

MIDTOWN NEUROLOGY, P.C.
PATIENT INFORMATION AND DISCLOSURES
Por favor completar esta forma solo con pluma NEGRA!

Nombre: _____ Mujer / Hombre
 Apellido Primer Nombre Segundo Nombre (circule uno)

Telefono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Direccion de Casa: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____

de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Correo Electronico: _____

Raza: _____ Estado Civil: (circule uno): Casado Soltero Juntado (a) Divorciado(a) Viudo (a)

Estado de Empleo : (circule uno) Tiempo complete Medio Tiempo Retirado (a) Desempleado(a) Estudiante

Esta NO es una condición, lesión o síntoma relacionado con el trabajo.

Esta SI es una condición, lesión o síntoma relacionado con el trabajo

Ocupacion del Paciente: _____ Empleado: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion al Paciente: _____

Numero de contacto de emergencia Home () _____ Trabajo: () _____

Nombre de Seguro Primario: _____ Usted es el primario de la poliza ? _____

Nombre de Segundo Seguro: _____ Quien es el primario de la poliza? _____

Quien lo refirio a nuestra oficina o como escucho de nuestra oficina?: _____

Quien es su Doctor Primario /de Familia : _____

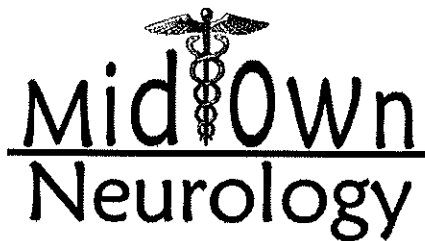
Todos los pagos y co-pagos se necesitan pagar el dia en el que el servicio se va a prove. NO HAY ECEPCIONES. SI HAY CAMBIO DE ASEGURANSA POR FAVOR COMUNICARLE ESTO ALA RECEPCIONISTA.

Autorizacion para lebreracion de informacion Yo autorizo a Midtown Neurology, PC que libere informacion a mi aseguransapara asegurar pago.

Asignacion de Beneficios Yo autizo el pago demis beneficios medicos que sean pagados a Midtown Neurology, PC. Yo entiendo que como paciente tengo la responsabilidad de informar a las recepcinistas de algun cambio de aseguransa.

Responsabilidad del paciente Yo autorizo la garantia de pago complete en cual quien cobro o facture que la aseguransa no pago o que la aseguransa deje para el pasiente.. Las cuentas que esten en estado delinquente se cobraran en completo. Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$50 por citas y \$75 por procedimientos perdidos o no cancelados dentro de un día laboral será aplicado, y este cobro será su responsabilidad y será cobrado directamente a usted.

→ **Firma:** _____ **Fecha:** _____



HUSHAM P. MISHU, MD
JULIAN A. BRAGG, MD, PhD
AASHISH BHARARA, MD
NASSIM NABAVI CNIM, PA-C
MARISSA TORRES, NP-C
NATALIA ABAZERI, PA-C

(404) 653-0039
Fax (404) 653-0159
www.MidtownNeurology.com

285 Boulevard NE · Suite 610 · Atlanta, GA 30312

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Mi registro de salud es confidencial y, por la ley, constituye “información protegida de salud.” Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación. Al completar y firmar este formulario, acepto (o mi representante legal acepta) permitirle a Midtown Neurology compartir mi información protegida de salud con la persona siguiente:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

MIDTOWN NEUROLOGY, P.C ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

- **Costo sin aseguransa:** Les pedimos pago a los pacientes sin seguro el día actual del servicio.
- **Seguros médicos:** Participamos con la mayoría de las compañías privadas y gubernamental de seguros para la salud. Si no estamos contratados por su aseguransa , hay que pagar para cada visita como si no tuviera seguro. Si no tiene tarjeta de seguro actualizada, pedimos pago hasta que podamos verificar el seguro. Saber los beneficios es la responsabilidad del paciente. Aunque nuestro equipo de facturación le ayudará, hay que hablar con la compañía para resolver algunas preguntas o problemas.
- **Maneras de Pago:** Aceptamos pago en efectivo, cheque, y la mayoría de tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express and Discover). También aceptamos pagos de tarjeta de crédito por teléfono, y podemos mandarle una copia del recibo por correo electrónico. Ofrecemos una apertura de crédito por CareCredit, y planes de pagos sin interés están disponibles para aquellos que califican. Hay una tarifa de \$35 por cheques rechazados.
- **Co-pagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el co-pago al momento de su visita. La exoneración del co-pago puede construir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su co-pago cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes cubrir los servicios, usted deberá hacer su pago al momento de visita. La cantidad puede cambiar dependiendo del seguro. Por favor tenga en cuenta que esta cantidad puede que no lo cubra el seguro , y cualquier saldo pendiente se le notificará por medio de esta oficina.
- **Medicare:** Medicare requiere un pago 20% de la tarifa permitida más la deducible por el paciente o seguro secundario. Deducibles son requeridos por la mayoría de planes Medicare.
- **Referimiento y Autorizaciones:** Formas de derivaciones/volantes de su médico de cabecera puede ser requerido para tener cita con nuestros doctores. Usted es responsable para obtenerlas, pero le ayudaremos y reprogramaremos la cita si hace falta.
- **Servicios de Cuidado Preventivo y Laboratorio:** Los exámenes de rutina no siempre son cubiertos por su seguro médico. Tenga en cuenta que, si un problema adicional es observado en su visita, podría incurrir un cobro adicional de un co-pago o deducible por esta visita médica. Si los servicios son negados por su seguro médico o no nos ha proporcionado la información correcta de su seguro médico, usted será responsable de pagar por estos servicios.
- **Citas Perdidas:** Por favor tenga en cuenta que un cobro de \$50 por citas y \$75 por procedimientos perdidos o no cancelados dentro de un día laboral será aplicado, y este cobro será su responsabilidad y será cobrado directamente a usted.
- **Tarifas para formularios:** Hay una cobra de \$50 para cada formulario que nos pida completar. Pedimos un pago adelantado y una semana para completar lo necesario.

