



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. – Ramit Panara, M.D.

Lake Mary 755 Stirling Center Place Lake Mary, FL 32746 (407) 333-1718	Orange City 2445 S. Volusia Ave. Suite C-3 Orange City, FL 32763 (386) 218-6867	Tavares 2710 Dora Ave. Tavares, FL 32778 (352) 508-5076
--	---	---

FECHA DE HOY: _____ MASCULINO / FEMENINO: (POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ # SEGURO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO/MAIL: _____

ESTADO CIVIL: ____ SOTERO(A) ____ CASADO(A) ____ DIVORCIDO(A) ____ SEPARADO(A) ____ VIUDO(A)

NÚMERO DE HIJOS: _____

EMPLEADO(A): SÍ/NO NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

EDUCACIÓN NIVEL MÁS ALTO COMPLETADO: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TRABAJO: _____

TELÉFONO DE CELULAR: _____

RAZA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

IDIOMA(S) HABLADO(S): _____

NOMBRE DE SU FARMACIA: _____ TELÉFONO DE FARMACIA: _____

DIRECCIÓN DE LA FARMACIA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO REFIRIENDO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO REFIRIENDO: _____

¿VISITA ESTÁ RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ / NO (PORFAVOR MARQUE UNO)

¿VISITA ESTÁ RELACIONADA CON UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN LABORAL? SÍ / NO (POR FAVOR, MARQUE CON UN CÍRCULO)



Florida Neurology, P.A.

EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

NOMBRE: _____

NÚMERO DE CONTACTO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL:

POR FAVOR, INDIQUE CÓMO DESEA QUE NUESTRA OFICINA SE PONGA EN CONTACTO CON USTED.

Hogar Trabajo Celular Correo Correo Electrónico

Está bien dejar un mensaje con información detallada.

Deje un mensaje solo con un número de devolución de llamada.

SI DESEA DIVULGAR SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL A OTRA PERSONA, INDÍQUELO A CONTINUACIÓN. SOLO USTED Y ESTA PERSONA PODRÁN TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN ESCRITA O VERBAL.

NOMBRE: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO:

POR LA PRESENTE AUTORIZO A FLORIDA NEUROLOGY, P.A. A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. AUTORIZO QUE LOS PAGOS POR DICHOS SERVICIOS SE REALICEN DIRECTAMENTE A FLORIDA NEUROLOGY, P.A. TAMBIÉN ENTIENDO QUE EN EL CASO DE QUE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS NO PAGUE POR LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS, SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. - Ramit Panara, M.D.

MÉDICOS CERTIFICADOS POR LA JUNTA

INFORMACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

¿Tiene o ALGUNA VEZ ha tenido alguno de los siguientes? (Marque y especifique todo lo que corresponda)

- Diabetes mellitus Marcapasos/desfibrilador Pérdida de peso
- Presión arterial alta Enfermedad cardíaca congestiva Problemas de próstata
- Colesterol alto Coágulos de sangre/émbolos Problemas con el cuenco o la vejiga
- Cáncer _____ Trastorno del sueño Anemia
- Enfermedad cardíaca Enfermedad de Parkinson Hernia
- Accidente cerebrovascular / AIT Hiper / Hipotiroidismo Artritis
- Infarto Enfermedad pulmonar Vértigo
- Enfermedad de las arterias coronarias / angina Problemas emocionales / psicológicos
- Otras enfermedades médicas no enumeradas:

Consumo de tabaco: Actual Pasado Nunca

Comenzó la edad _____ La edad de dejar de fumar _____ Cantidad por día _____

Consumo de alcohol: Actual Pasado Nunca

Frecuencia _____ Uso de cerveza, vino, licor: _____

Abuso de sustancias: Actual Pasado Nunca

Por favor, enumere todas las cirugías ANTERIORES.
Año incluido:

Enumere TODOS los médicos asociados con su cuidado:



Florida Neurology, P.A.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

PORFAVOR HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

PORFAVOR INDIQUE LA DOSIS Y LA FRECUENCIA DE CONSUMO:

8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

PORFAVOR ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

PORFAVOR ENUMERE TODOS LOS ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

MIEMBRO DE LA FAMILIA: (Madre, Padre, Hermano, etc.)

Condición (edad fallecida(o) si corresponde):

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ |



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. - Ramit Panara, M.

