



**CHESTER NEUROLOGY, PLLC**  
 14 RYE RIDGE PLAZA, SUITE# 225  
 RYE BROOK, NY 10573

**CHESTER NEUROLOGY, PLLC**  
 984 NORTH BROADWAY SUITE# 305  
 YONKERS, NY 10701

TEL: 914-816-1941  
 FAX: 914-921-1840  
 Web: www.chesterneurology.com  
 Email: md@chesterneurology.com

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

FECHA ACTUAL: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_  
 NÚMERO DE SOCIAL: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombres  mujeres  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TEL: (VERIFICA EL PREFERIDO) \_\_\_\_\_ INICIO  
 \_\_\_\_\_ TRABAJO)  
 \_\_\_\_\_ DE LA CÉLULA

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿ESTÁN AQUÍ PARA A TRABAJAR RELACIONADOS CON LESIONES?  SÍ  NO

¿ES AQUÍ DE UNA REIVINDICACIÓN DE LA CULPA DE NO? (Accidente)  SÍ  NO

¿ESTÁ AQUÍ PARA UNA CONSULTA MÉDICA DE MARIJUANA?  SI  NO

(EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE HABLAR CON EL PERSONAL DE RECEPCIÓN ANTES DE PROCEDERA LA PÁGINA SIGUIENTE)

**INFORMACIÓN DE MÉDICO PRIMARIO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 FAX: \_\_\_\_\_  
 REFERENCIA FUENTE SI NO SEA MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA**

NOMBRE DE LA FARMACIA: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN FARMACIA: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ peso de: \_\_\_\_\_

### ADMISIÓN MÉDICA

QUEJA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos y quirúrgicos : (Por favor circule todo lo que se aplica)

DIABETES	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	HIPERTENSIÓN	STROKE / TIA
EPILEPSIA	LESIÓN CEREBRAL	MIGRAÑAS	DOLOR DE CUELLO
REFLUJO	ASMA	COPD	DEPRESIÓN
NARCOLEPSIA	HIPOTIROIDISMO	ANSIEDAD	OBSTRUCTIVA APNEA DEL SUEÑO
LA FIBRILACIÓN AURICULAR	COLESTEROL ALTO	DOLOR DE ESPALDA	

CIRUGÍAS Y FECHAS: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:	SOLO	SE CASÓ CON	SE DIVORCIARON	SEPARADOS
NIÑOS:	Si	No		
FUMAR:	NUNCA	Dejar de fumar (¿cuánto tiempo?)	CORRIENTE	
ALCOHOL:	NUNCA	SOCIAL	EN OCASIONES	FRECUENTES

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS CON LAS DOSIS Y FRECUENCIA DE

Nombre	Dosis	Frecuencia
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____
8 _____	_____	_____

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**HISTORIA de la familia (por favor marque la condición que sea aplicable en la familia y la relación).**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES DEL CORAZÓN _____      | <input type="checkbox"/> SCLEROSIS MÚLTIPLES        |
| <input type="checkbox"/> HYPERTENSION _____                  | <input type="checkbox"/> DE LUPUS                   |
| <input type="checkbox"/> DIABETES _____                      | <input type="checkbox"/> ARTHRITIS REUMATOIDE       |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto _____               | <input type="checkbox"/> OSTEOARTHRTIS              |
| <input type="checkbox"/> STROKE _____                        | <input type="checkbox"/> LOS COÁGULOS DE SANGRE     |
| <input type="checkbox"/> CÁNCER (ESPECIFICAR) _____          | <input type="checkbox"/> LA ENFERMEDAD DE PARKINSON |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/SEIZURES _____            | <input type="checkbox"/> TREMORS ESENCIAL           |
| <input type="checkbox"/> ALZHEIMERS DEMENCIA _____           | <input type="checkbox"/> NEUROPATHY                 |
| <input type="checkbox"/> MIGRAINES _____                     | <input type="checkbox"/> MÚSCULO DISEASE            |
| <input type="checkbox"/> ADDICTION DE ALCOHOL O DROGAS _____ | <input type="checkbox"/> OTRAS                      |
| <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN/PSYCHOSIS _____           |   |

