo. The Center for Neurology and Neurophysiology, PA, utiliza práctica avanzada enfermeras registradas y asistentes médicos para ayudar a brindar la mejor atención médica neurológica posible. Una enfermera registrada de práctica avanzada no es un doctor.

Una enfermera registrada de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha recibido educación avanzada y capacitación en la provisión de atención médica. Una enfermera de práctica avanzada puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades neurológicas agudas y crónicas comunes, así como brindar atención de mantenimiento de la salud. Un asistente médico no es un doctor.

Un asistente médico es graduado de un programa de capacitación certificado y licenciado por la junta estatal. Bajo la supervisión de un médico, un asistente médico puede diagnosticar, tratar y monitorear enfermedades neurológicas agudas y crónicas comunes, así como brindar atención de mantenimiento de la salud.

Ambas entidades trabajan bajo la dirección y en colaboración con su neurólogo para garantizar que reciba la mejor atención médica posible. La "supervisión" no requiere la presencia física constante de un médico supervisor, sino la supervisión de las actividades y la aceptación de la responsabilidad de los servicios médicos prestados.

Tanto una enfermera registrada con práctica avanzada como un asistente médico pueden proporcionar los servicios médicos que se encuentran dentro de su educación, capacitación y experiencia. Estos servicios pueden incluir:

- Obtener historias y realizar exámenes físicos
- Ordenar y / o realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Prescripción de medicamentos y cambios a los medicamentos según corresponda.
- Suministro de medicamentos de muestra
- Formular un diagnóstico de trabajo
- Desarrollar e implementar un plan de tratamiento
- Monitoreo de la efectividad de las intervenciones terapéuticas
- Ofrecer asesoramiento y educación
- Hacer referencia apropiada

Entiendo que mis citas de seguimiento serán con una enfermera de práctica avanzada o un asistente médico. Puedo solicitar ver a un neurólogo durante mi visita en cualquier visita.

He leído lo anterior y, por la presente, doy mi consentimiento a los servicios de una enfermera registrada o un asistente médico de práctica avanzada para mis necesidades de atención médica.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



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

## Lanzamiento de Registros Médicos

Autorizo The Center for Neurology and Neurophysiology, PA para enviar u obtener cualquier información médica. Entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir todos los registros médicos, así como el tratamiento del abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental o enfermedad contagiosa; esto incluye el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). También entiendo que esta autorización puede ser revocada por la persona que otorga la autorización por notificación escrita y fechada, excepto en la medida en que la divulgación de información se haya realizado antes. Tiene derecho a limitar la información médica que divulguemos a alguien involucrado en su cuidado, si desea hacerlo, por favor anote las personas o instalaciones que no desea recibir información y la información que desea limitar. Tenga en cuenta que el médico no tiene que aceptar su solicitud.

Lista de Restricciones

Complete a continuación cualquier persona que pueda obtener información en su nombre.

Lista de Autorización	
Nombre de la Persona	Relación

Se me puede contactar para citas de la siguiente manera (marque todas las que apliquen)		
	Mensaje con información detallada	Mensaje solo con devolución de llamada
Teléfono de casa #		
Teléfono móvil #		
Mensaje de Texto #		
Teléfono del trabajo #		
Email		

Firma	Fecha
Fecha de nacimiento	Seguridad Social