



# Southern California Neurology Consultants

625 S. Fair Oaks Ave., Suite 325

Pasadena, CA 91105

Teléfono: (626) 535-9344 • Fax: (626) 535-9387

## FORMULARIO DE REGISTRO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente:		Primer nombre:		Segundo:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.	Estado civil (marque con un círculo) Soltero / Casado / Div. / Sep. / Viu.
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:	Edad	Nro. de Seguridad Social:	Nro. de teléfono de casa:	Nro. de celular:	
Domicilio:			Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Ocupación:		Empleador:		<b>Correo electrónico:</b>		

### Médico de atención primaria:

<b>Referido a la clínica por (marque una casilla):</b>			<input type="checkbox"/> Nombre de Dr.			
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Búsqueda en la web	<input type="checkbox"/> Plan de Seguro	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Otro	

### EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o familiar local (que no vive en la misma dirección):		Relación:	Nro. de teléfono de casa:	Nro. de teléfono de trabajo:
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:

### INFORMACIÓN DEL FIADOR

*Indique la información de la persona económicamente responsable del paciente.*

Relación con el paciente: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro				
Apellido del fiador:		Primer nombre del fiador:		Fecha de nacimiento del fiador:
Domicilio del fiador:		Ciudad:		Código Postal:
Teléfono del fiador:		Correo electrónico del fiador:		

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

<b>Nombre del Seguro principal:</b>					
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	Nro. de grupo:	Nro. de póliza:	Pago complementario: \$
Relación del paciente con el suscriptor:		<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Nombre del Seguro secundario (si corresponde):</b>					
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	Nro. de grupo:	Nro. de póliza:	Pago complementario: \$
Relación del paciente con el suscriptor:		<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro

### FARMACIA

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	Nro. de teléfono:
------------------------	---------------------------	-------------------

La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados de forma directa al médico. Entiendo que soy responsable financiero de cualquier saldo pendiente. También autorizo a **Southern California Neurology Consultants** o a la compañía de seguros a divulgar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

**Firma del paciente/tutor\***

**Fecha**



---

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

Ninguna  NKDA (Sin alergias a medicamentos conocidas)

Otro: \_\_\_\_\_

---

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades (incluyendo los familiares fallecidos)? Marque una "X" debajo del familiar con la enfermedad e indique si falleció debido a esa enfermedad.

	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuelos maternos	Abuelos paternos
Alzheimer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Aneurisma	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enf. autoinmune	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enf. hemorrágica	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enf. cardíaca	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hipertensión arterial	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Esclerosis múltiple	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Parkinson	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Derrame cerebral	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Temblores	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Otros: \_\_\_\_\_

---

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

Enumere cirugías o lesiones importantes (Escriba "Ninguna" si no ha tenido cirugías o lesiones anteriores):

Marcapasos cardíaco  Cirugía de revascularización coronaria  Craneotomía  Fusión espinal  
 Cirugía o stent de carotídea  Craneotomía  Discectomía

*Cirugías/Lesiones*

*Fecha o edad/ Cirujano*

---

---

---

---

**ANTECEDENTES SOCIALES:**

Estado Civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Describa su consumo actual de tabaco

Fuma todos los días  Fuma algunos días  Exfumador  Nunca ha fumado

¿Consumo bebidas alcohólicas?:

Nunca  En ocasiones  Con frecuencia

¿Consumo bebidas que contienen cafeína:  Sí  No

En caso afirmativo, indique qué tipo de bebida y cuántas porciones por día: \_\_\_\_\_

¿Ha consumido alguna vez drogas ilegales?:  Sí  No

En caso afirmativo, indique qué tipo de droga y con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Describa por favor su rutina de ejercicios actual:  Inactivo  Ligera  Moderada  Pesada

## REVISIÓN POR SISTEMAS:

Marque la casilla de cualquiera de los siguientes síntomas o problemas si los ha experimentado recientemente o le preocupan. Si no entiende algo, coloque un signo de interrogación "?" a un costado. Su médico discutirá cualquier respuesta positiva con usted.