MÉDICOS CERTIFICADOS POR LA JUNTA

ACUERDO FINANCIERO

POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES EN TODAS LAS VIÑETAS

- _____ AUTORIZO A FLORIDA NEUROLOGY, P.A. A DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. AUTORIZO QUE LOS PAGOS POR DICHOS SERVICIOS SE REALICEN DIRECTAMENTE A FLORIDA NEUROLOGY, P.A.
- _____ ACEPTO QUE, SI MI COMPAÑÍA DE SEGUROS NO PAGA POR LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS, YO SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DEL PAGO.
- _____ ACEPTO PAGAR SI PIERDO UNA CITA Y/O NO DOY UN AVISO CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN, ACEPTO PAGAR \$75.00 POR UNA CITA EN LA OFICINA Y \$100 POR CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO.
- _____ ACEPTO QUE CUALQUIER SERVICIO PROPORCIONADO POR FLORIDA NEUROLOGY, P.A. PUEDE SER ENTREGADO A UNA AGENCIA DE COBRO POR FALTA DE PAGO; TAMBIÉN SOY RESPONSABLE DEL MONTO TOTAL MÁS CUALQUIER TARIFA ADICIONAL A FLORIDA NEUROLOGY, P.A.
- _____ ACEPTO PAGAR EL COPAGO/DEDUCIBLE/PARTE DEL COSTO EN EL MOMENTO DE LA CITA ANTES DE QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS.

Al firmar con su nombre a continuación, usted reconoce que ha leído y comprende completamente la información contenida en este documento y, por lo tanto, acepta los términos del Acuerdo financiero.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

FECHA

IMPRIME EL NOMBRE DEL PACIENTE / GARANTE

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN AL 407.333.1718 GRACIAS.



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. - Ramit Panara, M

MÉDICOS CERTIFICADOS POR LA JUNTA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Apellido del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer del Paciente: _____ # Seguro Social: _____

Solicito y autorizo: _____ para divulgar la información de atención médica del paciente mencionado(a) con anterioridad a:

FLORIDA NEUROLOGY, P.A.

2445 S. Volusia Avenue, Ste. C-3

City: Orange City State: FL Zip Code: 32763

Office Phone: 386-218-6867

Fax: 386-218-6870

Esta solicitud y autorización se aplican a:

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fechas: _____

Historia Clínica Completa: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha de firma: _____

Representante Autorizado: _____ Fecha de firma: _____

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA 1 AÑO DESPUÉS DE FIRMADA.



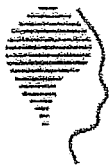
FLORIDA NEUROLOGY, P.A.

Depression Screening

Please answer the questions below:

1. Are you basically satisfied with your life?	Yes	No
2. Are you in good spirits most of the time?	Yes	No
3. Do you prefer to stay home, rather than going out doing new things?	Yes	No
4. Do you feel your situation is hopeless?	Yes	No
5. Have you dropped many of your activities and interests?	Yes	No
6. Are you afraid that something bad will happen to you?	Yes	No
7. Do you feel you have more problems with memory than most?	Yes	No
8. Do you think most people are better off than you?	Yes	No
9. Do you feel that your life is empty?	Yes	No
10. Do you feel happy most of the time?	Yes	No
11. Do you think it is wonderful to be alive now?	Yes	No
12. Do you feel full of energy?	Yes	No
13. Do you often get bored?	Yes	No
14. Do you often feel helpless?	Yes	No
15. Do you feel worthless the way you are now?	Yes	No

Screening Score:



FLORIDA NEUROLOGY, P.A.

2445 S. Volusia Avenue Ste. C-3
Orange City, FL 32763
Phone: 386-218-6867

Nombre: _____

Altura peso: _____

Edad: _____ Hombre/Mujer: _____

Cuestionario de apnea del sueño STOP-BANG

Chung F et al Anesthesiology 2008 y BJA 2012

PARAR		
¿RONCA fuerte (más fuerte que hablar o lo suficientemente fuerte como para ser escuchado a través de puertas cerradas)?	SÍ (+1)	No
¿Se siente frecuentemente CANSADO, fatigado o con sueño durante el día?	SÍ (+1)	No
¿Alguien ha OBSERVADO que usted deja de respirar mientras duerme?	SÍ (+1)	No
¿Tiene o está siendo tratado por PRESIÓN arterial alta?	SÍ (+1)	No

BANG (IECG)		
¿IMC superior a 35 kg/m ² ?	SÍ (+1)	No
¿EDAD mayor de 50 años?	SÍ (+1)	No
¿Circunferencia del CUELLO > 16 pulgadas (40 cm)?	SÍ (+1)	No
¿Género masculino?	SÍ (+1)	No

PUNTAJE TOTAL

Alto riesgo de AOS: Sí 5 – 8

Riesgo intermedio de AOS: Sí 3 – 4

Bajo riesgo de AOS: Sí 0 – 2



Aviso de Políticas de Privacidad de Florida Neurology, P.A.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISAR CUIDADOSAMENTE.

