



## Registro del Paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_

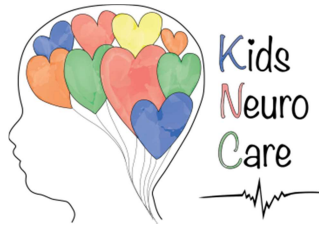
**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la Práctica :** \_\_\_\_\_

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**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

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 al 407-218-4444.

Los doctores y el personal de Kids Neuro Care le dan la bienvenida a nuestra práctica. Nos esforzamos para proveerles un excelente servicio médico nuestro objetivo es hacer sus visitas lo más conveniente posible.

**Al firmar a continuación usted confirma que ha leído, entendido y se compromete a seguir nuestros procedimientos y procesos.**

### Horas de oficina:

Orlando	Lunes – Jueves 8:00 am – 5:00 pm Viernes 7:00 am – 3:00 pm
St. Cloud	Martes – Miércoles 8:00 am – 1:00 pm

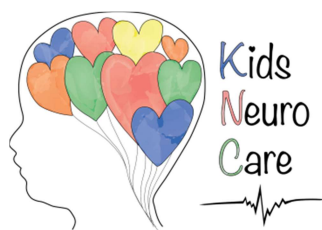
**Consentimiento:** Yo autorizo a Kids Neuro Care proveer el tratamiento necesario para mi hijo(a). Autorizo que se utilice la información para coordinar y manejar la salud de mi hijo(a). Autorizo a Kids Neuro Care a recibir pagos por los servicios prestados.

**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 :** No haremos citas a pacientes que cancelan o no asisten a sus citas excesivamente. Debe notificar a nuestra oficina con 48 horas de anticipación para cancelar o cambiar su cita o los siguientes cargos serán aplicados:

EEG Ambulatorio : \$125.00	Cita de Seguimiento : \$30.00
LTM: \$125.00	EEG: \$75.00.

**Pagos y denegación de Servicios:** Usted sera responsable de pagar por los servicios médicos que su seguro médico no cubra. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina con anticipación si su seguro médico cambia. Además es su responsabilidad obtener referidos/ autorizaciones a través de su médico primario si su seguro médico lo require.



**Pago por Servicios y cheques devueltos:** Deberá pagar cuando venga a su cita su copago o cualquier balance pendiente a menos que haya algún acuerdo antes de su cita. Usted será responsable por los cargos que su seguro médico no cubra.

Usted recibirá una factura si el balance en su cuenta excede \$10.00.

Cualquier balance no pagado que exceda los 90 días está sujeto a que se aplique un 1.5% de interés por mes.

Todo cheque devuelto tendrá un cargo de \$30.00 y los pagos futuros deberán efectuarse en efectivo o con tarjeta de crédito o débito.

**Resultados Médicos:** Los resultados médicos como EEG, laboratorios, MRI y otros resultados pueden ser solicitados en la oficina con una identificación con foto el costo es \$1.00 por página. Las formas solicitadas para ser completadas por el doctor tienen un costo de \$25.00 y las cartas de diagnóstico tienen un costo de \$15.00.

Usted puede completar el relevo médico provisto por Kids Neuro Care para que su registro médico sea enviado a otros médicos, abogado, escuela, etc.

**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 seguimiento programada. Se le dará una receta con suficiente medicamento hasta la próxima cita.

**Seguro Médico:** Entiendo que es mi responsabilidad conocer cuál 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.

Si su seguro médico requiere algún referido de su médico primario es su responsabilidad tener el referido el día de la cita o enviarlo previamente.

**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.

**Conductas no permitidas en nuestra oficina:**

- No presentarse a sus citas sin previa cancelación 3 veces consecutivas.
- No cumplir con el tratamiento recomendado
- Utilizar palabras soeces contra nuestro personal o pacientes.
- Grabar las consultas NO esta permitido.
- Negarse a pagar su balance.

**Estas conductas pueden resultar en la terminación de nuestros servicios al paciente.**

**Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior, no dude en consultarnos.**

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/Encargado:** \_\_\_\_\_

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



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_

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

¿ Cual es la razón de su visita? \_\_\_\_\_

**Historial Médico previo**

Alergias a medicamentos	
Enfermedades o cirugias	
Trauma de la cabeza	
Hospitalizaciones	

**Historial Médico**

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 preocupación acerca del 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 acomodación en la escuela?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Grado actual _____

**Historial 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

**Medicamentos 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

Si el paciente es mayor de 3 año: ¿Con que mano escribe? Izquierda o Derecha.