



Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Estado Civil: Casado Divorciado Soltero Viudo Desconocido

Genero: Hombre Mujer Telefono de Casa: _____ Numero Celular _____

El mejor numero para recordatorios: Casa Celular Alternativo (Especificar): _____

Direccion: _____

Correo Electronico : _____ Idioma: _____

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico Afroamericano

Americano Nativo Hawaiana o Isleno del Pacifico Hispano Negarse

Etnicida: Hispano No Hispano o Latino Negarse

Nombre o Numero de Pharmacia: _____ Medico Referente: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____

Tiene un plan de instrucciones anticipadas? Si No

En caso afirmativo, Testamento En Vida Poder Notarial Donador de Organos

Alternativo (Especificar): _____

Seguro Primario: _____ # de ID: _____ # de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____

Seguro Secundario: _____ # de ID: _____ # de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relacion: _____

Certifico que la información anterior es correcta segun mi leal saber y entender y autorizo a NeurocarePlus a presentar reclamos a las compañías de seguros mencionadas anteriormente y autorizo a NeurocarePlus a actuar como agente en mi nombre para apelar cualquier rechazo de reclamo. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, esten o no cubiertos por mi seguro. Tambien entiendo que se aplicara una tarifa de \$25 por no presentarse por todas las visitas al consultorio perdidas (\$50 por procedimientos), no canceladas o reprogramadas 24 horas antes de la hora programada, y que este cargo no está cubierto por el seguro. Tambien entiendo que si mi seguro requiere una remision de mi Medico Primario, soy responsable de obtenerla y enviarla a NeurocarePlus antes de mi cita. Si no se obtiene, mi cita tendra que ser reprogramada. Al firmar este formulario, doy voluntariamente mi consentimiento para la atencipn medica, el tratamiento y las pruebas de diagnostico que el Dr. Nammour y su personal designado consideren necesarios.

Firma: _____

Fecha: _____



Consentimiento para tratar

Al paciente: Tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condicion y el procedimiento medico o diagnostico recomendado a utilizar para que pueda tomar la decision de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido despues de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atencion, no se ha recomendado ningun plan de tratamiento especifico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluacion necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condicion identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas o tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina. El consentimiento tendrá plena eficacia hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le ordenen. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo alentamos a que haga preguntas.

Solicito voluntariamente al Dr. Nammour y otros proveedores de atención médica o las personas designadas, según se considere necesario, que realicen exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta práctica.

También permito que el Dr. Nammour y su personal soliciten una copia de cualquier medicamento recetado anterior o actual para que se incluya en mi expediente.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a su contenido.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Reconocimiento de Revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad

He revisado el aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y revelada mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

Escriba el Nombre del Paciente o tutor Legal



Polizas y procedimientos a partir del 1 de Enero de 2018

Para reducir la confusion y los malentendidos entre nuestros pacientes y el consultorio, hemos adoptado las siguientes polizas. Si tiene alguna pregunta sobre estas polizas, discualas con el gerente de la oficina o el personal. Estamos dedicados a brindarle la mejor atencion y servicio posibles y consideramos que su comprension completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atencion y tratamiento.

Citas perdidas o canceladas/ Llegada tarde

Es responsabilidad del paciente llegar a tiempo a las citas. Las cancelaciones DEBEN ser recibidas con 24 horas de anticipacion. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$25 por citas perdidas, canceladas o por no presentarse. Si llega mas de 15 minutos tarde, nos reservamos el derecho de pedirle que reprograme. Si llega tarde, le recomendamos que llame a nuestra oficina para verificar que su cita seguira siendo respetada.

Inicial_____

Responsabilidad de la cita del paciente

Cuando no acude a la cita acordada, tres personas se ven afectadas. En primer lugar, no recibe el tratamiento necesario prescrito por su medico. En segundo lugar, otro paciente podria haberse beneficiado al utilizar el horario de su cita. Finalmente, el medico ahora tiene una brecha en su horario debido al tiempo reservado para usted. Tenga en cuenta que su seguro no cubre las tarifas perdidas, canceladas o por no presentarse.

Inicial_____

Cobertura del seguro

Comprenda que, como su proveedor de atencion medica y centro de atencion medica, nuestra relacion es principalmente con usted y no con su compania de seguros. Como cortesía y conveniencia para usted, presentaremos reclamos de seguro para todos nuestros pacientes. No podemos facturar a su compania de seguros a menos que nos proporcione informacion de seguro actual y precisa.

Inicial_____

Pacientes sin seguro

Ocasionalmente, nuestros pacientes pueden encontrarse sin cobertura de seguro medico. Nuestros estados de poliza afirman que el 100% de todos los cargos anticipados deben pagarse en el momento del servicio.

Inicial_____



Formularios/Copias de registros medicos

Tenga en cuenta que al convertirse en un paciente establecido segun las reglas de HIPPA, debemos firmar y completar formularios anuales y hacer copias de su identificacion con foto/TDL y tarjetas de seguro.

