

MIDTOWN NEUROLOGY, P.C.
PATIENT INFORMATION AND DISCLOSURES

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

Teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

#de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Correo electrónico: _____

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

Estado de Empleo : (circule uno) Tiempo completo 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.

Ocupación del Paciente: _____ Empleado: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación al Paciente: _____

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

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

Nombre de Segundo Seguro: _____ Quien es el primario de la póliza _____

¿Quien lo refirió a nuestra oficina o como escucho de nuestra oficina? _____

¿Quien es su Doctor Primario/ de Familia? _____

Todos los pagos y copagos se necesitan pagar el día de servicio. SIN ECEPSIONES.SI HAY CAMBIO DE SEGURO MEDICO POR FAVOR COMUNIQUE ESTO ALA OFICINA.

Autorización para Liberación de información Yo autorizo a Midtown Neurology, PC que libere mi información a mi aseguranza para asegurar pago.

Asignación de Beneficios Yo autorizo el pago de mis beneficios médicos que sean pagados a Midtown Neurology, PC. Yo entiendo que como paciente tengo la responsabilidad de informar ala Oficina de algún cambio en mi aseguranza.

Responsabilidad de el Paciente Yo garantizo el pago completo en cualquier cobro o factura que la aseguranza no pago o que el seguro medico deje ese balance para el paciente. Los balances que estén en estado delincuente se cobran en complete. 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:** _____

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

MIDTOWN NEUROLOGY, P.C ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

- **Costo sin seguro médico:** Les pedimos pago completo a los pacientes sin seguro el día de servicio.
- **Seguros médicos:** Participamos con la mayoría de las compañías privadas y gubernamentales de seguros para la salud. Si no estamos contratados por su aseguranza, 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 ayudara, hay que hablar con la compañía para resolver algunas preguntas o problemas.
- **Maneras de Pago:** Aceptamos pago en efectivo, cheque, y la mayoría de las tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express y 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.
- **Copagos:** Su seguro médico nos requiere cobrar el copago al momento de su visita. La exoneración del copago puede construir fraude bajo leyes estatales y federales. Por favor ayúdenos a respetar la ley pagando su copago cada visita.
- **Pago de Deducibles:** Si su seguro médico le requiere satisfacer la cantidad de su deducible antes cubrir los servicios, usted debería 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 notificara 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 los planes Medicare.
- **Referimiento y Autorizaciones:** Referimiento de su Doctor familiar o de su aseguranza 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 ocurrir un cobro adicional de un copago o deducible por la 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 un cobro 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 pólizas financieras de la oficina y soy financieramente responsable por mi cuenta.

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

Fecha: _____



285 Boulevard NE · Suite 610 · Atlanta, GA 30312

HUSHAM P. MISHU, M.D.
JULIAN A. BRAGG, M.D, PhD.
HASAN F. DAWOOD, M.D.
NASSIM NABAVI, PA-C
MARISSA TORRES, NP-C
JENNIFER KIM, NP-C
Phone (404) 653-0039
Fax (404) 653-0159
www.MidtownNeurology.com

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

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

Nombre: _____

Numero de telefono: _____ Relacion: _____

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente

Original

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 medico, recetas que hayan sido prescritas a mi persona/al paciente. Yo entiendo que el historial de mis recetas de varios doctores, farmacias y compañías de aseguranzas 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 AMBITO DE MI CONSENTIMIENTO

Firma aqui

Fecha

MIDTOWN NEUROLOGY REVIEW OF SYSTEMS

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha: _____

Por favor verifique cualquier síntoma que tenga actualmente

Generales:

- Cambios de peso
- Falta de apetito
- Fiebre/resfrío
- Fatiga/Cansancio
- 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 n

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

Musculoesquelético:

- Dolor de espalda
- Dolor de cuello
- Dolor de brazo
- Dolor de pierna

Problemas de articulación:

- Dolor de articulación
- Inflamación de articulaciones
- Calambre en la pierna
- Dolores de músculos

Problemas de oído/nariz/garganta

- Catarro reciente
- Pérdida de audición
- Cambio de voz
- Dolor de garganta
- Zumbidos en los oídos

Problemas de oído:

- Babear
- Dificultad para pasar sustancias
- Problemas sinusales

Problemas cardiacos:

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

Problemas de estómago:

- Náusea
- Acidez
- Vómito
- Dolor de estómago

Problemas de intestino:

- Diarrea
- Estreñimiento
- Sangre en el excremento

Problemas pulmonares:

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

Psiquiátrico:

- Depresión
- Tensión/estrés
- 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
- Descarga de orina
- Ardor al orinar
- Infecciones de transmisión sexual

Hombres:

- Impotencia

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