



PEDIATRIC NEUROLOGISTS OF PALM BEACH

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO / DATOS DEMOGRÁFICOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

PADRE/MADRE / TUTOR LEGAL 1

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Condición del tutor: ☐ Padre/madre biológico(a) ☐ Tutor legal

Relación con el niño: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Empleador / Ocupación: _____

PADRE/MADRE / TUTOR LEGAL 2

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Condición del tutor: ☐ Padre/madre biológico(a) ☐ Tutor legal

Relación con el niño: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Empleador / Ocupación: _____

AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS

¿Quién tiene el derecho de tomar decisiones médicas por el niño? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario: _____ ID de miembro: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro secundario (si corresponde): _____ ID de miembro: _____

Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____

CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE / TUTOR LEGAL

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del paciente y que la información proporcionada anteriormente es correcta según mi leal saber y entender.

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____



PEDIATRIC NEUROLOGISTS OF PALM BEACH

HISTORIA MÉDICA Y DEL DESARROLLO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Condición del tutor: ☐ Padre/madre biológico(a) ☐ Tutor legal Sexo ☐ masculino ☐ femenino ☐ otro _____

¿Quién tiene el derecho de tomar decisiones médicas por el niño? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos

Proveedor de atención primaria (PCP): _____

PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

Describa brevemente los síntomas o preocupaciones de su hijo(a) y el motivo de la visita de hoy:

REVISIÓN DE SISTEMAS

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Fiebre/Sudores nocturnos | ☐ Palpitaciones/Latidos fuertes | ☐ Dolor abdominal |
| ☐ Aumento de peso (cuánto _____) | ☐ Dolor en el pecho | ☐ Náuseas/vómitos |
| ☐ Pérdida de peso (cuánto _____) | ☐ Intolerancia al ejercicio | ☐ Sangre en las heces |
| ☐ Fatiga | ☐ Tos persistente | ☐ Diarrea recurrente |
| ☐ Pérdida de audición | ☐ Falta de aire | ☐ Estreñimiento |
| ☐ Problemas de visión | ☐ Apnea | ☐ Dolores de cabeza |
| ☐ Dolor al orinar | ☐ Sensación excesiva de calor/frío | ☐ Mareos/desmayos |
| ☐ Sangre en la orina | ☐ Sed excesiva | ☐ Depresión |
| ☐ Dolor/hinchazón de huesos o articulaciones | ☐ Orina excesiva | ☐ Pensamientos/planes suicidas |
| ☐ Erupciones cutáneas | ☐ Moretones/sangrado fácil | ☐ Alucinaciones |

HISTORIA DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO

Complicaciones durante el embarazo (marque todas las que correspondan):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ninguna | ☐ Diabetes gestacional | ☐ Uso materno de drogas recreativas/ilícitas |
| ☐ Infección durante el embarazo | ☐ Sangrado | ☐ Consumo de tabaco |
| ☐ Embarazo múltiple | ☐ Presión arterial alta / Preeclampsia | ☐ Consumo de alcohol |
| ☐ | ☐ Convulsiones | ☐ Uso materno de medicamentos recetados |
| ☐ Otro: _____ | | |

Semanas de gestación al momento del parto: _____ Peso al nacer: ____ lb ____ oz APGAR ____ (1 min) ____ (5 min)

Parto: ☐ Vaginal ☐ Cesárea Si fue cesárea, ¿por qué? _____

Complicaciones después del nacimiento: ☐ infección/sepsis ☐ requirió ventilación mecánica ☐ convulsiones ☐ lesión hipóxica/isquémica

☐ Otro: _____

Estadía en UCIN: ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, ¿cuánto tiempo? _____ Tratamiento de enfriamiento: ☐ No ☐ Sí

HISTORIA DEL DESARROLLO

Indique la edad aproximada en que su hijo(a) alcanzó cada etapa del desarrollo:

Se dio vuelta _____	Se sentó sin apoyo _____	Caminó _____	Primeras palabras _____
Primeras frases _____	Control de esfínteres _____	Intervención temprana ☐ No ☐ Sí	Regresión del desarrollo ☐ No ☐ Sí

HISTORIA ESCOLAR

Escuela: _____ Grado: _____

Entorno escolar: ☐ Clases regulares ☐ Programa para superdotados ☐ ESE ☐ Aula independiente ☐ Educación en casa ☐ Otro: _____

