

By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Forms can be printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/mailed to STAFF@PEDIANSNEURO.NET (sender secures).



Edwin Liu, M.D.

Bernardo Flasterstein, M.D.

Farjam Farzam, M.D.

Alyssa Ausnehmer, APRN

Carlee Lakeman, APRN

12959 Palms West Drive
Suite 120
Loxahatchee, FL 33470

150 SW Chamber Court
Suite 203
Pt St Lucie, FL 34986

Phone 561-753-8888
Facsimile 561-795-5004
www.pedineurologists.com

Bienvenido a nuestra práctica.

Si usted es un paciente establecido permítanos agradecerles por su continuo apoyo. Nuestros médicos y el personal están honrados de participar en el tratamiento de su hijo(a). Con la intención de proveerles con la mayor y absoluta atención solicitamos su ayuda reconociendo las normas de nuestra oficina.

1. El médico o la enfermera practicante no podrá verlos si usted llega más de 20 minutos después de la hora programada. Nosotros siempre asignamos el tiempo necesario con cada familia y siempre haremos todo lo posible para verlos a la hora programada. Permítanos pedirles disculpa de antemano si hay algún retraso.

2. Es nuestra norma confirmar cada cita. Si Usted no llama para cancelar por lo menos 24 horas antes de la cita. Nuestra oficina les cobrara \$ 35. Es por eso que es completamente necesario de confirmar en cada visita que ustedes nos dan la mejor información de contacto.

3. Verificación de costo médico. Antes de la cita, nuestra Oficina hará todo lo posible para verificar sus gastos cubiertos por su compañía de seguros. Por favor, tomen en cuenta, que nosotros recibimos una estimación del costo proporcionado por su compañía de seguros. Como hemos manifestado en nuestro acuerdo financiero, ustedes tienen la responsabilidad de estar al tanto de sus beneficios (deducible, co-pago, etc.). Recomendamos a los padres llamar a su seguro para verificar sus costos de bolsillo antes de cualquier visita o exámenes.

4. Medicina

Estimulantes- Las compañías de seguros requieren que cada paciente que está bajo un estimulante debe ser visto cada 3 meses. Esa clase de medicamentos no pueden ser llamados por teléfono o mandados por correo regular o correo electrónico directamente a la farmacia. Si hay alguna condición exclusiva, la receta podrá ser recogida personalmente en nuestra oficina y NUNCA el mismo día. Anti convulsan tés y otras medicinas pueden ser repuestas por teléfono, pero TODOS los repuestos tienen que ser solicitados 1 semana de antemano.

Nuestro Consultorio no renueva medicamentos después de horas de oficina o los fines de semana. Farmacias pueden proveer por pocos días medicinas de emergencia de los medicamentos anticonvulsivos.

5. Nuestros médicos o enfermeras practicantes no llamasen a los padres si ellos no vienen a la visita. Por favor hagan arreglos para estar presentes, especialmente si le gustaría discutir el plan de atención.
6. Los padres o tutor legal deben acompañar a su hijo(a) el día de la primera visita y tienen la obligación de acompañar a su hijo(a) en cada visita. Nosotros demandamos prueba de custodia. El paciente debe estar presente en cada visita. Los pacientes sin la documentación adecuada no serán vistos y otra visita será programada en la fecha más próxima disponible.

Patient Name:

Signature

Date



Pediatric Neurologists of Palm Beach

Edwin Liu, M.D.
Bernardo Flasterstein, M.D.
Farjam Farzam, M.D.

Alyssa Ausnehmer, APRN
Carlee Lakeman, APRN

New Patient Information (Please fill out completely) Patient must be present for all appointments.

Last Name _____ First Name _____ M.I. _____
Date of Birth ___/___/___ Sex ___M___F
Address _____ City _____ State _____ Zip _____
Home Phone# _____ Referring Physician PCP _____ MD
Emergency Contact _____ Phone# _____
Home email address _____ Pharmacy _____

Guardian Information ___ Biological Parent ___ Legal Guardian**

(*You must present proof of parental rights and/or legal guardianship prior to being seen by providers.)

