



Neurology and Neurosurgery Associates, P.A.

Providing complete neurological and spinal care

180 Ave A, SE.
Winter Haven, FL 33880
(863) 293-2107
Fax: (863) 294-9314
www.neurohaven.com

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
POLÍTICAS DE LA OFICINA DE NNA		
POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN		
Si es necesario cancelar o reprogramar su cita, hágalo al menos 24 horas antes de su cita. Si no recibimos el aviso de cancelación, hay una tarifa de \$50 por citas perdidas. Este cargo será pagado por el paciente y no se facturará a ninguna compañía de seguros. La tarifa debe ser pagada por el paciente antes de reprogramar la cita.		
POLÍTICA DE CUMPLIMENTACIÓN DE FORMULARIOS		
Neurology & Neurosurgery Associates cobra por completar el formulario. Este cargo es de \$25 por formulario y será pagadero por el paciente y no se facturará a ninguna compañía de seguros. Esta tarifa debe pagarse antes de completar el formulario. Las solicitudes se completarán en un plazo de 7 a 10 días hábiles.		
MENSAJES		
Los mensajes dejados en el correo de voz se responderán en el orden en que se recibieron (a menos que sean urgentes). Todos los mensajes serán respondidos dentro de las 48 horas posteriores a su recepción. Le pedimos que no deje varios mensajes dentro de ese período de tiempo, ya que solo ralentizará el proceso. Nuestro personal se esfuerza por responder a todos sus mensajes lo más rápido posible y el correo de voz se revisa con frecuencia durante cada día hábil.		
RESURTIDOS DE MEDICAMENTOS		
Espere de 2 a 3 días hábiles para reabastecer los medicamentos. Las solicitudes de reposición recibidas fuera del horario comercial, o los fines de semana y días festivos, se atenderán el siguiente día hábil. Cualquier solicitud de reposición recibida después de las 3 p.m. se atenderá el siguiente día hábil. Comuníquese con su farmacia y pida que envíen por fax su solicitud de reposición a nuestra oficina. NO ESPERE hasta que se le acaben los medicamentos antes de solicitar reabastecimientos. Es posible que su médico no esté disponible para aprobar su reposición con carácter urgente.		
POLÍTICA DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS		
Deberá firmar un formulario de autorización solicitando que nuestra oficina divulgue sus registros médicos a cualquier otro médico o centro. Si algún abogado o compañía de seguros solicita sus registros, deben presentar una solicitud por escrito con una autorización firmada. Espere hasta 10 días hábiles para que se procese la solicitud. Tenga en cuenta que solo podemos divulgar la información que fue completada por nuestros proveedores. No podemos divulgar la información de otros médicos, hospitales, etcétera.		
POLÍTICA FINANCIERA		
Como cortesía, presentaremos todas las reclamaciones directamente a su compañía de seguros en su nombre. Tenga en cuenta que usted es responsable de proporcionar su información de seguro completa y correcta en el momento del servicio. Por favor, informe a nuestra oficina de cualquier cambio en el seguro o en la facturación de inmediato. Si no se nos proporciona la información correcta en el momento del servicio, el paciente será responsable de la factura. El paciente es responsable de conocer los beneficios de su propia póliza de seguro y las limitaciones de cobertura e informar a nuestra oficina de cualquier servicio no cubierto. Si su seguro requiere una referencia y/o autorización, por favor obténgalas antes de su servicio. Todos los copagos se deben pagar en el momento del servicio. Las cuentas de pago por cuenta propia deben pagarse en su totalidad en el momento del servicio.		
¿Está esto relacionado con el auto (S/N) ¿Está relacionado con este trabajo (S/N)		
Al firmar, reconozco que he leído y acepto las políticas establecidas anteriormente.		
FIRMA: _____		DATE: _____
Firma del paciente o representante autorizado		
RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____		

NEUROLOGY & NEUROSURGERY ASSOCIATES, P.A.
RESUMEN DE LA CLÍNICA DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este resumen describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

En la clínica NNA, siempre hemos mantenido su información de salud segura y confidencial. Una nueva ley nos obliga a seguir manteniendo su privacidad, a darle este aviso y a seguir los términos de este aviso.

