



**FIVE TOWNS
NEUROLOGY**

923 Broadway
Woodmere, NY 11598
516 239 1800
Fax: 516 295 5557

FORMULARIO DE INGRESO DEMOGRÁFICO

Cuéntanos Acerca de Tí

El Día de Hoy: ___/___/___	Doc Primario: _____	Teléfono: _____
Apellido: _____ MI: ___	Doc Referencia: _____	Teléfono: _____
Nombre de Pila: _____	DOB: ___/___/___	Male of Female (un círculo)
Dirección: _____	Casado-Divorciado-Soltero-Viudo (un círculo)	
Ciudad: _____	Seguridad Social #: _____ - _____ - _____	
Estado: _____ Código Postal: _____	Trabajador-Discapacitado-Retirado-Desempleado (circulo)	
Teléfono de Casa: _____	Nombre del Empleador: _____	
Móvil _____ Trabajo _____	Estudiante? (S or N?) - Si, Sí: TC/MT? (circulo)	

Su Información de Seguro

¿Tiene Cobertura de Seguro? S or N

¿Eres el Asegurado Principal? S or N

Si No, Nombre y Relación: _____

Su Dirección: _____

Su Teléfono: _____

Comp Seg: _____ Política#: _____

Grupo#: _____

En una Emergencia

Contacto de Emergencia (CE): _____

CE: Cónyuge-Hijo-Padre-Hermano-Amigo (circulo)

CE Pilo N: _____ CE Appellido N: _____

CE Dirección Igual Que Primaria? S or N

Si No, CE Dirección: _____

CE Ciudad: _____ CE Estado: _____

CE Código Postal: _____

Información Demográfica Adicional

¿Tiene Algún Seguro Secundario? Y or N? Si Sí, Nombre & Asegurado Primario: _____

¿Hay alguna posibilidad de que su presentación de hoy esté relacionada con lesiones personales, incluidos accidentes automovilísticos, accidentes de trabajo o lesiones por resbalón y caída / responsabilidad civil? S or N?

Tienes Dirección de Correo Electrónico? S or N? Si Sí, Correo Electrónico: _____

Nombre de la Farmacia Primaria: _____ Dirección de Farmacia: _____

Farmacia Ciudad/Estado: _____ Teléfono de Farmacia: _____

Blanco-Negro-Asiático-Hispano-Otro: _____ Inglés-Español-Otro: _____

Por la presente autorizo el pago de los beneficios médicos facturados a mi seguro a Five Towns Neurology, PC. Por la presente, acepto la responsabilidad del pago de cualquier servicio que se me proporcione y que NO esté cubierto por mi seguro. También acepto la responsabilidad de las tarifas que excedan el pago realizado por mi seguro, si la práctica no participa con mi seguro. Acepto pagar todos los copagos, coseguros y deducibles en el momento de los servicios prestados. (Tenga en cuenta que muchos planes de seguro tienen deducibles altos para atención estándar que nuestra práctica no tiene manera de conocer).

Signature of Patient or Patient Representative: _____ **Date:** ___/___/___

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, por la presente autorizo a FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC a utilizar y / o divulgar mi información de salud que me identifique específicamente a mí o a la que pueda usarse razonablemente para identificarme para llevar a cabo mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que si bien este consentimiento es voluntario, si me niego a firmar, FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC puede negarse a atenderme.

Me han informado que FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC preparó un aviso ("Notificación") que describe más completamente los usos y divulgaciones que se pueden hacer de mi información de salud individualmente identificable para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Entiendo que tengo el derecho de revisar dicha Notificación antes de firmar el consentimiento.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC por escrito, pero en caso de que lo haga, dicha revocación no afectará ninguna acción que FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC haya tomado antes de recibir mi revocación.

Entiendo que FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y que puedo obtener un aviso de dicho cambio cuando lo solicite.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar que FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC restrinja la forma en que se utiliza y / o divulga mi información de salud identificable individualmente para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de salud. Entiendo que FIVE TOWNS NEUROLOGY, PC no tiene que aceptar tales restricciones, pero que una vez que se hayan acordado dichas restricciones, FIVE TOWN NEUROLOGY, PC debe cumplir con dichas restricciones.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre Impreso del Paciente o Representante: _____ Si Representante, Relación: _____

INFORMACIÓN MÉDICA/HIPAA RELEASE

Liberación de Información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Autorizo la divulgación de información que incluye el diagnóstico, los registros, el examen que se me proporcionó y la información sobre reclamos. Esto puede ser lanzado a:

Esposa: _____

Niño/Niños: _____

Otro: _____

La información no debe ser revelada a nadie.

