



NEUROLOGY ASSOCIATES, P.A.

Forma paciente pediátrica de la información

Nombre paciente: _____
Primero Medio Último

Fecha del nacimiento: _____

Escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____

Nombre del intérprete _____

Número de teléfono: _____

Contacto primario del padre

Nombre: _____

Relación al paciente: _____

Teléfono del día: _____

Teléfono de la tarde: _____

Teléfono móvil: _____

El otro teléfono/paginador: _____

Dirección del email: _____

Hay cualquier lugar en esta lista en donde debemos no ¿deje un mensaje?

El niño vive con este padre.

Contacto secundario del padre

Nombre: _____

Relación al paciente: _____

Teléfono del día: _____

Teléfono de la tarde: _____

Teléfono móvil: _____

El otro teléfono/paginador: _____

Dirección del email: _____

Hay cualquier lugar en esta lista en donde debemos no ¿deje un mensaje?

El niño vive con este padre.

Termine el siguiente si usted no acompaña siempre a su niño a su cita:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR DE EDAD DE UNACCOMPANIED

Reconozco que soy el padre o el guarda dado derecho al cuidado, la custodia, y el control del menor de edad.

En caso que no pueda acompañar a menor de edad a su cita, autorizo a abastecedores del healthcare de los asociados de la neurología, PA a examinar y a tratar a menor de edad en mi ausencia.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

La neurología asocia 2008
Forme P



NEUROLOGY ASSOCIATES, P.A.

NA # _____

Historial médico paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____ Referir el dr. _____

Más allá de historial médico: Compruebe todos que usted tenga o ha tenido en el pasado :

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas del sino
<input type="checkbox"/> Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Rico en colesterol	<input type="checkbox"/> Problemas del sueño
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sueño Apnea	<input type="checkbox"/> El roncar
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/jaquecas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Movimiento
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Síndrome agitado de la pierna	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asimientos	

Procedimientos y fechas quirúrgicos: Compruebe aquí si usted no ha tenido ninguna cirugía anterior

Nombre y localización de la farmacia: _____

Medicaciones: (Include prescriptions, over the counter medications, vitamins, & hormones, etc.):

Compruebe aquí si usted no toma NINGUNA medicación

Nombre de la medicación	Dosis	Frecuencia	Nombre de la medicación	Dosis	Frecuencia

Alergias y reacciones de la droga: Compruebe aquí si usted no tiene ninguna alergia sabida de la droga

¿ Usted ha tenido siempre una reacción al tinte del intravenoso? _____

Antecedentes familiares : Utilice las letras correctas para demostrar si un miembro inmediato de la familia hace tenido los problemas uces de los enumerar:

Madre=M	Abuela:	Madre de la madre=MGM	Madre del padre=PGM	Hermana=S
Padre=F	Abuelo:	Padre de la madre=MGF	Padre del padre=PGF	Hermano=B
<input type="checkbox"/> Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta	<input type="checkbox"/> Asimientos	<input type="checkbox"/> Movimiento
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Rico en colesterol	<input type="checkbox"/> Problemas del sino	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/jaquecas	<input type="checkbox"/> Sueño Apnea	<input type="checkbox"/> Problemas del sueño	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> El roncar	

Historia social:

Uso del alcohol:	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Bebedor social	#Bebidas/semana _____
Uso del cafeína:	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Uso de vez en cuando	#Bebidas/semana _____
Uso del tabaco:	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Fuma	#Paquetes/día _____ <input type="checkbox"/> Tabaco oral
Uso de la droga:	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> Drogas IV <input type="checkbox"/> Otro: _____
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Widowed	Educación Ilana:	_____
Ocupación:	Patrón:		

(Continúe en el otro lado de la forma)



NEUROLOGY ASSOCIATES, P.A.

