

Formulario de Inscripción

Fecha: ____ / ____ / ____

Eres un nuevo paciente: Sí No

Nombre del Médico: _____ Médico de Referencia: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor escriba)

Nombre: (Primero / Medio / Último) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono móvil: _____

Seguridad Social #: _____ Sexo del paciente: M H

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor marque:

Raza: Alaskan Nativo Americano Indio Asiático Afro-Americano Hispano o Latino Indio Blanco

Idioma: Chino Inglés Francés Alemán Italiano Japonés Somalí Español Vietnamitae Otro

Etnia: Hispano o Latino No hispano o latino

Dirección de correo electrónico: _____

Preferencia de Contacto: casa# _____ móvil# _____ día# _____

Nombre del Garante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Garante (si es diferente): _____

Ciudad, Estado Código postal: _____

Proveedor de seguros: _____ Nombre del asegurado: _____

Group Name: _____ Policy#: _____ Group#: _____

En caso de emergencia (Alguien con un número de teléfono distinto)

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono#: _____ Teléfono alternativo#: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022

Autorización de Uso y Divulgación del Paciente de Información de Salud Protegida

1. Al firmar esta Autorización, autorizo a **Advanced Neurology & Sleep** a revelar información de salud protegida a las siguientes personas con el propósito de mantenerlas informadas sobre mi condición y tratamiento, y entiendo que estas revelaciones son adicionales a las revelaciones descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad:

Nombre: _____ Relación: _____

Método de comunicación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Método de comunicación: _____

2. ¿Podemos comunicarnos con usted con respecto a su información médica protegida, su estado de salud, citas y resultados de las pruebas?

Sí, puede ponerse en contacto conmigo por correo electrónico, mi dirección es: _____

No, no me contacte por correo electrónico para este propósito.

Sí, puede ponerse en contacto conmigo por teléfono, mis números de teléfono diurnos son:

(_____) _____ (_____) _____

¿Podemos dejar un mensaje con respecto a su información de salud protegida en los números que proporcionó anteriormente? Sí No No, no me contacte por teléfono para este propósito.

3. ¿Podemos enviarle boletines y otra información de marketing por correo electrónico?

Sí, utilice la siguiente dirección de correo electrónico: _____

No, no quiero recibir boletines u otra información de marketing.

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización para recibir tratamiento y la revocación de cualquier autorización no afectará mi capacidad de continuar recibiendo el tratamiento.

Entiendo que una vez que mi información de salud sea revelada a un tercero, esa parte puede revelar mi información a otras partes y cualquier re-divulgación de mi información de salud por parte de un tercero puede no estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Entiendo que la información de salud protegida puede incluir información relacionada con trastornos psicológicos o psiquiátricos, abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes o infección por VIH.

Entiendo que esta Autorización permanecerá en vigor hasta que termine por escrito como paciente de esta práctica o hasta que

presentar una solicitud por escrito para revocar esta Autorización a la siguiente dirección o enviar un correo electrónico a la dirección al final de esta Autorización. Sin embargo, cualquier revelación que ocurrió antes de la fecha de la revocación no será afectada.

Entiendo que no se puede divulgar información médica protegida (que no sea la descrita en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y en el Aviso de Prácticas de Privacidad, una copia de la cual he recibido) a cualquier persona, incluidos esposos, padres, otra familia miembros, amigos significativos o amigos sin esta autorización.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente impreso: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Representante del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del representante del paciente: _____ Relación: _____

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022

Información del Paciente

Louise Y. (Lucy) Ledbetter, MD, MBA

Laura J. Roberts, ACNP-BC | Amanda Goke, MSN, FNP-C | Erika Crowell, MSN, FNP-BC

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO: Yo, el abajo firmante, por la presente consiento a cualquier tratamiento médico que se me dé bajo las instrucciones generales y especiales del proveedor de atención médica a cargo. En el caso de que un empleado se exponga accidentalmente a mi sangre / fluidos corporales, por la presente consiento a las pruebas de mi sangre según lo considere necesario el proveedor de atención médica. También reconozco que el proveedor de atención médica no puede hacer ninguna garantía o garantía de ningún tratamiento o servicio prestado.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente autorizo el pago directamente a **Advanced Neurology & Sleep** los beneficios de seguro debidos por cualquier tratamiento del servicio prestado. Entiendo que al facturar a la compañía de seguros, se puede usar un diagnóstico que se considera información confidencial.

