



## PROGRESSIVE NEUROLOGY & SLEEP MEDICINE ASSOCIATES

### Formulario de Registro de Pacientes *(Escriba claro y presione firmemente con tinta negra)*

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Idioma preferida \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo Nombre Sobre Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro \_\_\_\_\_ Género (circule) M H

Dirección \_\_\_\_\_  
Numero Calle Apt/Ste Ciudad Estado Código Postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono Primario ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? (circule) SI / NO

Teléfono Secundario ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje? (circule) SI / NO

Razón principal para la visita: \_\_\_\_\_

Nombre de doctor primario \_\_\_\_\_ Doctor/a referente \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Apellido Nombre

*Tarjeta de seguro actual(s) e identificación con foto se requiere. Por favor, complete lo siguiente:*

**Seguro Primario** \_\_\_\_\_ # de Poliza/ID \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género (circule) M H  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador ( ) \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** \_\_\_\_\_ # de Poliza/ID \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género (circule) M H  
Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador ( ) \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre con custodia:

Teléfono principal del padre con custodia ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono secundario ( ) \_\_\_\_\_

Número de seguro del padre con custodia \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia – Amigo o pariente que no viva con usted que podamos contactar en caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a quien podemos hablarle sobre su atención médica que no sea usted? \_\_\_\_\_

Teléfono Primario ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario ( ) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_



## Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates

### Historial médico

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

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

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

Explique brevemente sus  
síntomas: \_\_\_\_\_

Lista De Medicamentos:

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Alergia a  
medicamentos: \_\_\_\_\_

Fuma? \_\_\_\_\_ Paquetes/Cigarro por día \_\_\_\_\_ Alcohol? \_\_\_\_\_ Diario \_\_\_\_\_ Occasional \_\_\_\_\_

Condiciones medicas: **Circule todo lo que le aplica**

|                          |                  |                           |                      |
|--------------------------|------------------|---------------------------|----------------------|
| Dolor de cabeza/Migrañas | Derrame Cerebral | Hipertension              | Artritis             |
| Epilepsia/Convulsiones   | Neuropatía       | EPOC                      | Cáncer               |
| Lesión en la cabeza      | Asma             | Enfermedad Renal          | Depresión            |
| Lesión espinal           | Diabetes         | Enfermedad de la Tiroides | Cardiopatía          |
| Enfermedad de la Columna | Colesterol       | Anemia                    | Enfermedad de hígado |

Otra condición médica:

\_\_\_\_\_

Cirugías pasadas: \_\_\_\_\_

**Historial de Familia:** Algun miembro de su familia que tenga una condición o enfermedad Neurológica?

\_\_\_\_\_



# Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates

## POLITICA FINANCIERA

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención médica posible. Si usted tiene seguro médico, nos gustaría ayudarle a obtener los beneficios máximos permitidos. Para lograr este objetivo, necesitaremos su ayuda y comprensión de nuestras políticas financieras. Por favor revise cuidadosamente esta información y señal / inicial en la que se indica.

*Tarjetas de seguro actuales deberán ser presentadas a la oficina en cada visita. Cualquier cambio en la información personal se debe dar a la oficina inmediatamente.*

**Autorizo:** Solicito que el pago de los seguros autorizado, Medicare y beneficios de Medicaid se hará a nombre de Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates en mi nombre por los servicios prestados a mí. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original. En el caso de que mi cuenta es entregada a una agencia de cobranza, estoy de acuerdo en pagar todos los costos razonables de la recopilación y entender que ya no puede ser un paciente en esta oficina.

\_\_\_\_\_ (Inicial) He leído y aceptado la declaración anterior.

**COPAGO/COSEGURO/DEDUCTIBLE:** Yo entiendo que mi seguro primario será facturado; seguro secundario facturación es sólo una cortesía y soy responsable en última instancia asignados copagos, coseguros y deductibles cantidades de seguro primario y / o secundario. Facturación del seguro terciaria sigue siendo mi responsabilidad.

\_\_\_\_\_ (Inicial) He leído y aceptado la declaración anterior.

**DIVULGACION DE INFORMACION:** Autorizo al titular de la información médica sobre mí para liberar cualquier y toda la información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, sus agentes, mi compañía de seguros (s), o de otras entidades, según sea necesario para determinar estos beneficios o los beneficios para mis dependientes o yo. Si tengo cobertura de seguro de salud bajo un-HMO, autorizo a Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates de divulgar información relacionada con mi diagnóstico y tratamiento a mi cabecera o médico remitente después de cada visita.

\_\_\_\_\_ (Inicial) He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

**SOLICITUD DE INFORMACION:** Debería recibir peticiones de mi compañía de seguros con respecto a mis servicios en esta oficina, debo responder a la correspondencia de inmediato, con el fin de que el litigio se procesa y se pagó.

