

PASSAIC SLEEP MEDICINE AND NEUROLOGICAL SERVICES, PC

1114 CLIFTON AVENUE SUITE 4 CLIFTON NJ 07013 •973-928-3288•FAX 973-928-3286•
201 ROUTE 17 NORTH 11TH FLOOR RUTHERFORD, NJ 07070• 201-549-8886•201-549-8849
WWW.PASSAICSLEEPNEURO.COM

Fecha: _____
Apellido: _____ Nombre: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip _____
SS# _____ Fecha De Nac: _____ Empleador: _____
Telefono de Casa: _____ Celular _____ **Se puede Dejar un mensaje en la casa?** _____

Telefono de trabajo: _____
Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Sexo: M F Estado Civil: S C V D O Nombre de Esposo (a) _____

Raza: Hispanic, Other

Idioma: Ingles, Espanol, Otro: _____

Referido por: _____

Medicao Primario: _____ Telefono de Medico Primario# : _____

Deireccion de Medico Primario: _____

Nombre de Farmacia: _____ Telefono Farmacia: _____

INFORMACION DEL SEGURO DE SALUD:

Seguro primario: _____ ID#: _____

Grupo #: _____ Telefono de Compania de Seguro: _____

Nombre de Asegurado: _____ Fecha de Nac: _____ Relacion a paciente: _____

Seguro secundario: _____ ID# _____ Grupo# _____

INFORMACION Y ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS:

Autorizo a Passaic Sleep Medicine and Neurological Services a solicitar beneficios por los servicios cubiertos por ellos o por su orden. Solicitar que el pago de cualquier compania de seguros efectuara directamente a la atencion de Passaic Sleep Medicine and Neurological Services. (o al la parte que acepta la asignacion). Autorizo la revelacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar esta solicitud. Certifico que la informacio que yo he reportado con respecto a la cobertura de seguro es correcta.

Permito la copia de la autorizacion para utilizar en lugar de la original. Esta autorizacion podra ser revocada por mi o por mi compania de seguros en cualquier momento por escrito.

Se me ha dado la oportunidad de leer and.or recibir Passaic Medicina del sueño y neurológicos prácticas de privacidad Aviso servicios.

Signature: _____
Date: _____

PASSAIC SLEEP MEDICINE AND NEUROLOGICAL SERVICES, PC

Cuál es el motivo de su visita? _____

Antecedentes personales: CONDICIONES DEL CÍRCULO tiene o ha tenido

CARRERA / TIA
MIGRAÑA
DECOMISO
PARKINSON
EPOC
COÁGULOS SANGRE
ARTRITIS
CANCER
HIPERTENSIÓN
DIABETES
COLESTEROL ALTO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN
OTROS _____

PROBLEMAS DE MEMORIA
CABEZA INURY
ingresos psiquiátricos
Los problemas de tiroides
REFLUJO
Enfermedad hepática o renal
Enfermedad pulmonar / ASMA
ataque del corazón
ESPONTANEO ABORTO INVOLUNTARIO
Dificultad para dormir
DECOMISO

HISTORIAL QUIRÚRGICO: POR FAVOR CIRUGÍAS lista y las fechas

PRUEBAS ANTERIORES (RM TC EEG pruebas de sueño EMG)

HISTORIA FAMILIAR: CONDICIONES DEL CÍRCULO

Dolor de cabeza / migrañas
CARRERA / TIA
ARTRITIS
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN
HIPERTENSIÓN

CANCER
INCAUTACIÓN / EPILEPSIA
DIABETES
COLESTEROL ALTO

HISTORIA SOCIAL

ALCOHOL Y N Socialmente F Y cuántas bebidas / día? _____

TABACO Y N Y SI _____ PACK / YEARS DAY & _____

Si sale, ¿HACE CUÁNTO TIEMPO _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

Cuestionario del sueño

Paciente Nombre _____

1. Ha cambiado su peso?
 - a. aumentado
 - b. Disminución
 - c. Sin cambios
2. Usted ronca:
 - a. sí
 - b. no
 - c. No sabe
3. El ronquido Loudness
 - a. Fuerte como respirar
 - b. Fuerte como hablar
 - c. Más fuerte que hablar
 - d. Muy alto
4. El ronquido frecuencia
 - a. Casi cada día
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces al mes
 - e. Nunca o casi nunca
5. Su ronquidos molestan a otras personas?
 - a. sí
 - b. No
6. Con qué frecuencia tienen su respiración se detiene aviso sido?
 - a. Casi cada día
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 por semana
 - d. 1-2 por mes
 - e. Nunca o casi nunca
7. Está cansado después de dormir?
 - a. Casi cada día
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces al mes
 - e. Nunca o casi nunca
8. Está cansado durante el tiempo de vigilia?
 - a. Casi cada día
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces al mes
 - e. Nunca o casi nunca
9. Alguna vez has quedado dormido al volante?
 - a. sí
 - b. no
10. Tiene la presión arterial alta?
 - a. sí
 - b. no
 - c. No sabe

Revisión de sistemas: Por favor, háganos saber si usted tiene cualquiera de los siguientes síntomas

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Constitucionales: none> Fiebre> escalofríos> aumento de peso> Pérdida de peso> Fatiga> cambios en el apetito

HEENT:> no> sinusitis> congestión> Visión borrosa> resequedad en los ojos> dolor en los ojos
> Pérdida de audición> timbre / plenitud en los oídos> llagas en la boca> dolor de garganta> ronquera
> Problemas para tragar> masas> sangrado

Cardiovascular:> none> dolor en el pecho / presión> palpitaciones> rápido o irregular latido del corazón> hinchazón en los brazos / piernas> mala circulación

Respiratoria:> ninguno falta> de respiración con y sin esfuerzo> inusual / persistente tos

GI:> none> náusea> vómitos> diarrea> Dolor abdominal> cambios en los hábitos de evacuación de heces alquitranadas> oscuro> Pérdida del control intestinal

GU:> none> pérdida del control vesical> urgencia> aumento de la frecuencia> problemas para empezar micción dolorosa> sangre en la orina

Trastornos musculoesqueléticos:> no> dolor articular> Dolor muscular> inmovilidad o la pérdida de función> cabeza / cuello / dolor de espalda> Dolor al caminar

Tegumentario:> ninguno> masas> erupción> lesiones de la piel> levido reticularis

Psiquiátricos:> none> Ansiedad> Depresión> cambios de humor> hospitalizaciones psiquiátricas
> Los trastornos del sueño

Endocrino:> none> pérdida inusual de peso / ganancia> micción excesiva> sed excesiva
Tolerancia> Pérdida de cabello / ganancia> frío / calor> secreción del pezón> pérdida del deseo sexual o capacidad
> Montaje> dificultad período menstrual cambio / irregularidad

Heme / linfático:> none> sangrado inusual> grumos fácil aparición de moretones> coagulación o la piel

Neurológicos:> Ninguno> dolor de cabeza> náuseas / vómitos> aturdimiento> incauciones> apagones
> Aprobado por desmayó (síncope)> trauma> luces> aumento de la somnolencia
> Dificultad para conciliar el sueño> ronquidos despertar> por la noche

Estado mental> none> confusión> alteración / pérdida de la conciencia
> Dificultad para expresar / entender el habla confusión>> problemas de memoria> cambios de personalidad

CNS:> no> Pérdida de la visión> borrosa / doble visión> adormecimiento / debilidad en la cara> cara caídos> sabor / olor pérdida o cambios> pérdida de audición / timbre> vértigo / mareos> dificultad para tragar
> Dificultad para hablar

Motor:> none> temblor> espasmos atrofia>> Debilidad> calambres (pre / post ejercicio)

Coordinación:> none> inestabilidad dificultades de equilibrio> problemas> torpeza alcanzar objetos

Sensorial:> none> entumecimiento> pesadez> Dolor> hormigueo> caídas con los ojos cerrados o cuando se toma una ducha

Movimiento:> none> dificultad de caminar> cayendo a un lado> sensación de ser empujado cae