¿Repitió un grado? ☐ No ☐ Sí Grado: _____ Calificaciones actuales: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ F

HISTORIA DEL SUEÑO

Hora de acostarse: _____

Hora de despertarse: _____

¿Cuánto tarda en dormirse? _____

¿Se despierta de noche? ☐ No ☐ Sí; si sí, ¿por cuánto tiempo? _____

☐ Sensaciones desagradables/inquietud en las piernas que mejoran al caminar/moverse

☐ Sueño inquieto

☐ Ronca

☐ Pausas/deja de respirar/jadea al dormir

☐ Pesadillas / terrores nocturnos / sonambulismo

☐ Dificultad para levantarse/muy cansado(a) por la mañana

☐ Somnolencia excesiva durante el día

HISTORIA MÉDICA

Enumere todas las condiciones médicas pasadas y actuales, hospitalizaciones y cirugías

Enumere otros especialistas médicos que atienden a su hijo(a)

MEDICAMENTOS ACTUALES

☐ No toma medicamentos actualmente

Medicamento: _____ Concentración: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Medicamento: _____ Concentración: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Medicamento: _____ Concentración: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Medicamento: _____ Concentración: _____ Dosis/Frecuencia: _____

Medicamento: _____ Concentración: _____ Dosis/Frecuencia: _____

ALERGIAS

☐ No se conocen alergias Alergias: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Edad Ocupación Problemas médicos

Madre: _____

Padre: _____

Marque las opciones que correspondan e indique la relación con el niño:

☐ Convulsiones / Epilepsia _____

☐ Migrañas/Dolores de cabeza _____

☐ Trastornos neuromusculares _____

☐ Dificultad de aprendizaje/Dislexia _____

☐ Arritmias cardíacas _____

☐ Derrame cerebral antes de los 50 años _____

☐ Ataque cardíaco antes de los 50 años _____

Otro: _____ Relación: _____

☐ Tics u otros movimientos involuntarios _____

☐ Trastorno del espectro autista _____

☐ Retraso del desarrollo/Discapacidad intelectual _____

☐ Desmayos frecuentes _____

☐ Esclerosis múltiple _____

☐ Muerte súbita inexplicable _____

☐ Trastorno bipolar/esquizofrenia _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE / TUTOR LEGAL

Certifico que la información proporcionada en esta historia médica está completa y es correcta según mi leal saber y entender.

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____



PEDIATRIC NEUROLOGISTS OF PALM BEACH

CONSENTIMIENTOS, AUTORIZACIONES Y ACUERDO FINANCIERO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIDAD DEL PADRE/MADRE / TUTOR LEGAL

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del niño y que tengo la autoridad legal para consentir a la evaluación y el tratamiento médico de este niño. Acepto notificar a Pediatric Neurologists of Palm Beach sobre cualquier cambio en la custodia, tutela o autoridad para tomar decisiones médicas.

Relación con el niño: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Otro: _____

CONSENTIMIENTO PARA REPRESENTANTE

Autorizo a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación a acompañar a mi hijo(a) a sus citas y, cuando lo permitan la ley y las políticas de la práctica, a recibir información y participar en decisiones relacionadas con la atención rutinaria en mi nombre.

Persona autorizada: _____ Relación: _____

Persona autorizada: _____ Relación: _____

☐ No autorizo a ninguna persona como representante en este momento.

CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

Doy mi consentimiento para recibir servicios de atención médica mediante telesalud cuando sean ofrecidos por Pediatric Neurologists of Palm Beach. La telesalud puede implicar el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que el paciente y el proveedor de atención médica interactúen cuando se encuentran en lugares diferentes.

Entiendo que la telesalud tiene beneficios potenciales, incluido un mejor acceso a la atención y menos necesidad de viajar, pero también tiene limitaciones y riesgos. Estos pueden incluir problemas técnicos, interrupciones, limitaciones de un examen a distancia y riesgos para la privacidad o seguridad de las comunicaciones electrónicas.

Entiendo que puedo negar o retirar mi consentimiento para la telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Puedo hacer preguntas sobre la telesalud y solicitar una visita en persona cuando sea clínicamente apropiado. Entiendo que la telesalud puede no ser adecuada para todas las condiciones médicas y que los síntomas de emergencia pueden requerir una evaluación en persona o de emergencia.