Esta divulgación de información permanecerá en vigencia hasta que la resuelva por escrito.

Mensajes

Por favor llama Mi Hogar Mi Trabajo Mi Número de Celular: _____

Si no Puede Comunicarse Conmigo:

Puede Dejar un Mensaje Detallado Otro: _____

Por Favor Deja un Mensaje Pidiéndome que Devuelva tu Llamada

El Mejor Momento para Contactarme es: (Día): _____ Entre (Mejores Horas): _____

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

INCIDENCIA MÉDICA INICIAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____

El Día de Hoy: _____

FDN: _____

Motivo de la Visita de Hoy: _____

SINTOMAS

Marque (✓) Condiciones que Actualmente Tiene o ha Tenido en el Último Año

CONSTITUCIONAL:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Fatiga Fiebre Pérdida de Apetito
- Sudores Nocturnos Debilidad Pérdida de Peso
- Aumento de Peso

ALERGIA/INMUNOLOGIA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Resfrios Plenitud del Oído Urticaria
- Ojos que Pican Alergias Nasales/Estacionales
- Alergias Nasales Nocturnas Infecciones Recurrentes
- Nariz que Moquea Garganta Irritadad
- Congestión Nasal Congestión Nasal
- Glándulas Hinchadas

OFTALMOLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Visión Borrosa Cataratas Visión Disminuida
- Descarga Visión Doble Irritación de Ojo
- Pérdida de Visión Dolor de Ojo Síntomas Estacionales
- Cambios visuales Ojos llorosos

ENT/RESPIRATORIO:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Cambio en la Voz Tos Crónica Frío
- Tosiendo Sangre Dificultad para Tragar Mareo
- Babeo Alergias Nasales Frecuentes
- Frecuente Hemorragia Nasal Pérdida de la Audición
- Congestión Nocturna Ortopnea
- Dolor con la Respiración Zumbido en los Oídos
- Falta de Aliento Problemas Sinusales
- Dolor de Garganta Problemas para Respirar por la Nariz

ENDOCRINOLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Intolerancia al Frío Diabetes Sudoración Excesiva
- Sed Excesiva Fatiga Intolerancia al Calor
- Sofocos Disfunción Sexual Micción Frecuente

CARDIOLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Dolor de Pecho Dolor en el Pecho Mientras Duerme
- Dolor en el Pecho Mientras está Despierto Mareo
- Latido del Corazón Irregular Hinchazón de la Pierna
- Dolor en la Pierna Mientras Camina Palpitaciones
- Falta de Aliento Venas Varicosas

GASTROENTEROLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Dolor Abdominal Sangre en las Heces
- Cambio en los Hábitos Intestinales Estreñimiento
- Diarrea Dificil Deglutir Hinchazón Frecuente
- Acidez Indigestión Náusea Vomitando
- Vómitos de Sangre

HEMATOLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Transfusión de Sangre Moretones con Facilidad
- Fatiga Pérdida de Apetito Glándulas Hinchadas
- Venas Varicosas

HEMBRA GENITOURINARIA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Sangre en la Orina Dificultad para Orinar
- Dismenorrea Micción Nocturna Frecuente Sofocos
- Periodos Irregulares Lactancia Sexualmente Activo
- Todavía Menstruando Descarga Vaginal

GENITOURINARIO MACHO:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Sangre en la Orina Dificultad para Orinar
- Dificultad con la Erección Micción Nocturna Frecuente
- Impotencia Sexualmente Active
- Dolor o Hinchazón Testicular Incontinencia Urinaria

MUSCULOESQUELETO:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Dolor de Cuello Dolor de Espalda Medio
- Dolor Lumbar Dolor en las Articulaciones
- Rigidez Conjunta Inflamación de Articulaciones
- Calambres en las Piernas Dolor en el Brazo de Tiro
- Disparar Dolor en las Piernas
- Entumecimiento/Hormigueo del Brazo
- Entumecimiento/Hormigueo en las Piernas

DERMATOLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Piel Seca o Sensible Urticaria Bultos Erupción

UROLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Sangre en la Orina Dificultad para Orinar
- Eréctil u Otra Disfunción Sexual Nocturia
- Infección Recurrente del Tracto Urinario
- Disfunción Miccional

NEUROLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Dificultad de Equilibrio Mareo Desmayos Caídas
- Anormalidad de la Marcha Dolor de Cabeza
- Pérdida de Sensibilidad en área Específica del Cuerpo
- Pérdida de Fuerza en el área Específica del Cuerpo
- Entumecimiento Problemas de Memoria Dolor
- Convulsiones Estremecimiento Temblores
- Problemas con el Equilibrio
- Problemas con Coordinación

PSICOLOGÍA:

- Ninguno de los Siguietes se Aplica a Mí
- Ansiedad Deficit de Atención Depresión
- Desorden Alimenticio Alucinaciones Hiperactividad
- Irritabilidad Abuso Mental o Físico Pesadillas
- Alteración del Sueño Pensamientos Suicidas
- Tensión/Estrés

CONDICIONES

Marque (✓) Condiciones que Actualmente tiene o ha Tenido en el Último Año

- SIDA Alcoholismo Anemia Anorexia Apendicitis Artritis Trastornos Hemorrágicos Bulto en el pecho Bronquitis Bulimia Cáncer Cataratas
- Dependencia química Varicela Diabetes Enfisema Epilepsia Glaucoma Coto Gonorrhea Gota Enfermedad del Corazón Hepatitis Hernia
- Herpes Colesterol Alto VIH positivo Enfermedad del Riñon Enfermedad del Hígado Sarampión Migraña Aborto Espontáneo Mononucleosis
- Esclerosis múltiple Paperas Marcapasos Neumonía Polio Problema Próstata Cuidado Psiquiátrico Fiebre Reumática Escarlatina Infarto Cerebral
- Intento de Suicidio Problemas Tiroideos Amigdalitis Tuberculosis Fiebre Tifoidea Úlceras Infecciones Vaginales Enfermedad Venérea

MEDICAMENTOS

Por Favor Indique los Medicamentos que está Tomando Actualmente

ALERGIAS

IMIP-2
HISTORIA FAMILIAR

Complete la Información de Salud Sobre su Familia

Relación	Años	Estado de Salud	Edad Muerte	Causa de la Muerte	Marca (✓) si sus Parientes Tenían Alguno de los Sigüentes:	
					Enfermedad	Relación contigo
Padre						Artritis, Gota
Madre						Asma, Fiebre del Heno
Hermanos						Cáncer
						Dependencia Química
						Diabetes
						Enfermedad Cardíaca, Infarto Cerebral
Hermanas						Alta Presion Sanguinea
						Enfermedad del Riñon
						Tuberculosis
						Otro

HOSPITALIZACIONES

Año	Hospital	Motivo de la Hospitalización y el Resultado

Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí No
 Si Sí, por favor da fechas aproximadas: _____

Enfermedades/Lesiones Graves	Fecha	Salir

EMBARAZOS

Año de Parto	Género de Parto	Complicaciones si Alguna

HÁBITOS SALUDABLES

Marco (✓) qué Sustancias Usa y Describe Cuánto Usa:

	Cafeína	
	Tabaco	
	Drogas	
	Otro	

OCUPACIONAL

Marco (✓) si su Trabajo lo Expone a Cualquiera de los Sigüentes:

	Estrés		Peligroso Sustancias
	Levantamiento Pesado		Otro

Ocupación: _____

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender. No responsabilizaré a mi médico ni a ningún miembro de su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario.

 Firma

 Fecha

 Revisado por

 Fecha

ASMRRM



923 Broadway, Woodmere, NY 11598 516 239 1800 - Fax: 516 295 5557

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR MIS REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono de Contacto: _____ FDN: ____/____/____

Solicite mis registros médicos de las siguientes fuentes:

1. Nombre: _____

Tipo: Médico Hospital Abogado Terapia de Rehab Otra: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Info para lanzar: Notas Pruebas Todos los Registros

2. Nombre: _____

Tipo: Médico Hospital Abogado Terapia de Rehab Otra: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Info para lanzar: Notas Pruebas Todos los Registros

3. Nombre: _____

Tipo: Médico Hospital Abogado Terapia de Rehab Otra: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Info para lanzar: Notas Pruebas Todos los Registros

Por la presente autorizo la divulgación de mis registros médicos como se describe arriba. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Cualquier información de salud divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a redistribución por parte de los destinatarios y puede que ya no esté protegida por el Reglamento Federal de Privacidad.