Salud general: Compruebe todos que usted ha tenido en los últimos 3 meses. Compruebe aquí si es embarazado

<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> La nariz sangra	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Debilidad del músculo	<input type="checkbox"/> El enfocarse del problema
<input type="checkbox"/> Fever/Chills	<input type="checkbox"/> Sonido en oídos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Pensamientos que disturban
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Goteo de Postnasal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor que tira	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> La noche suda	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Tragar problema	<input type="checkbox"/> Cambie en topos	<input type="checkbox"/> Moodiness
<input type="checkbox"/> Disturbio del sueño	<input type="checkbox"/> Garganta dolorida	<input type="checkbox"/> Ardor de estómago	<input type="checkbox"/> Terrones de la piel	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/> Aumento/pérdida del peso	<input type="checkbox"/> Dolores en boca	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids	<input type="checkbox"/> Erucciones de piel	<input type="checkbox"/> Pensamientos Homicidal
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Vertigo	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Apagones/que se desmayan	<input type="checkbox"/> Cambie en periodos
<input type="checkbox"/> Descarga del ojo	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho en descanso	<input type="checkbox"/> Náusea/el vomitar	<input type="checkbox"/> Dificultad del discurso	<input type="checkbox"/> El sudar excesivo
<input type="checkbox"/> Dolor /dolor del ojo	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho/ejercicio	<input type="checkbox"/> Dificultad urinating	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/jaquecas	<input type="checkbox"/> Con /calor/frío del problema
<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/> Color azul de la piel	<input type="checkbox"/> Urination frecuente	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> Visión velada	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sangre en orina	<input type="checkbox"/> Parálisis/debilidad	<input type="checkbox"/> Hambre excesiva
<input type="checkbox"/> Ojos rojos	<input type="checkbox"/> Shortness de la respiración	<input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Sangría anormal
<input type="checkbox"/> Red eyes	<input type="checkbox"/> Hinchazón del tobillo	<input type="checkbox"/> Urination doloroso	<input type="checkbox"/> Asimientos	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Ojos hinchados	<input type="checkbox"/> Tos/Croup	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> El zumbar	<input type="checkbox"/> Contusión
<input type="checkbox"/> Vértigos	<input type="checkbox"/> Tos encima de la sangre	<input type="checkbox"/> Dolor común	<input type="checkbox"/> Temblores	
<input type="checkbox"/> Pérdida de oído	<input type="checkbox"/> El roncar	<input type="checkbox"/> Tiesura común	<input type="checkbox"/> Ansiedad	Hembras:
<input type="checkbox"/> Hoarseness	<input type="checkbox"/> Respiración rápida	<input type="checkbox"/> Movimiento limitado	<input type="checkbox"/> Cambios del sueño	Menstrual pasado
<input type="checkbox"/> Obstrucción nasal	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Dolor /calambres del músculo	<input type="checkbox"/> Depresión	Período _____

Patrones del sueño: ¿Cómo está probablemente usted a dormitar apagado o a caer dormido (sensación no justa cansada) en las situaciones siguientes?
Nunca=0 Ocasión leve=1 Ocasión moderada=2 Alta ocasión=3

Situación: Ocasión de dormitar

El sentarse y lectura _____

TV que mira _____

El sentarse inactivo en un lugar público tiene gusto de un teatro o de satisfacer _____

El montar como pasajero en un coche por una hora sin una rotura _____

El acostarse al resto por la tarde _____

El sentarse y el hablar con alguien _____

El sentarse reservado después de almuerzo sin alcohol _____

En un coche mientras que está parado por algunos minutos _____

Total de columna _____

La cantidad media de sueño usted consigue la mayoría del nights _____
 Cheque uno: Después de que una noche completa del sueño, usted se sienta Reclinado y restaurado o Cansado excesivamente a través del día.
 ¿ Usted golpea sus pies o piernas con el pie a través de la noche? Sí /No ¿Usted sufre de dolores de cabeza de la mañana? Sí /No
 ¿ Usted ronca en alta voz? Sí /No ¿ Usted para el respirar en su sueño? Sí /No

Escala del insomnio: Si usted tiene dificultad/insomnio del sueño, termine esta sección:

¿Cómo muchas noches a la semana usted tiene caer de los problemas dormido o permanecer dormido? _____
 ¿Cómo desea usted ha tenido este problema? _____

Clasifique la severidad de los problemas siguientes en la carta abajo:

Ningunos problemas=0 Problema suave=1 Problema moderado=2 Problema severo=3

El caer de los problemas dormido _____

Dificultad que permanece awakenings dormidos/frecuentes _____

Despertando anterior que usted deseo _____

Sleepiness del día _____

Función pobre/ deteriorada en el país o trabajo _____

Oscilaciones del humor _____

Pérdida de la memoria _____

Siendo hiperactivo, ansioso, o nervioso durante el día _____

Total de columna _____

Firma paciente _____



NEUROLOGY ASSOCIATES, P.A.

