Kids Neuro Care

Registro del Paciente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Email: _____ 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.

Kids Neuro Care

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 siguentes 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 laborables. 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 segimiento programada. Se le dará una receta con sufienciente medicamento hasta la próxima cita.

Paciente: _____

Nombre del padre/Encargado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Kids Neuro Care

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 utilize 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 realizen pagos de beneficios médicos directamente a Kids Neuro Care por los servicios prestados.

Correspondencia: Kids Neuro Care puede enviarme correspondecia 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 utilize una copia de este formulario en vez de la copia original si fuera necesario. Nombre del

Paciente: _____

Nombre del padre/Encargado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Kids Neuro Care

HistoriaMedica Para El Paciente Nuevo

Nombre del paciente: _____D.O.B:_____

Por favor lleneesta forma lo mejorposibleparapoderconocermejor a suhijo/a.

Cuales el problema de suhijo/a:_____

HistoriaMedicaPrevia

Alergias a medicamentos	
Enfermedades o cirugias	
Trauma de la cabeza	
Hospitalizaciones	

Historia Del Nacimiento

Tuvoalguno de estosproblemasdurante el embarazo?

___Ninguno ___Sangrado ___Presionalta ___ Partoprematuro

___Diabetes ___ Usocigarrillos ___ 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___Y ___N
Problemasdurante el parto?___Y ___N	Ictericia al nacer (pielamarilla) ____Y ____N

Historia Del El Desarrollo

Algunapreocupacionacerca de el desarrollo? Esta lento?	___**Yes** ___**No**
Ha perdidoalguna de lashabilidadesquetenia antes?	___**Yes** ___**No**
Estarecibiendoalguntipo de terapia?	___**Yes** ___**No**
Recibealguntipo de ayuda o acomodacion en la escuela?	___**Yes** ___**No** **Grado actual**_____

Historia Familiar

Alguien de la familia ha tenidoalguna de lassiguientescondiciones:

__Epilepsia	__Autismo	__Migranas	__Neurofibromatosis	__Aneurismas
__Esclerosis multiple	__Problemasmuscuullaes	__Problemas de sangrado	__Defectoscongenitos	__ Tumor cerebral
__Problemas de aprendizaje	__Tics/Tourette	__ Derramescerebrales	__ Trastornossiquiatriccos	__ADD/ADHD

MedicacionesActuales (Nombre y Dosis)

_____ _____ _____

_____ _____ _____

ROS (Por favor indiquesisuhijo/a ha tenido o tienealguno de estosproblemas)

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 dememoria Y N	Cambio de humor Y N	Probl. al dormir Y N
Dificultadparaoler o saborear Y N	Cambio deapetito Y N	Cambios de peso Y N	Somnolencia Y N
Fatiga Y N	Sangrado nasal Y N	Desmayos Y N	Movimientosinvoluntarios Y N
Mirada perdida Y N	Perdida de control de esfinteres Y N	Dolor de estomago Y N	Diarrea o estrenimiento 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

Kids Neuro Care

Financial Policy

The doctors and staff at Kids Neuro Care would like to welcome you to our Practice. We strive to provide you with excellent medical care and our goal is to make your visits as convenient as possible.

By signing below you confirm that you have read this policy and understand that:

- **We only bill primary insurance.**
- It is your responsibility to inform us of any changes to your insurance policy so that your coverage can be re-verified prior to your appointment.
- If your insurance policy requires a referral from your primary care physician, it is your responsibility to have that referral the day of your visit or faxed to our office prior to your appointment.
- Not all services are a covered benefit with all insurance plans.
- It is your responsibility to be aware of what service(s) is being provided to you and if its a covered benefit under your insurance policy.
- You are responsible for any non-covered charges not payable by your insurance policy.
- Although filing your insurance claims is a courtesy extended to you, all charges are always your responsibility from the date services are rendered.
- It is your responsibility to inform our office of any address or telephone number changes.
- Your account is to be kept current accordingly; all self-pay or insurance co-payments, co-insurance and deductibles will be collected at the time of service. Payable by cash, check, Visa, MasterCard, Discover or American Express.
- A $30 **no show** fee applies for office visits if not cancelled within 24 hours. A $75 **no show** fee applies for EEG if not cancelled within 24 hours. A $125 **no show** fee applies for Ambulatory & Long Term Monitoring (Video EEG) appointments if not cancelled within 48 hours.
- If you do not have your payment(s), your appointment may be rescheduled.
- You may be asked to schedule another appointment for issues other than the reason for your original appointment.

- A returned check will result in a $30 service charge and all future payments being required in the form of cash or credit card.
- You will only be sent a statement if your balance exceeds $10.
- There is a $25 charge for the completion of paperwork (ex disability, FMLA…)
- Any unpaid balances older than 90 days may be subject to 1.5% interest per month.
- Any balance older than 120 days will be forwarded to a collection agency and may include collection agency fees up to 35%.
- If you are unable to keep your appointment, please notify us so that we may offer that time to another patient. A pattern of repetitive "no shows" or late cancellations may regretfully result in discharge from practice.

If you have any questions about the above information, please do not hesitate to ask us.

I have read and understand the above Financial Policy and agree to meet all financial obligations.

_____ _____ _____

Patient Name (please print) Patient Signature Date

_____ _____ _____

Responsible Party (please print) Responsible Party Signature Date