Completar cualquier formulario que requiera la participacion de su proveedor puede llevar mucho tiempo tanto para usted como para su proveedor. Requerimos que se haga una cita para revisar la informacion solicitada. Nos reservamos el derecho de cobrar por una visita de seguimiento. Tambien nos reservamos el derecho de cobrar por las primeras 20 paginas \$25.00 y cualquier pagina adicional 0.50 centavos por pagina por la copia de registros medicos y \$30 por cualquier formulario o documento a llenar. Espere 1 semana para que se completen los formularios y las copias.

Inicial _____

Precertificacion

Es posible que su plan de seguro requiera una certificacion previa (aprobacion previa) antes de ciertos procedimientos o pruebas de diagnostico. Espere entre 48 y 72 horas para que se complete este proceso. Asegurese de que se haya otorgado la precertificacion antes de proceder con cualquier procedimiento o prueba de diagnostico. La programacion se realiza a traves de la instalacion. Nuestra oficina no coordina ninguna programacion para ningun estudio de diagnostico saliente. Una vez que se obtenga la aprobacion de su seguro, la instalacion se comunicara con usted para programar.

Inicial _____

Referencias salientes

Todas las referencias proporcionadas por el medico se enviaran por fax al centro. Le proporcionaremos una copia de la orden de remision. El consultorio del medico referido se comunicara con usted para programar su cita. Espere 72 horas para que se comuniquen con usted, pendiente del procedimiento de la oficina. Si el medico esta fuera de la red de su seguro, comuniquese con su seguro para obtener una lista de proveedores de la red.

Inicial _____

Descargo de responsabilidad de verificacion de beneficios

La cotizacion de los beneficios no es una garantia de pago. La determinacion del pago final se realizara al procesar las reclamaciones. Todas las reclamaciones estaran sujetas a las disposiciones y exclusiones de cada poliza individual. Como cortesia, nuestra oficina verifica los detalles de la cobertura antes de los servicios; sin embargo, esto no es suficiente como la unica verificacion de los beneficios, ya que es responsabilidad del paciente conocer los detalles de sus beneficios de acuerdo con el folleto de beneficios del paciente que recibio del seguro al momento de la cobertura inicial.

Firma del Paciente

Fecha



Historial Familiar:

Madre, Padre o Abuelos

Diabetes	
Hipertension	
Cardiopatía	
Enfermedad Mental	
Cancer	
Convulsiones	
Epilepsia	
Parkinson's	
Alzheimer's	
Esclerosis Múltiple (EM)	
Neuropatía	
Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	
Otro	

Historial Social:

Eres un(a) fumador(a) actual? **S** or **N** Ex Fumador? No Fumador?

¿Si es así, cuántos cigarrillos al día? _____

¿As considerado dejar de fumar? **S** or **N** **Lo estoy pensando**

¿Si es ex fumador, cuánto tiempo a pasado desde la última vez que fumo?
_____ **Día(s) / Mes(s) / Año(s)**

¿Usas algún otro tipo de Tabaco? **S** or **N** Que tipo? _____

¿Usas alguna droga recreativa? **S** or **N** Si es así, que tipo de droga? _____

¿Con que frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?

Mensual o menos 2-4 veces al mes 2-3 veces a la semana 4+ veces a la semana

Cuántas bebidas tomas en un día típico?

1-2 bebidas 3-4 bebidas 5-6 bebidas 7-9 bebidas 10 o mas bebidas

¿Con que frecuencia toma 6 o mas tragos en una ocasión?

Nunca Menos de un mes Mensual Semanal Diario o casi diario

Tomas alguna bebida que contenga cafeína? **S** o **N**

Cafe Te Soda Otro: _____

Si es así, cuántas tazas por día?

1-2 tazas 2-3 tazas 3-4 tazas mas que 4



Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cambios en la Capacidad de Pensamiento

1. He notado un rechazo en mi memoria reciente S N
2. Otros (familiares y amigos) me dicen que yo estoy olvidando cosas que me dicen S N
3. Mi capacidad de concentracion a disminuido recientemente S N
4. He sufrido perdidas recientes que podrian perjudicar algunas de mis habilidades de pensamiento S N
5. Me confundo o me distraigo mas facilmente de lo que estoy acostumbrado(a) S N

Observaciones Familiares:

Provider and Staff Use Only/ Uso unico del proveedor y del personal

Patient Account #/ Cuenta de Paciente: _____

Healthcare Provider Notes/ Notas del proveedor de atencion medica:

Staff Instructions to patient/ Instrucciones del personal para el paciente:

Staff Initials/ Iniciales del personal: _____

Test Time In/Hora del comenzo del examen: _____

Test Time Out/Hora del final del examen: _____



Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Por favor proporcione el mejor numero de telefono y direccion de correo electronico para que nuestra oficina se comunice con usted

Numero de telefono: _____

Correo electronico: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento a las siguientes personas para discutir mis registros medicos/de facturacion y/o los resultados de las pruebas con el Dr. Nicolas Nammour y su personal, segun sea necesario.

1- Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

2- Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

3- Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorizacion, por escrito, en cualquier momento y esto puede aplicarse a una o mas de las personas mencionadas anteriormente

Nombre del paciente

Fecha

Paciente/Firma del tutor legal