Nombre paciente: _____

Autorización para el tratamiento

Autorizo por este medio las exámenes, los tratamientos, las medicaciones, las pruebas, y los procedimientos tales como puede ser prescrito por los asociados de la neurología, el médico del PA o la ayudante del médico a cargo de mi cuidado.

Aceptación de la responsabilidad financiera

Entiendo que soy directamente responsable de todos los costos médicos cueste lo que cueste de la cobertura de seguro y si o no el tratamiento es necesario como resultado de un accidente en el cual otra persona sea culpable. Entiendo que soy responsable de cualquier deductibles, co-pago, co-insurance o las cantidades los servicios no cubiertos por mi portador de seguro.

Asignación de ventajas

Autorizo por este medio el pago por mi portador de seguro directamente a los asociados de la neurología, PA para cualquier médico y/o servicios médicos o ventajas.

Designación del representante personal

Señalo por este medio a individuos siguientes como mis representantes personales y autorizo a asociados de la neurología, PA a lanzar cualquier información verbal o escrita sobre mí a mis representantes personales como puede ser necesario asistir con mi tratamiento en curso. Seguirá habiendo esta designación y autorización en efecto hasta revocado por mí en la escritura.

<u>Nombre representativo personal</u>	<u>Relación</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firmando este documento reconozco que entiendo y convengo los términos y las condiciones precedentes.

_____	_____
(Firma del paciente, del padre o del guarda)	(Fecha)

Reconocimiento del recibo del aviso de las prácticas de la aislamiento

Entiendo que los asociados de la neurología, PA utilizarán y divulgar mi información personal de la salud según la neurología se asocia, el aviso del PA de la aislamiento practico (el "aviso"). Reconozco que he recibido una copia del aviso.

_____	_____
(Firma del paciente, del padre o del guarda)	(Fecha)



Autorización para el uso y el acceso de la información paciente

I, _____ (**Paciente**), autorice por este medio el _____

Fax: _____ para divulgar mi información protegida de la salud descrita más abajo:

[Nombre de la persona o de la entidad que deben recibir la información].

Mi información protegida de la salud será utilizada o divulgada a petición para los propósitos siguientes [nombre y explique por favor cada propósito]:

Esta autorización para el uso y/o el acceso se aplica a la información descrita abajo [**marque los que se apliquen**]:

- Cualesquiera y todos los expedientes en la posesión del _____ incluyendo salud mental, el VIH, STD, SIDA relaciónó condiciones, anemia de la célula de la hoz y/o expedientes del abuso de la sustancia. [Cruz hacia fuera cualquier artículo que usted no autorice para ser lanzado]
- Expedientes con respecto al tratamiento para el _____ siguiente de la condición o de lesión en o sobre _____.
- Expedientes que cubren el período del _____ del tiempo _____.
- El otro [especifique por favor - incluya las fechas] _____.

- Entiendo que tengo la derecha de revocar esta autorización, en la escritura, en en cualquier momento cerca enviar tal notificación escrita a **Oficial de la aislamiento, asociados de la neurología, PA, 1985 Tate Blvd SE, Ste 600, Hickory, NC 28602**
- También entiendo que mi revocación no es eficaz hasta el punto de las personas que he autorizado para utilizar y/o divulgar mi información protegida de la salud han actuado en confianza sobre esta autorización.
- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que los abastecedores de **Asociados de la neurología, PA** no puede retener el tratamiento encendido si firmo esta autorización.
- Entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar conforme al re-acceso del recipiente y protegido no más por leyes federales y a regulaciones con respecto a la aislamiento de mi información protegida de la salud.
- Esta autorización expira en [enumere por favor una fecha o un acontecimiento especifica]

(no exceder un año a partir de la fecha firmada)
- Certifico que he recibido una copia de esta autorización.

Firma del paciente o del representante personal SSN _____ DOB _____

Nombre del paciente o del representante personal Acct # _____ Fecha _____

Descripción de la autoridad del representante personal

La neurología asocia 2008
Autorización para el acceso de la forma B6 de la PHI