\_\_\_\_\_ (Inicial) He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

**AUTO-PAGO:** Cantidad remanente obligatorio y anteriores se deben pagar en el momento del servicio. Seguros copagos están obligados por su compañía de seguros y se deben pagar en cada visita. Los pacientes con las reclamaciones de seguros pendientes se enviarán estados de la cantidad total debida hasta que se satisfaga la cuenta. Estoy de acuerdo que si la compañía de seguros niega beneficios por cualquier razón, yo soy responsable por el monto total adeudado por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ (Inicial) He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

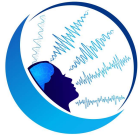
**CHEQUES DEVUELTOS/POLITICA AL NO PRESENTARSE:** Entiendo y estoy de acuerdo en pagar un cargo por cheque devuelto de \$ 35.00 por cada cheque que sea devuelto por cualquier razón. Estoy de acuerdo en pagar la cantidad del cheque más el cargo por servicio dentro de los 30 días siguientes al recibo de la notificación. Entiendo y estoy de acuerdo en pagar un cargo de \$ 250.00 por las citas que no respetan o no cancelo dentro de las 48 horas antes de la cita programada.

\_\_\_\_\_ (Inicial) He leído y estoy de acuerdo con lo anterior.

**POLITICA DE PRIVACIDAD:** He estado al tanto de la política de privacidad de Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates y he recibido (o revisado o se les da la opción de recibir y revisar) una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

He leído y estoy de acuerdo con la información anterior y la que suscribe / paciente, soy el responsable último de las tasas. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para ser contactado por correo ordinario, por correo electrónico o por teléfono (incluyendo un número de teléfono celular) con respecto a cualquier asunto relacionado con la cuenta mencionada anteriormente por el acreedor, sus sucesores o cesionarios. Este consentimiento incluye toda la información actualizada o adicional de contacto para que pueda suministrar y incluye el contacto que utiliza la tecnología de auto-dialer y / o mensajes pregrabados.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



## **Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates**

4234 Riverwalk Parkway, Suite 280. Riverside, CA 92505

1839 W. Redlands Boulevard. Redlands, CA 92373

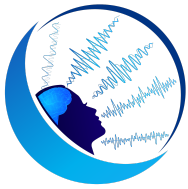
Phone (951) 785 7190 Fax (951) 688-7246

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA**

- Existen posibles beneficios y riesgos del uso de la telesalud o videoconferencias (por ejemplo, limitaciones a la confidencialidad del paciente) que difieren de las sesiones presenciales.
- La confidencialidad sigue aplicándose a los servicios de telesalud. Las llamadas no se graban sin el permiso de la(s) otra(s) persona(s).
- Acordamos utilizar la plataforma de videoconferencia seleccionada para nuestras citas virtuales. El asistente clínico explicará el proceso.
- Es posible que necesite usar una cámara web o un teléfono inteligente durante esta cita.
- Es importante estar en un lugar privado, libre de distracciones, ruido o peligros, durante la cita.
- Es importante utilizar una conexión a internet segura.
- Es importante que recibamos sus documentos de manera oportuna, en o antes de su cita (por ejemplo, formularios para nuevos pacientes, identificación, tarjeta(s) de seguro).
- Es importante ser puntual. Si necesita cancelar o reprogramar su cita por telesalud, por favor de notificar a nuestro personal con anticipación por teléfono.
- Tenga en cuenta que, en algunas circunstancias, el proveedor puede determinar que la telesalud ya no es apropiada y será necesario hacer otros arreglos.
- Si desea usar una plataforma alternativa, usted acepta y entiende los posibles riesgos de privacidad, ya que otros métodos, como FaceTime, no garantizan el mismo nivel de seguridad que las opciones que cumplen con HIPAA.

Si acepto los términos de este consentimiento, por favor firme a continuación.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Progressive Neurology & Sleep Medicine Associates

4234 Riverwalk Parkway, Suite 280 Riverside, CA 92505  
1839 West Redlands Boulevard, Redlands, CA 92373  
(951) 785-7190

### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A FAMILIARES

Con la promulgación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), con algunas excepciones permitidas por la ley, su información médica es estrictamente confidencial y no se puede divulgar ni discutir con nadie, incluidos los miembros de su familia, sin su permiso. Si puede proporcionar una lista de personas a las que dará permiso para hablar sobre sus condiciones médicas en la medida en que su médico lo considere apropiado o necesario.

Por la presente, autorizo a esta oficina a divulgar mi información médica con respecto a mi caso a los siguientes miembros de la familia (si no se incluye ningún miembro de la familia, NO se les dará ninguna información sobre su atención, esto incluye el evento de cualquier hospitalización):

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

| Nombre | Relación | Teléfono# |
|--------|----------|-----------|
|        |          |           |
|        |          |           |
|        |          |           |
|        |          |           |
|        |          |           |
|        |          |           |

**POR LA PRESENTE ME NIEGO A PROPORCIONAR A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN ESTE MOMENTO (Iniciales aquí)**

Me niego expresamente a revelar cualquiera de mis condiciones médicas a las siguientes personas:

| Nombre | Relación |
|--------|----------|
|        |          |
|        |          |
|        |          |

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_