Passaic Medicina del Sueño y Servicios Neurológicos, PC

Formulario de Reconocimiento de Responsabilidad Financiera

1. **El pago se espera en el momento de su visita.** Aceptamos dinero en efectivo o cheque. Si el pago es devuelto por el banco, habrá un cargo de \$ 30, el cual se deberá de inmediato en forma de dinero en efectivo solamente. El pago se incluye ningún insatisfecha deducible, co-seguro, co-pago o los gastos no cubiertos por su compañía de seguros. Si no tienen seguro, el pago completo se espera en el momento de su visita. Nosotros pedimos una copia de la tarjeta de seguro y una identificación o licencia. Si no puede, por alguna razón su cita, por favor llame a la oficina para cambiar la hora. De lo contrario, resultará en una visita de \$ 50 Sin cargo Show para una consulta o seguimiento, que se entregará inmediatamente. Si su cita era para una prueba de la cuota de la no presentación será el siguiente: \$ EEG 100, VNG \$ 100, EMG \$ 200.

2. **SEGURO** estamos participando con los proveedores de los planes de seguros varios. Vamos a presentar todas estas reclamaciones de seguros. Por favor, recuerde que el seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros y, finalmente, el paciente es responsable por el pago en su totalidad. Si su compañía de seguros no paga la práctica en un plazo de tiempo razonable, se le cobrará. Si posteriormente recibe el pago de su aseguradora, le devolveremos cualquier pago en exceso para usted. Si su plan requiere una referencia, es su responsabilidad asegurarse de que la referencia está en el archivo. Si la referencia no está en el archivo, el pago completo es debido al tiempo de servicio. Si la referencia es recibida vamos a presentar un reclamo al seguro y hacer los reembolsos necesarios después de recibir el pago de su seguro.

Si nuestros médicos no están listados en la red de su plan, usted puede ser responsable por el pago parcial o total. Esto significa que el asegurador puede enviar el pago directamente a usted y, por tanto, nuestros cargos para su cuidado son debidos en el momento del servicio. Debido a los diferentes productos de seguro muchos por ahí, nuestro personal no puede garantizar su elegibilidad y la cobertura. Asegúrese de consultar con el miembro del departamento de beneficios de su compañía de seguros acerca de los servicios y los médicos antes de su cita. Usted es responsable del pago si su reclamo rechaza por falta de uno. No todos los planes de seguro cubren todos los servicios. En el caso de que su plan de seguro determina que un servicio sea "no cubierto", usted será responsable de la carga completa. El pago es debido tras la recepción de una declaración de nuestra oficina. Todos los procedimientos facturados en esta oficina se consideran cubiertos, a menos limitados por su póliza de seguro específica.

3. **PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD** pago y los créditos se aplican a los cargos más antiguos en primer lugar, a excepción de los pagos de seguros, que se aplican a las fechas correspondientes del servicio.

4. **COMPLETAR LOS FORMULARIOS DE SEGUROS, COPIAR REGISTROS MEDICOS, ETC** requiere tiempo personal de oficina y tiempo lejos de la atención del paciente por nuestros médicos. Se requiere pre-pago para completar los formularios, copiar los registros médicos, o para la transcripción adicional por los médicos. La carga se determina por la longitud y la complejidad de la forma o carta.

5. **Las citas son programadas** cada 15 minutos. Con el fin de mantener el calendario previsto y respetar el tiempo de los pacientes y el médico, si usted llega más de 15 minutos tarde a su cita, puede que tenga que volver a programar dependiendo del horario de la oficina. Le pedimos que si usted sabe que va a llegar tarde por favor llame a la oficina para informarnos y nosotros podemos hacerle saber si usted necesita cambiar la fecha.

Si usted tiene preguntas con respecto a cualquiera de sus estados de cuenta, nuestro personal está disponible para ayudarle.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica y estoy de acuerdo en obligarse por sus términos. También entiendo y estoy de acuerdo en que dichos términos podrán ser modificados por la práctica de vez en cuando.

Firma del paciente (o persona responsable, si es menor de edad) Fecha

Por favor escriba su nombre