

**NEUROSCIENCE CONSULTANTS**  
DIPLOMATES, AMERICAN BOARD OF NEUROLOGY

Doctor: \_\_\_\_\_ Razon de su visita: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Tel. Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_

Telf. Trabajo #: \_\_\_\_\_

Sexo: F or M Estado Civil: S C Sep D Nombre del Esposo/a: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*\*\*Cuál es el mejor método de contacto y / o confirmación de cita? \_\_\_\_\_\*\*\*

**Proveedores Médicos:**

Nombre del Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor que lo/a Refirio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Información de Empleo:**

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**Seguro 1:**

Tipo: HMO PPO POS MEDICARE W/C AUTO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Núm. de Identificación: \_\_\_\_\_ Núm. De Grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro 2:**

Tipo: HMO PPO POS MEDICARE W/C AUTO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Núm. de Identificación: \_\_\_\_\_ Núm. del Grupo: \_\_\_\_\_

**W/C y Accidentes de Auto:**

Núm. de Reclamo: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del agente de reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

**Pólizas de la Oficina:**

- A. **Por favor déjenos saber cuando usted cambia de seguro médico o dirección domiciliaria.**
- B. Nosotros no somos proveedores de Medicaid, si su seguro secundario es Medicaid usted seria responsable por el deducible anual de Medicare.
- C. Exámenes médicos hechos fuera de nuestra oficina (Sangre, Rayos X, CT-Scan, MRI, Etc) pueden tardarse dos semanas o más para recibir los resultados, si en dos semanas no nos hemos comunicado con usted, por favor llamar a la oficina.
- D. Co-pagos y deducibles tendrán que ser pagados durante la visita. Si quiere que su co-pago se le envíe por correo, habrá un cargo adicional de \$5 más el co-pago.
- E. Nosotros no somos su compañía de seguro, por lo tanto no estamos al tanto de cuales son sus beneficios. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus beneficios puede llamar al número 1-800 localizado en su tarjeta de seguro.
- F. Si usted es un paciente que pertenece a un plan HMO, va a necesitar un referido de su médico primario para cada visita. Es su responsabilidad traer el referido o asegurarse que la oficina de su doctor nos envíen los referidos por fax o correo. Sin un referido usted será responsable por el costo de todos los servicios dados por Neuroscience Consultants. Para los pacientes nuevos la visita es \$325.00 y, cada visita adicional es \$140.00.
- G. Si usted esta aquí por un accidente de carro vamos a necesitar el número de reclamación (claim number) de su seguro de auto, dirección y teléfono para poder contactarlos. Su seguro de salud no cubrirá los servicios hasta que su seguro de auto haya procesado los cargos.
- H. Si usted quisiera contactar a su doctor por correo electrónico va a necesitar una identificación digital con su correo electrónico, esto es requerido para su confidencialidad. E-Mail: [neurologydocs@aol.com](mailto:neurologydocs@aol.com)
- I. Si usted necesita una copia de las pólizas de nuestra oficina, favor preguntar a la recepcionista.
- J. Gracias por escoger a nuestros Doctores para su cuidado médico.

**Firma de Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**GRACIAS**

# **FirstChoice Neurology**

DIPLOMATAS, AMERICAN BOARD OF NEUROLOGY

## **Acuerdo Financiero:**

El paciente acuerda pagar a Neuroscience Consultants LLC por los servicios recibidos, además acepta que el pago se vence al recibo del estado de cuenta. Entiende que cualquier balance del paciente sin pago será considerado delinciente después de un período de 60 días. Si esto ocurriera, se tomaría acción legal de ser necesario para forzar el pago de la cuenta. Acepto pagar los honorarios legales y de abogado que sean estimados razonables. El paciente/guardián renuncia a la jurisdicción de lugar de actuación y se somete a la jurisdicción y lugar de actuación en la corte de estado del Condado de Miami-Dade, Fl.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Nota para pacientes con HMO y Workman compensation:**

Ustedes son responsables de obtener el referido y/o autorización para sus visitas y exámenes a realizarse en nuestras oficinas, los mismos que deben ser solicitados a sus médicos primarios o claims adjuster.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Asignación de Beneficios:**

Yo, por la presente autorizo a mi compañía de seguro para que el pago sea hecho directamente a Neuroscience Consultants LLC por los beneficios adeudados a mi. Yo entiendo que soy financieramente responsable por los cargos que no cubre mi compañía de seguro. En tal caso yo inmediatamente pagaré a Neuroscience Consultants LLC por los servicios recibidos. Yo, autorizo la liberación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar el reclamo.

Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**NEUROSCIENCE CONSULTANTS**  
DIPLOMATES, AMERICAN BOARD OF NEUROLOGY

Yo, \_\_\_\_\_ doy  
autorizacion completa para discutir mi tratamiento medico,  
medicaciones, diagnosticos, y/o informacion financiera  
con los siguiente Doctores o miembros de familia. Yo  
entiendo que mi cuidado medico no sera discutido con  
otra persona que no este en la lista.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

NEUROSCIENCE CONSULTANTS

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento recibo de la notificacion de practicas de privacidad**

Yo reconozco que he recibido una copia de los proveedores de aviso de practicas de privacidad en la fecha de vigencia de Abril 2010.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ Representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente

***Documentacion de esfuerzos de Buena fe para obtener el reconocimiento del paciente que ha recibido la notificacion del proveedor de practicas de privacidad.***

*(Para su uso cuando el reconocimiento no puede ser obtenida del paciente.)*

El paciente acudio al consultorio/hospital en (inserter Fecha) y se le proporciono una copia del Aviso de la Entidad Cubierta de practicas de privacidad. Un esfuerzo de Buena fe se hizo para obtener del paciente un acuse de recibo de su recepcion de la notificacion. Sin embargo, este reconocimiento no fue obtenido por:

- El paciente se nego a firmar.
- El paciente no pudo firmar sus iniciales porque:

\_\_\_\_\_

- El paciente tenia una emergencia medica, y un intento de obtener el reconocimiento se hara en la proxima oportunidad.
- Otro motivo (detalles a continuacion):

\_\_\_\_\_

Firma del Empleado Completando el Formulario: \_\_\_\_\_

Fecha Firmado: \_\_\_\_\_