



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:	Sí	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
Email: 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:** _____