La ley nos permite usar o divulgar su información de salud a las personas involucradas en su tratamiento. Por ejemplo, una revisión de su expediente por parte de un médico especialista al que podamos involucrar en su caso.

Podemos usar o divulgar su información de salud para el pago de sus servicios. Por ejemplo, podemos enviar un informe de su progreso a su compañía de seguros.

Podemos usar o divulgar su información de salud para nuestras operaciones normales de atención médica. Por ejemplo, uno de nuestros empleados ingresará su información en nuestra computadora.

Es posible que compartamos su información médica con nuestros socios comerciales, como un servicio de facturación. Tenemos un contrato por escrito con cada socio comercial que les exige proteger su privacidad.

Podemos utilizar su información para ponernos en contacto con usted. Por ejemplo, podemos enviar boletines informativos u otra información. Es posible que también queramos llamarlo y recordarle sobre sus citas. Si usted no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que contesta el teléfono.

En caso de emergencia, podemos divulgar su información de salud a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado.

Es posible que divulguemos parte o la totalidad de su información de salud cuando lo exija la ley.

Si se vende esta práctica, su información pasará a ser propiedad del nuevo propietario.

A excepción de lo descrito anteriormente, esta práctica no usará ni divulgará su información de salud sin su autorización previa por escrito.

Usted puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información de salud, como se describe anteriormente. Le informaremos si podemos cumplir con su solicitud.

Usted tiene derecho a saber de cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de salud más allá de los usos normales anteriores.

Como necesitamos ponernos en contacto con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o el número de teléfono que prefiera.

Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otro consultorio. Enviaremos sus archivos por usted.

Usted tiene derecho a ver y recibir una copia de su información de salud, con algunas excepciones. Envíenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si también desea una copia de sus registros, es posible que le cobremos una tarifa razonable por las copias.

Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda o cambio a su información de salud. Envíenos su solicitud para realizar cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su expediente, por favor entréguenosla por escrito. Podemos o no hacer los cambios que solicite, pero estaremos encantados de incluir su declaración en su archivo. Si estamos de acuerdo con una enmienda o cambio, no eliminaremos ni alteraremos los documentos anteriores, sino que agregaremos nueva información.

Usted tiene derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad real, así como de este Resumen.

Si cambiamos alguno de los detalles del Aviso de Prácticas de Privacidad, le notificaremos los cambios por escrito.

Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestra Oficial de Privacidad: Deborah Schweitzer al 863-293-2107.

El Aviso de Prácticas de Privacidad y este Resumen entrarán en vigor a partir del 11 de abril de 2003.

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") y un Resumen del Aviso (el "Resumen"). El Aviso y el Resumen describen cómo se puede usar o divulgar mi seguro de salud. Entiendo que debo leer el Aviso y el Resumen cuidadosamente. Además, soy consciente de que el Aviso puede modificarse en cualquier momento. Puedo obtener una copia revisada del Aviso en nuestro sitio web en www.neurohaven.com, o solicitando una en las oficinas de nuestra Compañía.

Firma del paciente o representante del paciente: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante del paciente: _____

Relación con el paciente: _____

Neurology & Neurosurgery Associates, P.A.

Teléfono: (863) 293-2107 Fax: (863) 294-9314

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿Cuál es el motivo de su visita _____

¿Fecha en que comenzaron los
síntomas? _____

Severidad de los síntomas: Leve Moderado Severo Incapacitante ☐ ☐ ☐ ☐ Mejor / Peor
(1-3) (4-6) (7-9) (10+)

Agravado por: _____

Aliviado por: _____

¿Quién es su médico _____

Haga una lista de todos los médicos atendidos por este problema:

Haga una lista de todas las pruebas o radiografías realizadas para este problema (radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrotomografías óseas, mielograma)

¿Ha recibido fisioterapia para este problema en el último año? _____ Si es así,

Dónde _____

Haga una lista de los medicamentos y tratamientos que se hayan tomado para este problema:

Embarazada : Sí / No Última menstruación: _____

Síntomas

Verifique (✓) síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el último año.