Entiendo que esta autorización vencerá en (1) año.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al establecimiento anterior. La revocación no se aplicará a la información previamente publicada o recibida.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre Impreso del Paciente o Representante: _____ Si Rep, Relación: _____



923 Broadway, Woodmere, NY 11598 516 239 1800 - Fax: 516 295 5557

REGISTRO DE REVALACIONES DEL PACIENTE

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI). El individuo también tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales o de que se realice una comunicación de PHI por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina de la persona en lugar de a la casa de la persona.

Deseo ser contactado de la siguiente manera (Marque todo lo que corresponda):

- Teléfono Móvil
 - Está Bien Dejar un Mensaje Detallado
 - Solo Deja el Número de Teléfono
- Teléfono de Casa
 - Está Bien Dejar un Mensaje Detallado
 - Solo Deja el Número de Teléfono
- Teléfono del Trabajo
 - Está Bien Dejar un Mensaje Detallado
 - Solo Deja el Número de Teléfono
- Comunicación Escrita
 - Correo a mi Casa
 - Enviar por Correo a mi Trabajo/Oficina
 - Fax a #: _____

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre Impreso del Paciente o Representante: _____ Si Rep, Relación: _____

La Regla de Privacidad generalmente requiere que los proveedores de servicios de salud tomen medidas razonables para limitar el uso o la divulgación de, y las solicitudes de PHI, al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización solicitada por el individuo.

Nota: Se pueden permitir usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones básicas de atención médica sin consentimiento previo en una emergencia.

Registro de Divulgaciones de Información de Salud Protegida

Fecha	Revelado a Quien Dirección o Fax #	(1)	Descripción/Propósito de Revelación	Por Quién se Divulgó	(2)	(3)

(1) Marque la Asilla si la Divulgación Está Autorizada (3) Cómo se hizo la divulgación; F=Fax; T=Teléfono; CE=Correo Electrónico; C=Correo, O=Otro
(2) Tecla de Tipo: R=Registros de Tratamiento I=Información de Pago O=Oper de Atención Médica A=Auth en el Archivo D=Discrecional



923 Broadway, Woodmere, NY 11598 516 239 1800 - Fax: 516 295 5557

LA ESCALA DE LA SLEEPINESS DE EPWORTH

- *La escala de somnolencia de Epworth es ampliamente utilizada en el campo de la medicina del sueño como una medida subjetiva de la somnolencia de un paciente.*
- *La prueba es una lista de ocho situaciones en las que califica su tendencia a dormirse en una escala de 0 (sin posibilidad de quedarse dormido) en 3 (alta probabilidad de dormirse).*
- *Cuando termine la prueba, sume los valores de sus respuestas.*
- *Su puntuación total se basa en una escala de 0 a 24.*
- *La escala estima si está experimentando una somnolencia excesiva que posiblemente requiera atención médica.*

¿Qué tan soñoliento eres?

- ¿Cuán probable es que se duerma o se duerma en las siguientes situaciones?
- Deberías evaluar tus posibilidades de quedarte dormido, no solo de sentirte cansado.
- Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de determinar cómo lo habrían afectado si lo hiciera.
- Para cada situación, decida si tendría o no:
 - > No hay posibilidad de dormir = 0
 - > Poca posibilidad de dormirse = 1
 - > Posibilidad moderada de dormir = 2
 - > Alta posibilidad de dormirse = 3

Situación	Posibilidad de dormirse
Sentado y leyendo	
Viendo la televisión	
Sentarse inactivo en un espacio público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	
Acostado a descansar por la tarde sin descanso	
Sentado y hablando con alguien	
Sentarse tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	
En un automóvil, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico	
PUNTAJE TOTAL =	

Análisis de puntuación

0-7: Dentro del rango normal
 8-9: Cantidad promedio de somnolencia diurna
 10-15: Posible somnolencia excesiva
 16-24: Muy sugestivo de somnolencia excesiva

Fuente original: Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. Sleep 1991; 14(6): 540-5.