### General:

- Fatiga
- Fiebre
- Ganancia de peso
- Pérdida de peso

### Piel:

- Sudoración excesiva
- Erupción cutánea

### Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta:

- Apnea del sueño
- Entumecimiento facial

### Cuello:

- Dolor de cuello
- Rigidez de cuello
- Hinchazón de cuello

### Respiratorio:

- Dificultad para respirar
- Ronquidos
- Sibilancias

### Cardiovascular:

- Dolor en el pecho
- Desmayos
- Presión arterial alta
- Latidos irregulares
- Hinchazón de extremidades

### Gastrointestinal:

- Cambio en hábito intestinal
- Constipación
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Náusea
- Vómito

### Genitourinario:

- Frecuencia
- Incontinencia
- Dolor al orinar
- Urgencia

### Musculoesquelético:

- Dolor de espalda
- Rango de movilidad disminuido
- Dolor articular
- Dolor muscular
- Debilidad muscular

### Psiquiátrico:

- Apatía
- Ansiedad
- Cambio en patrón de sueño
- Depresión
- Alucinaciones
- Nerviosismo
- Ataques de pánico
- Problema para quedarse dormido

### Endocrino/ glándulas:

- Cambios en apetito
- Intolerancia al frío
- Disfunción sexual
- Problema de la tiroides

### Hematología

- Sangrado anormal
- Coágulos sanguíneos
- Moretones con facilidad
- Nódulos linfáticos dolorosos

### Neurológico:

- Auras
- Problema de equilibrio
- Deterioro de la memoria
- Dificultad para hablar
- Mareos
- Desmayos
- Caídas frecuentes
- Dolor de cabeza
- Mala coordinación
- Entumecimiento/hormigueo
- Parálisis
- Convulsiones
- Derrame cerebral
- Temblor
- Problema para caminar
- Vértigo
- Cambios de la vista
- Debilidad

**Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a esta clínica de cualquier cambio en mi estado médico.**

**Firma:**



## **Southern California Neurology Consultants**

### **Consentimiento informado para realizar una Evaluación Neurológica**

Bienvenido a Southern California Neurology Consultants. Este formulario proporcionará información sobre nuestros servicios y acerca de sus derechos y responsabilidades como cliente. Por favor, asegúrese de realizar cualquier pregunta a su médico. Su firma en la parte inferior indica que entiende la información y acepta de forma libre participar en esta evaluación.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Entiendo que la información obtenida en esta evaluación es confidencial y no se divulgará a ninguna persona u organización sin mi permiso por escrito. (*Esta divulgación está disponible en nuestra oficina o se puede completar con cualquier persona a la que desee dar dicho acceso y dársela a nosotros*). Las únicas excepciones a esta política son situaciones poco frecuentes en las que la ley le exige que divulgue información con o sin mi permiso, las cuales son: 1) si hay evidencia de maltrato físico al anciano; 2) si juzga que estoy en peligro de hacerme daño a mí mismo o a otra persona; y 3) si mis registros son citados por la corte. Si cualquiera de estas situaciones sucede, intentará hablar conmigo sobre sus intenciones antes de que se tome una medida, y limitará la divulgación de información confidencial al mínimo necesario para garantizar la seguridad.

### **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD**

#### **Política de Privacidad**

*La confidencialidad es el derecho legal a la privacidad de todos los pacientes que reciben servicios neurológicos, por ejemplo, toda la información personal presentada a esta oficina no se discutirá con personas o agentes fuera de esta oficina, excepto según lo autorice un comunicado por escrito o lo exija la ley. **Sin embargo, hay excepciones a la confidencialidad.** Toda la información discutida en esta oficina permanecerá confidencial, excepto bajo las siguientes condiciones establecidas en este acuerdo:*

- Usted da su consentimiento por escrito para que Southern California Neurology Consultants divulgue su información.
- La violación de la confidencialidad es requerida o permitida por ley. Algunos ejemplos son instancias en las que Southern California Neurology Consultants tiene una sospecha razonable de abuso de ancianos/adultos dependientes, peligro de daño hacia sí mismo o hacia otros, y otros asuntos sujetos a la ley.
- Southern California Neurology Consultants, a su discreción, decide obtener una consulta sobre su caso con un colega o un asesor legal, en donde no se revelará información de identificación.
- No realiza los pagos regulares de su factura pendiente, lo que puede resultar en que su facturación sea entregada a una agencia de cobro o enviada a un tribunal de reclamos menores.
- Tras la notificación de un caso de una agencia de servicios sociales, toda la información compartida con Southern California Consultants se transmitirá al trabajador social asignado u otro representante y agentes de la Administración del Seguro Social.
- Si usted es parte en un litigio, incluyendo un litigio de divorcio, y presenta su condición mental como un problema, es posible que se renuncie a su privilegio. En caso de custodia, es posible que deba renunciar a su privilegio para facilitar una evaluación por parte de un evaluador ordenado por un tribunal. Es posible que SCNC (Southern California Neurology Consultants) deba presentar sus registros o testificar bajo juramento o juicio si recibimos citaciones u órdenes judiciales. No podemos brindarle asesoramiento legal sobre qué acción puede o no anular su privilegio.
- Tenga en cuenta que, según el Código de Familia de California, un padre sin custodia aún puede tener derecho a recibir información sobre el tratamiento de su hijo.