Constitucional

- ☐ Escalofríos
- ☐ Fiebre
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Aumento de peso
- ☐ Pérdida de peso

Cardiovascular

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ edema Hinchazón de la pierna
- ☐ Latidos cardíacos/palpitaciones irregulares
- ☐ Desmayo

Genitourinario

- ☐ Dolor al orinar (disuria)
- ☐ Micción frecuente
- ☐ Sangre en la orina (hematuria)
- ☐ Incontinencia de urgencia
- ☐ Incontinencia urinaria

Neuro/Psiquiátrico

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Mareos
- ☐ Dificultad para caminar
- ☐ Jaqueca
- ☐ Pérdida del conocimiento
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Incautación
- ☐ Temblores
- ☐ Vértigo
- ☐ Cambios visuales

Hematológico

- ☐ Sangrado fácil
- ☐ Moretones fáciles
- ☐ Ganglios linfáticos agrandados
- ☐ Embolia

HEENT

- ☐ Visión borrosa
- ☐ Visión doble
- ☐ Pérdida de la visión
- ☐ Pérdida de audición
- ☐ Drenaje nasal
- ☐ Dolor facial
- ☐ Congestión nasal
- ☐ Disfagia

Vascular

- ☐ Extremidades frías
- ☐ edema Hinchazón de la pierna
- ☐ Eritema-Enrojecimiento de la piel
- ☐ Dolor en las extremidades
- ☐ Varices

Reproductivo**Hembra**

- ☐ Posmenopáusico
- ☐ Terapia de reemplazo hormonal
- ☐ Secreción mamaria/Dolor/Bultos
- ☐ Picazón vaginal

Reproductivo (continuación)**Masculino**

- ☐ Circuncidado
- ☐ Dolor eréctil
- ☐ Dolor testicular
- ☐ Disfunción sexual

Dermatológico

- ☐ Contacto Alergia
- ☐ Alopecia
- ☐ Cambios de uñas
- ☐ Sarpullido
- ☐ Lesiones cutáneas

Inmunológico

- ☐ Dermatitis de contacto
- ☐ Alergias ambientales
- ☐ Alergias alimentarias

Respiratorio

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Tos
- ☐ Disnea (dificultad para respirar)
- ☐ Sibilancia

Gastrointestinal

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Acedia
- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Náuseas/vómitos

Metabólico/Endocrino

- ☐ Intolerante al frío
- ☐ Sudoración excesiva
- ☐ Debilidad generalizada
- ☐ Intolerante al calor
- ☐ Entumecimiento

Musculoesquelético

- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Síntomas óseos/articulares
- ☐ Debilidad muscular
- ☐ Artritis reumatoide

Otro: _____

Condiciones Verifique (✓) las condiciones que tiene actualmente o ha tenido en el último año.**Antecedentes médicos**

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Alergias | ☐ Enfermedad de las arterias coronarias | ☐ Lupus |
| ☐ Anemia | ☐ Enfermedad de Crohn | ☐ Migraña |
| ☐ Angina | ☐ Depresión | ☐ Esclerosis múltiple |
| ☐ Ansiedad | ☐ Diabetes | ☐ Miastenia gravis |
| ☐ Artritis | ☐ Fibromialgia | ☐ Neuropatía |
| ☐ Asma | ☐ GERD | ☐ Osteoartritis |
| ☐ Fibrilación auricular | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Osteoporosis |
| ☐ Hipertrofia prostática benigna | ☐ Colesterol alto | ☐ Enfermedad de Parkinson |
| ☐ Trastorno bipolar | ☐ Presión arterial alta | ☐ Artritis reumatoide |
| ☐ Coágulos de sangre | ☐ VIH/SIDA | ☐ Trastorno convulsivo |
| ☐ Tumor cerebral | ☐ Nefropatía | ☐ Golpe |
| ☐ Cáncer | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Enfermedad de la tiroides |
| ☐ EPOC | ☐ Enfermedad pulmonar | ☐ Temblores |
| ☐ Apnea del sueño | | |