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS DE**

**Constitucional**  Sin problemas  pérdida de peso  fiebre  fatiga  inapetencia  sudores nocturnos

**Piel:**  Sin problemas  erupción  picar  crecimiento anormal del cabello  bultos bajo la piel

**Ojos:**  Sin problemas  dolor en el ojo  ojo rojo  visión doble  cataratas  disminución de la visión  sensibilidad a la luz  ojos secos

**Oídos:**  Sin problemas  dolor de oído  disminución auditiva  vértigo  pérdida del equilibrio

**Nariz:**  Sin problemas  congestión nasal  dolor sobre senos paranasales  sangrado de nariz  pérdida del sentido del olfato  secreción nasal

**Garganta:**  Sin problemas  garganta  úlceras dentro de la boca  hinchazón de la lengua  dificultad en la deglución  boca seca

**Cuello:**  Sin problemas  bultos en cuello  ganglios dolorosos en el cuello  dolor en el cuello que da vuelta  rígido cuello

**Corazón:**  Sin problemas  dolor en el pecho  opresión en el pecho  palpitaciones

**Los pulmones:**  Sin problemas  tos  excesivo ronquido  sibilancias  asma  congestión del pecho  dificultad respiratoria

**Abdomen:**  Sin problemas  náuseas  vómito  dolor Abdominal  diarrea  sangre en las heces  estreñimiento

**Músculo-esquelético:**  Sin problemas  conjunto de dolores  rigidez matinal  conjunto hinchazón  dolor de cuello lumbalgia  Dolor en las manos  músculo espasmo

**Sistema urinario:**  Sin problemas  dificultad en orinar  ardor en la micción  frecuentes ganas de orinar  incontinencia  Sangre en la orina  piedras en el riñón

**Hematológicas:**  Sin problemas  Anemia  hematomas  hemorragias nasales frecuentes  coágulos de sangre

**Neurológica:**  Sin problemas  vértigo  desmayo  crisis  debilidad  entumecimiento  Tingling  temblores  dolores de cabeza  Cae  marcha inestable  torpeza de manos  Slurred discurso  pérdida de discurso  confusión  pies ardientes  migraña

**Psiquiátricos:** Sin problemas  depresión  falta de concentración  ansiedad  mala memoria  alucinaciones  Paranoia  Pensamientos suicidas  ataques de pánico

**Endocrino:**  Sin problemas  intolerancia al frío  intolerancia al calor  sed creciente

**Alergia / inmuno:**  Sin problemas  fiebre del heno  Eczema  VIH

**Vascular:**  Sin problemas  dolor de la pierna al caminar  úlceras de la pierna  varices  coágulos de sangre  hinchazón de las piernas

10 RYE RIDGE PLAZA STE 105  
RYE BROOK, NY 10573

CHESTER NEUROLOGY, PLLC

984 NORTH BROADWAY STE 305  
YONKERS, NY 10701

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR Y *DIVULGAR* LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED Y CÓMO *PUEDE* OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR, REVÍSALO CUIDADOSAMENTE.

Usos y divulgaciones

**Tratamiento.** Su información de salud puede ser utilizada por miembros del personal de Chester neurología, PLLC o divulgada a otros profesionales de la salud con el propósito de evaluar su salud, diagnosticar condiciones médicas y proporcionar tratamiento. Por ejemplo, los resultados de las pruebas y procedimientos de laboratorio estarán disponibles en su expediente médico para todos los profesionales que pueden proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados.

**Pago.** Su información de salud puede ser utilizada para buscar el pago de su plan de salud, de otras fuentes de cobertura, como una aseguradora de automóviles, o de compañías de tarjetas de crédito que usted puede utilizar para pagar por los servicios. Por ejemplo, su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de los servicios, los servicios proporcionados y la condición médica que se está tratando.