Introducción:

En **FLORIDA NEUROLOGY, P.A.**, estamos comprometidos a tratar y utilizar de manera responsable su información de salud protegida. Este aviso de Prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este aviso es efectivo y se aplica a toda la información de salud protegida según lo definen las regulaciones federales.

Comprensión de su registro/información de salud:

Cada vez que visita **FLORIDA NEUROLOGY, P.A.**, se realiza un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes para atención o tratamiento futuro. Esta información, a menudo denominada su historial médico o de salud, sirve como:

- Base para planificar su atención y tratamiento,
- Medios de comunicación entre los profesionales de la salud que contribuyen a su atención,
- Documento legal que describe la atención que recibió,
- Medios por los cuales usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados fueron proporcionados,
- Una herramienta para educar a los profesionales de la salud,
- Una fuente de datos para la investigación médica,
- Una fuente de información para los funcionarios de salud pública,
- Una fuente de datos para la planificación y el marketing,
- Una herramienta que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y el resultado que logramos.

Comprender lo que hay en su registro y cómo se utiliza su información le ayuda a: garantizar su exactitud, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud y tomar decisiones informadas al autorizar la divulgación a otros.



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. – Ramit Panara, M.D.

Formulario de Consentimiento para Nuevos Pacientes

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Como paciente de nuestra práctica, de vez en cuando es posible que necesitemos comunicarnos con usted o con los médicos involucrados en su atención cuando no se encuentre en el consultorio. Para preservar su privacidad, nos gustaría que nos indicara su método preferido para que le comuniquemos información y le solicitemos permiso para comunicarnos con sus médicos. Si no hay nadie disponible para contestar su teléfono, necesitamos su permiso para dejar información médica sobre su atención. No dejaremos un mensaje detallado sobre información médica si su nombre o número de teléfono no están en su mensaje grabado para identificar su residencia. Sin un permiso específico, no divulgaremos su información médica a otra persona. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Indique el nombre completo y la relación de las personas con las que nos autoriza a hablar sobre su atención (es decir, cónyuge, padre, hermano, etc.). Al reconocer su firma, autorizo a Florida Neurology, P.A. poner a disposición de todos los médicos involucrados en mi atención, familiares y amigos mencionados anteriormente la información médica necesaria. Asumo la responsabilidad de informar a la práctica sobre cambios en mi(s) número(s) de teléfono o preferencia.

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN DEL SEGURO:

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo ante mi compañía de seguros y asignar los beneficios que de otro modo serían pagaderos a mí a Florida Neurology P.A. Autorizo a Florida Neurology P.A. divulgar cualquier información médica solicitada por mi compañía de seguro médico o cualquier otro tercero necesaria para cualquier consideración de reclamo, así como para obtener cualquier información relacionada con la cobertura y los pagos bajo mi póliza de seguro. Si no tengo seguro médico, se requiere el pago de la visita al momento del servicio. Los servicios adicionales me serán facturados. Después de 120 días, su cuenta será remitida a nuestra agencia de cobranza si queda un saldo personal sin un acuerdo de pago. Servicios que no son de emergencia proporcionados sin autorización de remisión: Entiendo que debo obtener una remisión para servicios que no son de emergencia de mi médico de atención primaria antes de cualquier cita en Florida Neurology P.A. Soy responsable de todos los deducibles, coseguros y servicios no cubiertos. Entiendo que si esta oficina no participa en mi plan de seguro, soy responsable del pago de cualquier saldo no cubierto por la compañía de seguros no participante.