He leído y entendido esta forma. Estoy de acuerdo en cumplir con las polizas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por mi cuenta

Firma del paciente: _____ **Nombre del Paciente:** _____
Fecha: _____

Formulario para Obtener Recetas Externas

Yo, _____, entiendo que Midtown Neurology, PC utiliza tecnologías como ECW y PMP que facilitan la transmisión electrónica de información sobre recetas entre proveedores y farmacias. También esta tecnología brinda datos de recetas sobre cualquier medicamento que ha tenido en los años, historial médico, recetas que hayan sido prescritas a mi persona/al paciente. Yo entiendo que el historial de mis recetas de varios doctors, farmacias y compañías de aseguransas se puede ver por el Staff y lo proveedores de esta oficina.

MI FIRMA INDICA QUE YO HE LEIDO ESTE FORMULARIO Y YO ENTIENDO EL ÁMBITO DE MI CONSENTIMIENTO

Firma aquí

Fecha

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha: _____

Por favor verifique cualquier síntoma que tenga actualmente

Generales:

- Cambios de peso
- Falta de apetito
- Fiebre/resfrío
- Fatigo/Cansado Frecuentemente
- Sudores Nocturnos
- Falta de energía

Problemas de piel:

- Irritación
- Ronchas/granos
- Piel seca o sensible
- Picazón

Problemas de glándula:

- Cansancio
- Sed excesiva
- Intolerancia al frío

- Intolerancia al calor
- masa en el ceno

Problemas neurológicos:

- Dolor de cabeza
- Entumecimiento
- Convulsiones
- Mareos
- Dificultad para recordar
- Temblores
- Dificultar para caminar
- Dolor
- Caídas
- Debilidad
- Ronquido
- Sueño en el día
- Piernas inquietas por la noche

Problemas de ojo:

- Visión deteriorado
- Visión nublada
- Catarata
- Ojos llorosos
- Dolor de ojo
- Visión doble
- Párpado caído

Problemas de sangre:

- Transfusión de sangre
- Sangrado o hematomas fáciles

Musculosquelético:

- Dolor de espalda
- Dolor de cuello
- Dolor de brazo
- Dolor de pierna
- Dolor de articulación
- Inflamación de articulaciones
- Calambre en la pierna
- Dolores de musculos

Problemas de oído/nariz/garganta

- Catarro reciente
- Pérdida de audición
- Cambio de voz

- Dolor de garganta
- Zumbidos en los oídos
- Babear
- Dificultad para pasar sustancias
- Problemas sinusales

Problemas cardiacos:

- Mareada
- Dolor de pecho
- Latidos irregulares del corazón
- Desmayo
- Falta de aire

Problemas de estómago:

- Náusea
- Acidez
- Vómito
- Dolor de estómago
- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en residuos

Problemas pulmonares:

- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- Tos
- Tos con flema

Psiquiátrico:

- Depresión
- Tensión/estres
- Dificultad para dormir
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Alucinación (de vista o oído)
- No disfruta de la vida
- Escucha voces

Genitourinario:

- Perder el control de orinar
- Dificultad para orinar
- Descargo de orina
- Ardor al orinar
- Infecciones de transmisión sexual

Hombres:

- Impotensi a/dificulta d para

Mujeres:

- Actualmente embarazada
- Sangrado menstrual abundante
- Menopausia

Por favor indique la probabilidad de quedarse dormido en estas situaciones:				
0	1	2	3	Sentado y leyendo
0	1	2	3	Viendo TV
0	1	2	3	Quedarse sentado en público
0	1	2	3	Como pasajero en el coche
0	1	2	3	Quedarse sentado después de almorzar sin tomar alcohol
0	1	2	3	Mientras esperando en tráfico
0	1	2	3	Quedarse sentado y dialogar
0	1	2	3	Acostarse a descansar por la tarde
				Total
Escala		0 = Jamás		
de Valoración:		1 = Pocas posibilidades de dormir		
		2 = Posibilidad moderada de dormir		
		3 = Posibilidad alta de dormir		



Lista de Medicamentos

Nombre: _____

Alergias a medicamentos: _____

Farmacia preferida: _____

Dirección de farmacia: _____

Número teléfono de farmacia#: _____ Número fax de farmacia #: _____

Medicamentos actuales	Dosis	# de pastillas por día	# de veces por día	Razón	Efectividad (Dar 0-100%)	Efectos secundarios
Medicamentos anteriores	Dosis	# de pastillas por día	# de veces por día	Razón para parar	Efectividad (Dar 0-100%)	Efectos secundarios

ESCRIBE EN EL OTRO LADO SI ES NECESARIO