



# NEUROLOGY

## ASSOCIATES, P.A.

Para la oficina Uso solamente	
Cuenta #:	_____
Fecha Rcvd:	_____
Nuestro MD:	_____

### Forma de la información de la remuneración de los trabajadores

Nombre paciente: \_\_\_\_\_  
*Primero Medio Último*

Para nosotros para archivar una demanda con el portador de la remuneración de los trabajadores que está manejando su caso nosotros necesidad tenga toda la información de siguiente, si no la demanda se puede archivar a un portador de seguro comercial o enviarle personalmente.

W/C nombre del portador: _____	Nombre del patrón: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, cierre relámpago del estado: _____	Ciudad, cierre relámpago del estado: _____
Nombre del encargado del caso: _____	Nombre del contacto de los recursos humanos: _____
Teléfono #: _____	Teléfono #: _____
Fecha de lesión: _____	
Caso #: _____	

Describa por favor en sus propias palabras qué sucedió:



# 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 seno
<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:

<b>Madre=M</b>	<b>Abuela:</b>	<b>Madre de la madre=MGM</b>	<b>Madre del padre=PGM</b>	<b>Hermana=S</b>
<b>Padre=F</b>	<b>Abuelo:</b>	<b>Padre de la madre=MGF</b>	<b>Padre del padre=PGF</b>	<b>Hermano=B</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 seno	
<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:

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

(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 Homicida!
<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 períodos
<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	<b>Hembras:</b>
<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 dormir 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 dormir**

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** \_\_\_\_\_



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 que 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 deducibles, co-pago, co-insurance o las cantidades de 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)