Mothers Name _____	Fathers Name _____
Date of Birth ___/___/___	Date of Birth ___/___/___
Address (if different than patient) _____	Address (if different than patient) _____
City _____	City _____
State _____ Zip _____	State _____ Zip _____
Cellular phone# _____	Cellular Phone# _____
Employer _____	Employer _____

Primary Insurance Information:

Primary Insured. Mother / Father/Other _____ Relation to patient
Date of Birth ___/___/___
Insurance Company _____
Contract# _____ Group# _____

(Please provide us with a copy of your insurance card and driver's license and referral if required).

Assignment and Release:

I the undersigned certify that my dependent has insurance coverage with the above insurance company and assign payment directly to Pediatric Neurologists of Palm Beach for services rendered. I understand I am financially responsible for all charges not paid by the insurance. I hereby authorize this facility to release any information necessary to secure the payment of benefits; I also authorize the use of this signature on all insurance claim submissions.

Consent to treat:

I hereby authorize and request Edwin Liu MD PA/Pediatric Neurologists of Palm Beach to provide such medical care and administer such diagnostic care, medication prescriptions, including psychotropics and/or therapeutic treatments as in the judgement of the Physician/APRN in attendance and deemed necessary and advisable. **I consent to treatment via in office or TELEMEDICINE visits as scheduled with my appointment provider. I am aware those visits will be conducted via a state approved platform, currently doximity, healow or zoom. If there is any information I do not wish to share via telemedicine, I will inform my provider and share that information at my next in office visit.**

Attestation:

I hereby certify that I am the parent/guardian/legal custodian of the above-named patient. I have legal medical decision-making authority. I understand my child may be prescribed controlled substances and or psychotropics based on their diagnosis and I am consenting to that treatment if indicated. Should another party need to consent, I will notify my provider in writing and obtain signatures prior to treatment.

Patient/Guardian Signature _____ Date _____

12959 Palms West Drive
Suite 120
Loxahatchee, FL 3470

150 SW Chamber Court Ste 203
Suite 203
Port St Lucie, FL 34986

Phone (561) 753-8888 Fax (561) 795-5004

www.pedineurologists.com



Pediatric Neurologists of Palm Beach

Edwin Liu, M.D.
Bernardo Flasterstein, M.D.
Farjam Farzam, M.D.

Alyssa Ausnehmer, APRN
Carlee Lakeman, APRN

Consent by Proxy for Non-Urgent Pediatric Care/Release of Information

Name: _____

Date of Birth _____

Address: _____

City, State, Zip Code: _____

Contact Number: _____

Primary Email address: _____

I, _____ hereby authorize Pediatric Neurologists of Palm Beach to allow the below individuals to assist in the care and treatment of my child including the discussion of medication and possible medication changes in my absence:

Name: _____ Relationship to Patient _____ DOB: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to Patient: _____ DOB: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship to Patient: _____ DOB: _____ Phone: _____

By authorizing the above individuals, I hereby agree to abide by all the financial responsibility associated with the care and treatment of my child. I will be responsible to pay Pediatric Neurologists of Palm Beach for the following:

1. Any co-payments as set by my insurance carrier
2. Any unsatisfied deductible or termination of coverage
3. Any amount my insurance carrier deems my responsibility
4. Any amount considered non-covered by my insurance carrier

Patient/Guardian Signature

Date

I, the undersigned certify that I have legal medical decision-making authority

Patient/Guardian Printed Name

12959 Palms West Drive
Suite 120
Loxahatchee, FL 3470

150 SW Chamber Court Ste 203
Suite 203
Port St Lucie, FL 34986

Phone (561) 753-8888 Fax (561) 795-5004

www.pedineurologists.com

By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Forms can be printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/mailed to STAFF@PEDSNEURO.NET (sender secures).