**Operaciones de atención médica.** Su información de salud se puede utilizar según sea necesario para apoyar las actividades diarias en Chester Neurólogo, PLLC. Por ejemplo, la información sobre los servicios que recibidos pueden utilizarse para apoyar la presupuestarian y la presentación de informes financieros, y las actividades para evaluar y promover la calidad. Además, podemos eliminar cualquier información que lo identifique de su expediente médico con el propósito de investigación / estudio y esto se puede hacer sin saber quién es usted.

**Aplicación de la ley.** Su información de salud puede ser revelada a las agencias de aplicación de la ley para apoyar auditorías e inspecciones del gobierno, para facilitar investigaciones de aplicación de la ley, y para cumplir con los informes de mandato del gobierno.

**Informes de salud pública.** Su información de salud puede ser revelada a las agencias de salud pública según lo requiera la ley. Por ejemplo, estamos obligados a informar de ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud pública del estado.

**Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización.** La divulgación de su información de salud o su uso para cualquier propósito que no sea el mencionado anteriormente requiere su autorización específica por escrito. Si cambia de opinión después de autorizar un uso o divulgación de su información, puede enviar una revocación por escrito de la autorización. Sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni desahoga ningún uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de *nos* notificó su decisión de revocar su autorización.

**Usos adicionales de la información.**

**Recordatorios de citas.** Su información de salud será utilizada por nuestro personal para enviarle recordatorios de citas.

**Información sobre tratamientos.** Su información de salud puede ser utilizada para enviarle información que puede encontrar interesante sobre el tratamiento y manejo de su condición médica. También podemos enviarle información que describa otros productos y servicios relacionados que creemos que pueden interesarle.

**Derechos individuales**

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Estos incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información médica protegida.
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y tratamiento.
- El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- El derecho a recibir una contabilidad de cómo y a quién se ha divulgado su información médica protegida.
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

**Derecho a revisar las prácticas de privacidad.**

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar o modificar nuestras políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales. Bajo petición, le proporcionaremos el aviso revisado más recientemente en cualquier visita a la oficina. Las políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información sanitaria protegida que mantengamos.

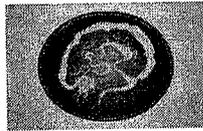
**Solicitud de inspección de información sanitaria protegida.**

Por lo general, puede inspeccionar o copiar la información de salud protegida que mantenemos. Según lo permitido por la regulación federal, requerimos que la solicitud de inspección o copia de información de salud protegida se envíe por escrito. Su solicitud será revisada y generalmente será aprobada a menos que haya razones legales, financieras o médicas para denegar la solicitud.

Yo, \_\_\_\_\_ reconozco que he recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" por HIPAA. Este aviso describe cómo el Dr. Roshni Kamani y el personal de Chester Neurólogo, PLLC pueden usar y divulgar mi salud protegida información, ciertas restricciones en el uso, divulgación de mi información de salud y derechos que pueda tener con respecto a mi información médica protegida.

X \_\_\_\_\_ (signature of patient)

\_\_\_\_\_ (date)



**CHESTER NEUROLOGY, PLLC**  
10 RYE RIDGE PLAZA, SUITE# 105  
RYE BROOK, NY 10573

**CHESTER NEUROLOGY, PLLC**  
984 NORTH BROADWAY SUITE# 305  
YONKERS, NY 10701

TEL: 914-816-1941  
FAX: 914-921-1840  
Web: [www.chesterneurology.com](http://www.chesterneurology.com)  
Email: [md@chesterneurology.com](mailto:md@chesterneurology.com)

**Responsabilidad financiera  
Acuerdo de pago**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Acepto financiera completa responsabilidad de Chester Neurology, PLLC, debería mi compañía de seguros negar pagar por una totalidad o una parte de la visita. Entiendo que se me pedirá que pague por estos servicios EN COMPLETO.

**Firma de paciente o representante legalmente autorizado:**

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

**Política de Nombramiento y Cancelación Perdida**

Si no puedo mantener mi cita programada, le daré al menos un aviso de 24 horas de anticipación para asegurarse de que no se me cobrará por la cita (\$25 por falta y/o cita cancelada en 24 horas).

**Por mi firma a continuación acepto estas políticas.**

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