ACUERDO FINANCIERO: Entiendo que el pago de los servicios médicos en esta oficina para mis dependientes o para mí mismo es debida y pagadera en el momento en que se prestan servicios a menos que se hayan hecho otros arreglos. Los servicios no cubiertos por mi plan de seguro son mi responsabilidad. Es mi responsabilidad entender mis beneficios de seguro de salud y lo que no está cubierto.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA: Autorizo a la práctica a divulgar mi información médica con el propósito de proporcionar, coordinar o administrar servicios de atención de salud y servicios relacionados. Autorizo a la práctica a divulgar mi información médica para obtener el pago por los servicios que me han proporcionado.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: El aviso de privacidad describe formas en las que podemos usar y divulgar información médica. El aviso también describe mis derechos y obligaciones legales con respecto a mi información médica. Mi firma abajo reconoce que me han dado una copia del aviso de privacidad de **Advanced Neurology & Sleep**.

PACIENTES DE MEDICARE / TENNCARE / CHAMPUS: Si soy un paciente de Medicare, TennCare o Champus, certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo la Ley del Seguro Social es correcta.

POLÍTICA DE VERIFICACIÓN DE DEVOLUCIÓN: Entiendo que se me cobrará un cargo de \$25.00 por los cheques devueltos.

Nombre del Paciente Impreso: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022

Nuevo Paciente

Louise Y. (Lucy) Ledbetter, MD, MBA

Laura J. Roberts, ACNP-BC | Amanda Goke, MSN, FNP-C | Erika Crowell, MSN, FNP-BC

Por favor, rellene las páginas 1-5

FORMAS DE ENCUENTRO DE ENFERMERÍA

Nombre legal completo: _____ Día de la cita: _____
First Middle Last

Con cuál mano escribes? Derecha Izquierda Raza: _____

Masculino Hembra Años: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de Referencia: _____

Médico de Atención Primaria: _____

QUEJA PRINCIPAL

¿Cuál es su razón para ver al Doctor?: _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Cuánto tiempo ha tenido síntomas?: _____

¿Los síntomas son: Peor Mejor Mismo: _____

¿Ha tenido estos síntomas antes?: _____

¿Qué hace que los síntomas mejor?: _____

¿Qué empeora los síntomas?: _____

¿Ha visto a otro médico para estos síntomas? Sí No Si es así, ¿quién?: _____

¿Se le recetaron medicamentos? Sí No En caso afirmativo, ¿qué ? : _____

MEDICAMENTOS ACTUALES POR FAVOR, ENTREGA LAS MEDICAMENTOS ADICIONALES EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA

Farmacia: _____

Medicación	Dosis	Frecuencia

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022

Historia del Paciente

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Medicación	Reacción	Medicación	Reacción
1. _____	_____	3. _____	_____
2. _____	_____	4. _____	_____

HISTORIA MÉDICA PASADA

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Alergia / fiebre del heno | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Anemia / Bajo conteo de sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática |
| <input type="checkbox"/> Arritmias (latido irregular del corazón) | <input type="checkbox"/> Pérdida de consciencia |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la columna lumbar / Dolor lumbar |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Accidente de automóvil con lesiones | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Menstrual / Disfunción sexual |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Lesión de espalda | <input type="checkbox"/> Murmullo |
| <input type="checkbox"/> Tipo de cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Lesión del cuello |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la columna cervical / problemas de cuello | <input type="checkbox"/> Neuromuscular (enfermedad de los músculos) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Circulación | <input type="checkbox"/> Daño nervioso (enfermedad de los nervios) |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> La enfermedad de úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> El consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal / renal |
| <input type="checkbox"/> Anomalías hormonales | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Enfisema / Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Genital / Enfermedad urinaria | <input type="checkbox"/> De fumar |
| <input type="checkbox"/> Lesión craneal | <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Trazo (síntomas: _____) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza / tensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | |

Por favor indique cualquier otra condición por la cual ha sido tratado: _____

SOLO MUJERES: ¿Fecha de la última menstruación? _____ Are you pregnant? Sí No

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022

Historia del Paciente

CIRUGIAS PREVIAS O HOSPITALIZACIONES

CIRUGÍA	FECHA	CIRUGÍA	FECHA
<input type="checkbox"/> Apendicectomía / Apendicitis	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía del cuello	_____
<input type="checkbox"/> Amputación	_____	<input type="checkbox"/> Marcapasos instalado	_____
<input type="checkbox"/> Artroscopia / Cirugía de rodilla <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> izquierda	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía de próstata	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de espalda	_____	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía	_____
<input type="checkbox"/> Aneurisma Cerebral	_____	<input type="checkbox"/> Ligadura de trompas	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía cerebral	_____	<input type="checkbox"/> Úlcera	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca abierta	_____	<input type="checkbox"/> Vasectomía	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía del túnel carpiano <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> izquierda	_____	<input type="checkbox"/> Other: _____	_____
<input type="checkbox"/> Carotidendarterectomy <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> izquierda (Arteria bloqueada en el cuello)	_____		
<input type="checkbox"/> Catarata / Cirugía ocular <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> izquierda	_____		
<input type="checkbox"/> Cesárea	_____		
<input type="checkbox"/> Colectomía / Vesícula biliar	_____		
<input type="checkbox"/> Hemorroidectomía	_____		
<input type="checkbox"/> Reparación de hernia <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> izquierda <input type="checkbox"/> ingle <input type="checkbox"/> estómago / ombligo	_____		
<input type="checkbox"/> Histerectomía	_____		
<input type="checkbox"/> Laparoscopia - Abdomen	_____		
<input type="checkbox"/> Mastectomía (cirugía de mama) <input type="checkbox"/> derecho <input type="checkbox"/> izquierda	_____		