Hospitalizaciones

Antecedentes quirúrgicos

	Año		Año		Año
☐ Reacción a la anestesia	_____	☐ CIRUGÍA CORONARIA	_____	☐ Colostomía	_____
☐ Resección de aneurisma	_____	☐ Endarterectomía carotídea	_____	☐ Discectomía	_____
☐ Angioplastia con stent	_____	☐ Liberación del túnel carpiano	_____	☐ Bypass gástrico	_____
☐ Apendicectomía	_____	☐ Extracción de cataratas	_____	☐ Reparación de hernia	_____
☐ Artrodesis	_____	☐ Derivación cerebral	_____	☐ Reemplazo de cadera	_____
☐ Cirugía de espalda	_____	☐ Colecistectomía	_____	☐ Reemplazo de rodilla	_____
☐ Colectomía	_____	☐ Laminectomy	_____		
☐ Lasik	_____	Masculino		Hembra	
☐ Biopsia muscular	_____	☐ Biopsia de próstata	_____	☐ Mamo de Aumento	_____
☐ ORIF:	_____	☐ RTUP	_____	☐ Ligadura de trompas bilateral	_____
☐ Marcapasos	_____	☐ Vasectomía	_____	☐ Biopsia de mama	_____
☐ Resección del intestino delgado	_____			☐ Cesárea	_____
☐ Fusión espinal	_____			☐ D y C	_____
☐ Tiroidectomía	_____			☐ Histerectomía	_____
☐ Amigdalectomía	_____			☐ Mastectomía	_____
				☐ Miomectomía	_____
				☐ Rojo. Mamoplastia	_____
				☐ TAH/BSO	_____
				☐ Histerectomía vaginal	_____

¿Tiene un marcapasos, una pinza para un aneurisma, una válvula cardíaca artificial u otros implantes? ☐ Sí ☐ No

¿Eres claustrofóbico? ☐ Sí ☐ No

Otro: _____

Historia Social

Dominancia de la Mano ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Ambidiestro
¿Cambios en los patrones de sueño? ☐ Sí ☐ No

Ocupación:

Empleador: _____ Ocupación: _____

Situación laboral: _____ Restricciones: _____

Consumo de tabaco: ☐ Sí ☐ No ☐ Ex

Tipo: _____

Paquetes por día: _____

Años fumados: _____

Año de abandono: _____

Bebidas Alcohol: ☐ Sí ☐ No Anteriormente Año de abandono _____

Tipo: _____ Frecuencia: _____

Cantidad: _____ Última bebida: _____

¿Antecedentes familiares de alcoholismo? ☐ Sí ☐ No

Drogas callejeras: ☐ Sí ☐ No Año Dejar de fumar: _____

Tipo: _____ Frecuencia: _____

¿Antecedentes familiares de abuso de drogas? ☐ Sí ☐ No

Uso de cafeína:

Tipo: _____ Cantidad diaria: _____

Antecedentes familiares

Quién: _____ ¿Qué condición? _____ Edad de inicio _____ ¿Causa de la muerte? _____

Medicamentos Haz una lista de los medicamentos que estás tomando actualmente

Alergias

Farmacia preferida _____

Teléfono #: _____

Formulario de historial de salud para el manejo del dolor

Si usted está aquí para ser evaluado para el Manejo del Dolor, por favor complete las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue la causa de sus síntomas?

- ☐ Accidente de trabajo
- ☐ En el trabajo, pero no en un accidente
- ☐ Accidente en casa
- ☐ Accidente automovilístico

- ☐ Después de la cirugía
- ☐ Después de una enfermedad
- ☐ El dolor no ha hecho más que empezar, sin razón
- ☐ Otro: _____

2. Localización del dolor:

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| ☐ Cabeza | ☐ Pecho | ☐ Espalda baja | ☐ Otro: |
| ☐ Cara/Mandíbula | ☐ Abdomen | ☐ Muslo | ☐ Izquierda |
| ☐ Cuello | ☐ Ingle | ☐ Nalga | ☐ Derecho |
| ☐ Hombro | ☐ Genitourinario | ☐ Rodilla | ☐ Ambos lados |
| ☐ Brazo | (Intestino, vejiga, órganos sexuales) | ☐ Ternero | ☐ En el medio |
| ☐ Codo | ☐ Espalda | ☐ Tobillo/Pie | |
| ☐ Mano/Muñeca | ☐ Espalda media | ☐ Múltiples articulaciones | |

Duración del dolor: _____ semanas/meses/años.