Pediatric Neurologists of Palm Beach

Historia Medica



Fecha de la visita: _____

Nombre del paciente _____	Fecha de Nacimiento _____	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Quien es su Pediatra / Doctor _____	Edad _____	Grado de Colegio _____
Lenguaje Primario _____	Los Padres son <input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Adoptados <input type="checkbox"/> Foster	
Si estan Divorciados /Separados quien tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Conjuntos	Quien es el padre que tiene derecho de hacer decisiones medicas? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Conjuntos	

Por Favor explique la razón por la cual estan Ustedes en esta oficina

Liste otros profesionales que ustedes vieron por este problema:

Hay alguna razon por la cual no quiere que su Hijo (Hija) este presente? SI NO

Si la respuesta es SI, por favor asegurese que el (ella) sepa que va a tener que salir al cuarto de espera

HISTORIA MEDICA DEL PASADO (Hagan una lista con todos los problemas medicos incluyendo Cirugias)

MEDICAMENTOS (Haga una lista con las dosis y las horas)

NOMBRE	DOSIS	NOMBRE	DOSIS

Su hijo(a) sufre de alguno de estos sintomas FRECUENTEMENTE, PERMANENTEMENTE O YA HACE MUCH TIEMPO?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de audicion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis Nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultades con ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodios de Ausencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sincope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupcion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Forms can pbe printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/emailed to STAFF@PEDSNEURO.NET (sender secures).

HISTORIA DEL NACIMIENTO

Por Favor pongan un circulo alrededor de la respuesta correcta

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Derrame Vaginal / De placenta Pre Eclampsia Diabetes Gestacional Convulsiones maternas.

PARTO

Plazo Prematuro Vaginal Cesaria Vacuum Forceps

PESO DE NACIMIENTO

Libras Onzas

THERAPIAS DESPUES DEL NACIMIENTO

Ventilador Oxygeno Phototherapia Antibiotico Suero Ninguna therapia

A QUE EDAD SALIO SU BEBE DEL HOSPITAL?

Dias Semanas Meses

HISTORIA DEL DESARROLO

A que edad su hijo(a) ?

SE SENTO	CAMINO	DIJO PALABRAS	HABLO CON ORACIONES	SE QUITO PANALES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

HISTORIA DE COLEGIO

GRADO	CLASE REGULAR	REPITIO	NOTAS	PT /OT	THERAPIA DE HABLA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	A B C D F	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

HISTORIA DEL SUENO

A QUE HORA SE ACUESTA	CUANTO LE TARDA DORMIRSE	ESTA DESCANSADO(A) CUANDO SE DESPIERTA ?	RONCA
<input type="text"/>	<input type="text"/> Horas <input type="text"/> Min	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
SE DESPIERTA FRECUENTEMENTE?	INQUIETO(A) DOLORS DE PIES	SIESTAS DURANTE EL DIA	SE SIENTE SOMNOLIENTO (A) DURANTE EL DIA?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Forms can pbe printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/emailed to STAFF@PEDSNEURO.NET (sender secures).

HISTORIA DE FAMILIA

Nombre	Edad	Ocupacion
Madre		
Padre		

- El Niño.(la Niña) vive con un padrastro o madastra?..... SI NO
- Los dos padres estan vivos?..... SI NO
- Hay historia de algun Padre o Madre que fallecio Joven (<35 años) ?..... SI NO
- Derrame Cerebral, Infarto Cardial (menos de 35 años de edad)..... SI NO
- Hay Historia de algun otro niño que fallecio ? SI NO
- Algun otro miembro de la familia, con alguno de estos problemas?

- Convulsiones SI NO
- Dolor de Cabeza..... SI NO
- Desmayos..... SI NO
- Movimientos Irregulares..... SI NO
- Retardo Mental..... SI NO
- Problemas de Aprendizaje..... SI NO
- Enfermedad Mental..... SI NO
- Diabetes..... SI NO

- Hay alguna relacion familiar entre los padres?..... SI NO
- Estuvo su Hijo (Hija) en algun tratamiento psicologico?..... SI NO
- Es su Hijo(a) una persona Feliz/ Triste..... SI NO
- Tiene su Hijo (Hija) cambios emocionales repentinos?..... SI NO

Algun otro problema medico significativo en la familia:

Yo certifico que yo revise la informacion de este cuestionario y es todo completamente correcto .

Nombre de la persona llenando este cuestionario	Relacion al paciente	Firma	Fecha

By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Forms can be printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/mailed to STAFF@PEDSNEURO.NET (sender secures).

Pediatric Neurologists of Palm Beach

Patient Financial Agreement

We would like to take this opportunity to Thank-you for choosing Pediatric Neurologists of Palm Beach to provide your child's neurological care.