HISTORIA SOCIAL

¿Eres fumador? Sí No ¿Cuántos paquetes al día? _____ ¿Cuánto tiempo ha fumado? _____
Have you ever smoked? Sí No ¿Por cuanto tiempo? _____ ¿Cuándo renunció? _____
¿Bebes alcohol? Sí No ¿Cuánto cuesta? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Type? _____
¿Ha utilizado drogas callejeras? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo?
 Marijuana Heroin Cocaine IV Drogas
¿Todavía usa drogas callejeras? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
¿Cuánto tiempo pasaste en la escuela? _____ Ocupación / trabajo? _____
¿Numero de niños? _____ ¿Quién vive en su hogar? _____

Historia del Paciente

HISTORIA FAMILIAR

Por favor marque la respuesta apropiada

- Madre Viviendo? Yes No
¿Saludable? Yes No
¿Padre Viviendo? Yes No
¿Saludable? Yes No
Hermanos Vivos? Yes No
¿Saludable? Yes No
Hermanas viviendo? Yes No
¿Saludable? Yes No

Si alguno de sus familiares inmediatos ha fallecido, por favor indique la edad y la causa de la muerte.

Enumere cualquier otra enfermedad o enfermedad que corra En su familia:

¿Alguien en su familia tiene alguna de las siguientes condiciones? Si es así, marque la casilla y el miembro de la familia de la lista (madre, padre, hermana, hermano, etc.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante _____ | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea _____ |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma Cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____ |
| <input type="checkbox"/> Tumores cerebrales _____ | <input type="checkbox"/> Migraña _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Manos o pies enfermos _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Carrera _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

REVISIÓN DE SISTEMAS - NEUROLÓGICO

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas que aún no ha explicado?

Marque "No" si no es aplicable o rodee el síntoma apropiado, marque "Sí" y explique si es necesario.

Sí No

Síntomas Generales

Fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, pérdida de apetito
Pérdida de peso o aumento de peso

Ojos

Visión borrosa o doble, dolor ocular, ceguera

Orejas, Nariz, Garganta, Boca

Infección del oído, dolor de garganta, problema de los senos paranasales; vértigo / sensación de hilitura; problemas con el gusto u olor

Respiratorio

Sibilancias, tos, dificultad para respirar,
Tos con sangre o esputo

Cardiovascular

Dolores en el pecho, soplos cardíacos,
corazón que compite con, ritmo irregular

Explique Cualquiera Sí Respuestas:

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022

Historia del Paciente

REVISIÓN DE SISTEMAS - NEUROLÓGICO (continuación)

¿Tiene alguno de los siguientes síntomas que aún no ha explicado?

Marque "No" si no es aplicable o rodee el síntoma apropiado, marque "Sí" y explique si es necesario

Sí No

Gastrointestinal

Estreñimiento, dolor de estómago,
náuseas, diarrea, vómitos

Vejiga / Tracto Uinario

Cáncer, cálculos, infecciones recurrentes

Musculoesquelético

Artritis, dolor en las articulaciones, dolor de espalda
dolor muscular, calambres

Piel

Erupción, picazón, furúnculos, piel seca,
piel grasa, cambios en los lunares

Neurológico

Convulsiones, entumecimiento, hormigueo, mareos,
accidente cerebrovascular, debilidad, desmayo,
pérdida de la visión, Incapacidad para hablar

Psicológico

Depresión, ansiedad, problemas de memoria

Endocrino

Cansado, sed excesiva, demasiado caliente / frío

Hematológico / Linfático

Problemas de sangrado, glándulas hinchadas

Alérgico / Inmunológico

Alergias estacionales, SIDA

Dormir

Ronquido, aumento de la somnolencia diurna, dificultad para
conciliar el sueño, dificultad para conciliar el sueño,
dormirse mientras conduce, siestas diurnas frecuentes

Para caminar

Barajar, pequeños pasos, fuera de balance,
escalonamiento, tropezar, tropezar,
caminar fuera de los pies, problemas,
levantarse de una silla o de la cama

Explique Cualquiera Sí Respuestas:

Por favor, escriba cualquier otra información que usted sienta es relevante para su médico Visita hoy:

ADVANCED
NEUROLOGY
AND SLEEP



Revised 1.10.2022