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. – Ramit Panara, M.D.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en su expediente médico, todos los empleados, personal y demás personal de Florida Neurology, P.A. quienes puedan necesitar acceso a su información deben cumplir con el Aviso de Prácticas de Privacidad. Todas las subsidiarias, socios comerciales (por ejemplo, servicios de facturación), sitios y ubicaciones de esta práctica pueden compartir información médica para tratamientos, fines de pago u operaciones de atención médica descritas en el Aviso. Excepto cuando se trate de tratamiento, solo se compartirá la información mínima necesaria para realizar la tarea. Su proveedor de atención médica debe darle un aviso que le indique cómo puede usar y compartir su información de salud y cómo puede ejercer sus derechos de privacidad de salud. El proveedor no puede utilizar ni divulgar información de ninguna manera que no sea coherente con su aviso. La ley exige que su médico indique por escrito que recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad.

POLÍTICA DE CITA FALTA:

Todos los pacientes deben avisar con al menos 24 horas de antelación al cancelar una cita de consulta en el consultorio y con 72 horas de antelación al cancelar un procedimiento de EMG, EEG o Botox. Una cita perdida se define como cualquier cita para la cual un paciente no llega según lo programado ("No se presenta") o se cancela dentro del aviso mínimo mencionado anteriormente (cancelación el mismo día). El cargo estándar por todas las citas perdidas en el consultorio es de \$75.00 y de \$100.00 para todos los demás procedimientos. Los pacientes con seguro, distinto a Medicare y Medicaid, que estén en peligro de ser despedidos, tienen la opción de pagar un depósito de \$100.00 que les será reembolsado si se presentan a su cita a tiempo; de lo contrario, el depósito no será reembolsable.

ASIGNACIONES DE BENEFICIOS:

Yo y/o mi(s) compañía(s) de seguros aceptamos pagar puntualmente por los servicios de atención médica brindados. Autorizo el pago directamente a FLORIDA NEUROLOGY, P.A. y todos los beneficios pagaderos.



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. – Ramit Panara, M.D.

FINANCIAL RESPONSIBILITY:

En consideración por los servicios de telesalud que se me brindan, acepto pagar los cargos no cubiertos por ningún asegurador o tercero pagador, incluidos los deducibles o copagos, o cualquier cargo no cubierto por mi plan y/o como resultado de mi falta de notificación u obtención de autorización previa para el tratamiento según lo exige cualquier asegurador o tercero pagador a Florida Neurology P.A. En caso de que mi cuenta sea remitida para cobro, acepto pagar a Florida Neurology P. A. honorarios razonables de abogados y gastos de cobro.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____

Nombre del Representante personal del Paciente: _____

Firma del Representante Personal: _____

Fecha: _____



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. - Ramit Panara, M.D.

Sus Derechos de Información de Salud:

Aunque su registro médico es propiedad física de FLORIDA NEUROLOGY, P.A., la información le pertenece a usted. Tienes derecho a:

- Obtener una copia impresa de esta información práctica cuando la solicite,
- Inspeccionar y copiar sus registros médicos según lo dispuesto en 45 CFR 164.524,
- Modificar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.528,
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud según lo dispuesto en 45 CFR 164.528,
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o ubicaciones alternativas,
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información proporcionada por 45 CFR 164.522, y
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Nuestras responsabilidades:

FLORIDA NEUROLOGY P.A. está obligado a:

- Mantener la privacidad de su información de salud,
- Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted,
- Cumplir con los términos de este aviso,
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada, y
- Atender las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información sobre calor por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, le enviaremos por correo un aviso revisado a la dirección que nos haya proporcionado o, si está de acuerdo, le enviaremos el aviso revisado por correo electrónico. No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización.



Florida Neurology, P.A.

Sampathkumar Shanmugham, M.D. - Nitesh Shekhadia, M.D. - Ramit Panara, M.D

RECIBO DE RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Yo, _____ (Nombre del paciente) por la presente afirmo que he recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad de FLORIDA NEUROLOGY, P.A.** Según la ley federal 104-191, también conocida como HIPPA, tengo derecho a recibir una copia de este Aviso de mi proveedor de atención médica. Entiendo que mi firma en este Acuse de recibo solo significa que he recibido una copia del Aviso y no me vincula ni me obliga legalmente de ninguna manera. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de mi proveedor de atención médica, ya sea que firme un Reconocimiento o no.

Nombre del paciente: _____

Firma del Paciente o Representante Personal: _____

Nombre del Paciente o Representante Personal: _____

Fecha: _____

Descripción de la autoridad del Representante Personal (si corresponde):