## ***Southern California Neurology Consultants***

### **LIBERACIÓN DE REGISTROS**

Los registros escritos se divulgan *solo* si el cliente o el tutor legal firman un formulario de consentimiento.

### **POLÍTICA DE CITAS**

Las evaluaciones iniciales, valoraciones y sesiones completas por lo general duran entre 30 y 45 minutos. La sesión de seguimiento posterior varía de 15 a 30 minutos de duración. Las sesiones para resurtir medicamentos duran entre 15 y 30 minutos. Sin embargo, según cada caso, estas sesiones pueden requerir más tiempo del esperado. Todos los trámites de registro y envío de pagos complementarios deben entregarse antes del comienzo de la sesión. Llegue 20 o 30 minutos antes de su cita programada para facilitar las operaciones. Respete las pautas de tiempo para que la próxima espera del paciente no se vea afectada.

### **POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 48 HORAS**

**Teléfono de cancelación y llegada tardía: 626-535-9344**

*Guarde este número donde le resulte conveniente si lo necesita.*

#### **LLEGADAS TARDÍAS:**

Si llega tarde, queda a discreción del proveedor verlo ese día o solicitar una reprogramación para fecha futura. Llamar para notificar la llegada tardía no garantiza que se mantendrá su cita.

#### **SOBRE LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE 48 HORAS:**

**Nunca se le cobrará por una cancelación si se realiza con más de 48 horas de anticipación a la hora programada para su cita.**

**Motivo de esta política:** Notificar su intención de cancelar o reprogramar con 48 horas de anticipación nos proporciona la oportunidad de programar a otra persona para ese horario. Esto es importante porque otros pueden estar en una lista de espera o también pueden estar buscando una oportunidad de reprogramar para un horario diferente. Se agradece la mayor antelación posible.

\*\*Si cancela su cita con menos de 48 horas de anticipación, se le cobrará la cita.

\*\*Si no se presenta a una cita programada, se le cobrará por la cita perdida.

Debido a que es ilegal facturar a su compañía de seguros por una cita perdida, terminará pagando de su bolsillo la tarifa completa por la sesión perdida (lo que resultará en un pago mucho más alto de lo que podría haber pagado por una cita).

Esta política de cancelación es estándar en el campo médico y se aplicará de forma estricta. A veces, habrá razones comprensibles para faltar a las citas, pero las excepciones a esta política serán raras. Si tiene tres (3) ausencias dentro de un año calendario, podemos suspender los servicios de tratamiento para el paciente.

\_\_\_\_\_ **Inicial**



## *Southern California Neurology Consultants*

### **TÉRMINOS FINANCIEROS**

Tenga en cuenta que usted es responsable de obtener la autorización previa para el tratamiento de su compañía de seguros. Además, es responsable de los pagos complementarios y servicios de seguro cuando se presten. Además, entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro. Acepto que si en algún momento durante mi tratamiento me doy cuenta de que no soy elegible para la cobertura de seguro, notificaré a SCNC de inmediato, entiendo que seré responsable financiero del 100% de los cargos facturados. Por último, acepto notificar a SCNC sobre cambios en mi información personal o de seguro, y mantenemos una tarjeta de crédito actual en el archivo.

**Solo pacientes de Medicare, al firmar a continuación, acepto pagar el 20% de la visita inicial, todas las visitas de seguimiento y cualquier cantidad deducible.**

### **CONDICIONES DE PAGO Y SERVICIOS NO CUBIERTOS**

Entiendo que se me cobrará la tarifa regular en efectivo de \$20 a \$400 por servicios requeridos fuera de sesiones de tratamiento. Estos servicios incluyen consultas con otros profesionales. Se me cobrará una tarifa por formularios como DMV, EDD, discapacidad o cualquier carta requerida para la baja médica.

Tenga en cuenta que, en caso de que SCNC necesite contratar a un abogado para hacer cumplir cualquiera de las condiciones del presente, entiendo que pagaré todos los gastos incurridos, incluidos los honorarios razonables de los abogados.

**Tipos de pago.** Los servicios se pagan antes de cada cita. Haga los cheques a nombre de Southern California Neurology Consultants. Además, para su comodidad, puede pagar en efectivo o con tarjeta de crédito. Tenga en cuenta solo se entregarán recibos de pago si los solicita al inicio de su cita.

**Pagos oportunos.** Los saldos no pagados en 30 días se consideran "VENCIDO". Los saldos no pagados dentro de los 60 días se pueden enviar a nuestra agencia de cobros o se pueden presentar ante un tribunal de reclamos menores. Si no puede realizar un pago completo, acepta realizar pagos regulares en un plan de pago de seis meses con no menos de \$ 75.00 hasta que se pague el saldo por completo.

**Reclamos de seguro.** Tenga en cuenta que debe pagar todos los servicios prestados que no estén cubiertos por su compañía de seguros.

\_\_\_\_\_ **Inicial**



**Southern California Neurology Consultants**

**CARGO POR CHEQUE DEVUELTO.** El cargo por cheque devuelto es de \$30.00. Si por cualquier motivo se devuelve un cheque sin haber sido pagado, el paciente pagará treinta dólares (\$30.00) adicionales como pago administrativo por insuficiencia de fondos.

**DERECHO A FINALIZAR EL TRATAMIENTO.** Tiene derecho a finalizar el tratamiento en cualquier momento sin ninguna obligación excepto pagar por los servicios completados.

**POLÍTICAS FINANCIERAS**

**Servicios y tarifas sin seguro/de pago propio:** Nuestros servicios profesionales y tarifas son los siguientes:

Servicios Profesionales	Tiempo	Tarifas de médico	Tarifas de enfermero profesional	Cargos por Neuropsicología
Consulta inicial	Médico, enfermera 30-45min PhD. 360min	\$400	\$300	\$4.500
Seguimiento	Médico, enfermera 15-30min Doctor. 60min	\$200	\$150	\$250
Cargo por inasistencia a consultas	Sin aviso/Sin presentarse	\$50,00	\$50,00	\$50,00
Cargo por inasistencia a procedimientos	Sin aviso/Sin presentarse	EEG \$200	Botox \$200	NCS/EMG \$200

**Inicial**

**CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA**

Con mi firma a continuación, reconozco que doy mi consentimiento para una evaluación neurológica por parte de Southern California Neurology Consultants, que he sido informado de las políticas con respecto a las evaluaciones en la clínica y he leído el formulario de consentimiento de 5 páginas, así como las políticas con respecto a retrasos/cancelaciones y citas perdidas; y acepto los arreglos de pago descritos en este formulario. Entiendo por completo mis derechos y obligaciones como cliente en SCNC y acepto de forma libre esta evaluación.

**Firma**

**Fecha**

**(Nombre en letra de molde)**

Firma/Relación

Fecha

(Nombre en letra de molde)

**Southern California Neurology Consultants**  
625 S. Fair Oaks Ave, Suite 325  
Pasadena, CA 91105  
Tel.: 626-535-9344 Fax: 626-535-9387





**Southern California Neurology Consultants**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono durante el día:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

Clinica/ hospital/ proveedor de atención médica:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

Partes adicionales para divulgar información: (Si son más de dos personas, proporcione nombre y relación en un archivo adjunto por separado).

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**No deseo divulgar información a las partes mencionadas anteriormente**

Información a divulgar:

- Toda la información en archivo       Notas de evolución       Electrocardiograma (EKG)       Nutrición/ biorretroalimentación
- Electromiografía (EMG)       Registros de estudio de sueño       Reportes de neurodiagnóstico       Reporte de radiología/ rayos X
- Otro

Propósito de la Divulgación: (Seleccione todos los que aplican)

- Necesidad Médica     Reclamo de compañía de seguros       Asunto legal     Personal     Trabajo/Reclamo de compensación de Trabajadores
- Otro

Autorización especial: marque con un círculo lo que corresponda:

Alcohol	Drogas	Salud mental	Pruebas de neurodiagnóstico	Enfermedades de transmisión sexual
VIIH	SIDA			

**Nota:** Si esta divulgación se refiere a información sobre alcohol, drogas o salud mental, tenga en cuenta que esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (CFR 42 (código de regulaciones federales), parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar más de esta información, a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita de otro modo la parte 2 del CFR 42. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo la información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.

Al firmar a continuación, entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones. Entiendo que se cobrará una tarifa razonable por los siguientes servicios, duplicación de registros postales y copias. La tarifa de divulgación para este servicio es posterior a la fecha en la recepción. Se proporcionará una estimación de esos cargos previa solicitud antes de la duplicación. Previa solicitud, se le puede proporcionar al solicitante una copia de esta autorización.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Últimos cuatro del número de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

*Southern California Neurology Consultants*  
625 S. Fair Oaks Ave, Suite 325  
Pasadena, CA 91105  
Tel.: 626-535-9344 Fax: 626-535-9387