Entiendo que se utilizarán medidas de protección razonables para proteger la confidencialidad de la información médica de mi hijo(a) y que las leyes de privacidad aplicables continúan vigentes para los servicios de telesalud.

ACUERDO FINANCIERO

Entiendo que soy responsable de proporcionar información de seguro vigente y correcta y de notificar a la práctica cualquier cambio en el seguro. Autorizo a Pediatric Neurologists of Palm Beach a presentar reclamaciones por servicios cubiertos y a recibir pagos directamente de mi compañía de seguros cuando corresponda.

Entiendo que los copagos, deducibles, coseguros, servicios no cubiertos y otros montos que sean responsabilidad del paciente deben pagarse según lo requieran mi plan de seguro y las políticas de la práctica. La autorización del seguro o la verificación de beneficios no garantiza el pago.

Entiendo que, en última instancia, soy responsable de los cargos que mi compañía de seguros no pague, excepto cuando lo prohíba la ley o un acuerdo contractual.

CITAS PERDIDAS / CANCELACIONES TARDÍAS: Se cobrará un cargo de \$25 por una cita perdida o cancelada sin al menos 24 horas de anticipación. Este cargo es responsabilidad del paciente/padre o madre y no se factura al seguro.

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendido las secciones anteriores y acepto los términos aplicables. Certifico que tengo autoridad para firmar en nombre del paciente.

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____



PEDIATRIC NEUROLOGISTS OF PALM BEACH

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pediatric Neurologists of Palm Beach. El Aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica del paciente y cómo puedo acceder a esta información.

Entiendo que Pediatric Neurologists of Palm Beach puede modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad según lo permita la ley y que el Aviso vigente estará disponible cuando se solicite.

Nombre del padre/madre/tutor legal (letra de molde): _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA PRÁCTICA

Si el padre, la madre o el tutor legal del paciente no firmó este acuse de recibo, documente el motivo a continuación:

☐ El padre/madre/tutor legal se negó a firmar

☐ Otro: _____

Iniciales del personal: _____ Fecha: _____



PEDIATRIC NEUROLOGISTS OF PALM BEACH

PEDIATRIC NEUROLOGISTS OF PALM BEACH

Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario (ABN)

Notificador: Pediatric Neurologists of Palm Beach

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Los planes de seguro no cubren todos los servicios, incluso si se consideran médicamente necesarios.

Si su seguro no paga los servicios indicados a continuación, usted tendrá que pagarlos. LEA lo siguiente y haga preguntas si no entiende antes de firmar.

Seleccione 1 OPCIÓN:

- ☐ 1) Deseo recibir los servicios ordenados y quiero que se FACTURE a mi seguro para obtener una decisión final sobre el pago. Si mi seguro no paga, pagaré el saldo total y apelaré directamente ante mi compañía de seguros.
- ☐ 2) Deseo recibir los servicios y NO quiero que se facture a mi seguro. Pagaré ahora el total y no tendré la opción de apelar en el futuro. Recibiré la tarifa con descuento indicada a continuación.
- ☐ Rechazo los servicios indicados y entiendo y acepto el riesgo de rechazar servicios/pruebas, lo cual puede ser perjudicial para la salud de mi hijo(a) o la mía.

Tenga en cuenta que estas son nuestras tarifas de pago por cuenta propia y que la tarifa de su seguro puede ser mayor. Solo podemos ofrecer esta tarifa si elige la opción n.º 2. De lo contrario, se le facturará la tarifa permitida por su seguro, opción n.º 1.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO / TARIFA DE PAGO POR CUENTA PROPIA

1. Visita de consultorio NUEVO	\$375
2. Visita de seguimiento	\$200
3. Seguimiento con APRN	\$120
4. Neuropsicología CARS2	\$250
5. ☐ EEG, 1 HORA	\$575
6. ☐ EEG, 2 HORAS	\$700
7. ☐ Monitoreo EEG/Video 24 h	\$1600
8. ☐ Polisomnograma	\$1300
9. ☐ Polisomnograma con CPAP	\$1675
10. ☐ Polisomnografía con MSLT	\$1950

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

12959 Palms West Drive, Suite 120, Loxahatchee, FL 33470 | 150 SW Chamber Court, Suite 203, Pt St Lucie, FL 34986
Teléfono 561-753-8888 | Fax 561-795-5004 | www.pedineurologists.com