Calidad: ¿Describirías tu dolor como:

- ☐ Ardor ☐ agudo ☐ Dolor ☐ palpitante ☐ Disparo ☐ Otro: _____

Cronometraje:

- ☐ Siempre presente ☐ A menudo presente ☐ Rara vez presente

Contexto: ¿A qué hora del día empeora el dolor?

- ☐ Por la mañana, al levantarse ☐ Más tarde en la mañana ☐ Tarde ☐ Noche Hora ☐ de acostarse
- ☐ Noche (mientras se duerme) ☐ Otros: _____

¿Qué partes de la vida no puedes hacer debido al dolor? _____

¿Qué empeora su dolor? _____

¿Qué hace que su dolor mejore? _____

Signos y síntomas asociados

¿Tienes alguno de los siguientes síntomas asociados con el dolor?

- | | |
|--|---|
| ☐ Entumecimiento (Ubicación:) | ☐ Aumento de la hinchazón |
| ☐ Hormigueo (Ubicación:) | ☐ Espasmo muscular |
| ☐ Alfileres y agujas (Ubicación:) | ☐ Tensión muscular |
| ☐ Debilidad (Ubicación:) | ☐ Decoloración de la piel |
| ☐ Frialidad | ☐ Problemas intestinales o de vejiga |

Procedimientos previos para el manejo del dolor

- | | |
|--|---|
| ☐ Epidural | ☐ SCS |
| ☐ Bloques de facetas | ☐ Bomba intratecal |
| ☐ Inyecciones de puntos gatillo | |
| ☐ Bomba de medicación | |

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta. Entiendo que reportar información incompleta o inexacta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que soy el único responsable de cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad alguna vez tenemos un cambio en la salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

Escriba el nombre del paciente, padre, tutor o representante personal

Fecha

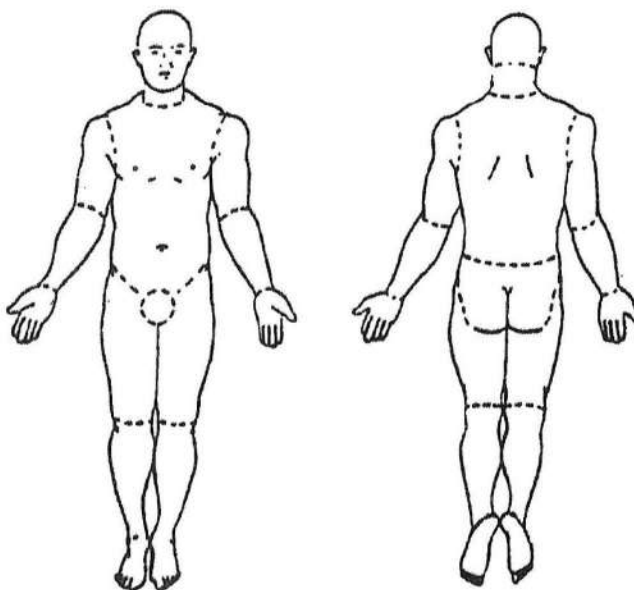
Reseña escrita por

Fecha

Altura: _____

Peso: _____

Muestre en el diagrama a continuación las áreas que están dolorosas, entumecidas o débiles.



Cuestionario de salud del paciente

Nombre: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Por favor marque la respuesta

- | | | | | |
|---|-------------|-------------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas. | De nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 2. Sentirse deprimido, desanimado o sin esperanza | De nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado. | En absoluto | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 4. Sentirse cansado o tener poca energía. | En absoluto | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 5. Falta de apetito o comer en exceso | De nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 6. Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia. | En absoluto | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión. | En absoluto | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo opuesto, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual. | no en | Todos Varios Días | Más De La Mitad De Los Días | Casi todos los días |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera. | En absoluto | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |