

Registro del Paciente

Nombre: _____ # Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Madre/Encargado: _____

Núm. Celular: _____ Casa/Trabajo Teléfono: _____

Padre/Encargado: _____

Núm. Celular: _____ Casa/Trabajo Teléfono: _____

Seguro Médico Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Member ID: _____ Teléfono: _____

Médico Primario: _____

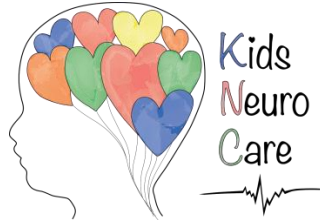
Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Nombre de la Práctica : _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Firma del padre, madre o encargado: _____ Fecha: _____

Si el padre o encargado no puede asistir a la cita, deberá traer una carta firmada indicando el nombre de la persona trayendo al niño(a). También deberá mostrar una identificación al llegar a nuestra oficina.



Políticas y Procedimientos

Horas de oficina:

Orlando	Lunes – Jueves 8:00 am – 5:00 pm Viernes 7:00 am – 3:00 pm
St. Cloud	Lunes 8:00 am – 2:00 pm

Si tiene alguna emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Si tiene alguna pregunta o duda, llame a nuestra oficina.

Autorizaciones: Es su responsabilidad asegurarse de que tenga autorización de su seguro médico. Debe contactar a su médico primario o su compañía de seguros antes de su cita.

Cancelaciones, Ausencia sin notificación y Cheques devueltos: No haremos citas a pacientes que cancelan o no asisten a sus citas excesivamente. Debe notificar a nuestra oficina con 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar su cita o los siguientes cargos serán aplicados: Cargo de cancelación EEG Ambulatorio y LTM: \$125.00 Cita: \$25.00 EEG: \$75.00

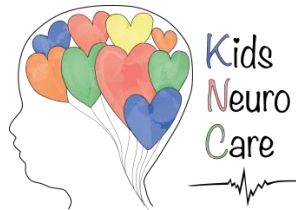
Pago por Servicios: Deberá pagar cuando venga a su cita a menos que haya algún acuerdo antes de su cita. Usted será responsable por los cargos que su seguro médico no cubra.

Medicamentos: Por favor traiga una lista de los medicamentos que toma su niño(a) incluyendo las dosis y frecuencia. Si necesita una nueva receta o refill antes de la próxima cita, llame durante horas laborales. Si su niño(a) no ha sido visto en nuestra oficina en los pasados 3 meses, NO daremos recetas sin que el paciente tenga una cita de seguimiento programada. Se le dará una receta con suficiente medicamento hasta la próxima cita.

Paciente: _____

Nombre del padre/Encargado: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Su firma servirá de Consentimiento para lo siguiente

Consentimiento: Yo autorizo a Kids Neuro Care proveer el tratamiento necesario para mi hijo(a). Autorizo que se utilice la información para coordinar y manejar la salud de mi hijo(a). Autorizo a Kids Neuro Care a recibir pagos por los servicios prestados.

Seguro Médico: Entiendo que es mi responsabilidad conocer cual es la cubierta por mi seguro médico y beneficios incluyendo laboratorios y hospitales donde mi hijo (a) pueda recibir cuidado. Es mi responsabilidad proveer a la oficina la información necesaria para reclamaciones y notificar cualquier cambio de seguro médico antes de la visita. Autorizo que se realicen pagos de beneficios médicos directamente a Kids Neuro Care por los servicios prestados.

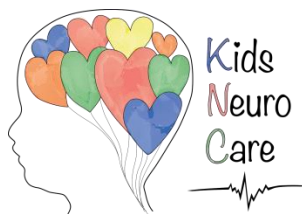
Correspondencia: Kids Neuro Care puede enviarme correspondencia a través del correo regular o electrónico como recordatorio de mis citas, documentos o formulario para la escuela de mi hijo(a).

Autorización de Expediente Médico: Autorizo que Kids Neuro Care obtenga o provea los documentos necesarios para el cuidado de mi hijo(a), procesamiento de reclamaciones o pagos. Estos documentos incluyen el expediente médico, información del seguro médico o laboratorios. Autorizo que se utilice una copia de este formulario en vez de la copia original si fuera necesario. Nombre del

Paciente: _____

Nombre del padre/Encargado: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____



Historia Medica Para El Paciente Nuevo

Nombre del paciente: _____ D.O.B: _____

Por favor llene esta forma lo mejor posible para poder conocer mejor a su hijo/a.

Cual es el problema de su hijo/a: _____

Historia Medica Previa

Alergias a medicamentos	
Enfermedades o cirugias	
Trauma de la cabeza	
Hospitalizaciones	

Historia Del Nacimiento

Tuvo alguno de estos problemas durante el embarazo?

Ninguno Sangrado Presion alta Parto prematuro
 Diabetes Uso cigarrillos Uso de alcohol o drogas Trauma

Peso al nacer _____ lbs _____ oz	Vaginal _____ Cesarea _____
Nacio a las _____ semanas	Salio de el hospital a los 2-3 dias <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
Problemas durante el parto? <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Ictericia al nacer (piel amarilla) <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Historia Del El Desarrollo

Alguna preocupacion acerca de el desarrollo? Esta lento?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Ha perdido alguna de las habilidades que tenia antes?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Esta recibiendo algun tipo de terapia?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Recibe algun tipo de ayuda o acomodacion en la escuela?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Grado actual _____

Historia Familiar

Alguien de la familia ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Migranas	<input type="checkbox"/> Neurofibromatosis	<input type="checkbox"/> Aneurismas
<input type="checkbox"/> Esclerosis multiple	<input type="checkbox"/> Problemas musculares	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Defectos congenitos	<input type="checkbox"/> Tumor cerebral
<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Tics/Tourette	<input type="checkbox"/> Derrames cerebrales	<input type="checkbox"/> Trastornos siquiatricos	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD

Medicaciones Actuales (Nombre y Dosis)

ROS (Por favor indique si su hijo/a ha tenido o tiene alguno de estos problemas)

Confusion Y / N	Dolor de cabeza Y / N	Mareos Y / N	Vision borrosa Y / N
Hormigueo Y / N	Vision doble Y / N	Nausea/Vomito Y/N	Zumbido de oido Y/ N
Poco balance Y/N	Prob. al caminar Y / N	Rigidez Y / N	Babeo Y / N
Debilidad Y / N	Torpeza Y / N	Prob. al tragar Y/N	Prob. del habla Y/N
Convulsiones Y/N	Perdida de memoria Y/N	Cambio de humor Y/ N	Probl. al dormir Y / N
Dificultad para oler o saborear Y/N	Cambio de apetito Y/N	Cambios de peso Y/N	Somnolencia Y/N
Fatiga Y / N	Sangrado nasal Y / N	Desmayos Y / N	Movimientos involuntarios Y/N
Mirada perdida Y / N	Perdida de control de esfinteres Y / N	Dolor de estomago Y/N	Diarrea o estreñimiento Y / N
Dolor de espalda Y / N	Dolor de cuello Y / N	Dolor de articulaciones Y/N	Tremblores Y / N
Ansiedad Y / N	Depresion Y/ N	Problemas de comportamiento Y/N	Problemas de atencion en la escuela Y / N