In an effort to try to contain the rising cost of healthcare, we have implemented this financial policy for you to review and sign. You may request a copy for your records and the original will be scanned to your chart.

INSURANCE BENEFITS AND COVERAGE

As a courtesy to you, our billing company will submit your insurance claim(s) for treatment rendered in the office. Please understand that your insurance policy is a contract between you and your insurance company. It is your responsibility to contact your insurance company to review your coverage and benefits. Ultimately, you are responsible for all costs incurred during the treatment with the exception of insurance payment adjustments. These adjustments are determined by the contract between the physician and the insurance company. If your insurance does not accept assignment of benefits and pays you directly, that payment must be made in full to us at the time of visit.

COPAYMENTS, DEDUCTIBLES AND COINSURANCE

Our office requires payment of any copayments at the time of service. In addition, if it is determined that you have a deductible or coinsurance, that will be also be collected at time of visit. The verification process does not always reveal this information. In that case, any deductible or co insurance amounts to be met will be billed to you once your insurance company has processed their portion of the claim and sent the Explanation of Benefits or EOB. While we make every effort to inform you of anticipated patient financial responsibility in advance, verification of benefits is not a guarantee of the amount you will owe. It is your responsibility to call your insurance company to determine this. Acceptable payment forms are cash, credit or debit.

UNINSURED PATIENTS AND NON-COVERED BENEFITS

Full payment is due at the time of service. In some instances a payment plan may be arranged on a case by case basis with our office. While we try to accommodate all of our patients, our office maintains strict guidelines regarding payment plans.

BALANCE AND STATEMENTS

You will receive a statement once a month if you have a balance. Failure to pay the balance by the 4th consecutive statement will result in your account being turned over to a collections company. The same would apply to patients with a payment agreement. Please be aware this can affect your credit rating. Also note there is a \$50 NSF returned check fee.

REFERRALS

Referrals are required at time of visit. If a referral is required by your insurance company, please make sure to present it at your appointment. Failure to do so will result in your appointment being rescheduled. It is your responsibility to obtain the proper referral required by your insurance carrier

We are dedicated to providing your family with the highest level of neurological care. We will make every attempt to accommodate our patients whenever possible. If you have any questions or concerns, please contact our office manager and we will be happy to discuss them with you. Thank-you for your understanding.

Signature of patient/guardian

Date

Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage (ABN)

Notifier: Pediatric Neurologists of Palm Beach

Patient Name _____ Date _____



Edwin Liu, M.D.

Bernardo Flasterstein, M.D.

Farjam Farzam, M.D.

Alyssa Ausnehmer, APRN

Carlee Lakeman, APRN

12959 Palms West Drive
Suite 120
Loxahatchee, FL 33470

150 SW Chamber Court
Suite 203
Pt St Lucie, FL 34986

Phone 561-753-8888
Facsimile 561-795-5004
www.pedineurologists.com

Insurance plans do not cover all services even some that you or your provider have good reason to think you need.

If your insurance does not pay for the services listed below, you will have to pay. Please READ the following and ask questions if you do not understand before signing.

Please choose 1 OPTION:

- 1) I want the services ordered and want my insurance BILLED for a final decision on payment. If my insurance does not pay, I will pay the balance in full and appeal directly with my insurance carrier.
- 2) I want the services and DO NOT want my insurance billed. I will pay now in full and will not have the option to appeal in the future. I will receive the below discounted rate.
- I refuse the services listed and understand and accept the risk of declining services/tests that may be harmful to my child's/my health.

Please be aware these are our self pay rates and your insurance rate may be higher. We can only offer this rate if you choose option #2. Otherwise you will be billed your insurance allowable, option #1.

Service Description:

- Office Visit NEW \$ 375
- Office visit Follow up \$ 200
- APRN Follow Up \$ 120
- Neuropsych CAR52 \$ 250

- EEG, 20 min \$ 450.00
- EEG, 41-60 min \$ 575.00
- EEG, Over 1 hour \$ 700.00
- EEG Monitoring/Video 24 hr \$ 1600.00
- EEG Monitoring w/o Video 24hr \$ 865.00
- Polysomnogram, >6year \$ 1300.00
- Polysomnogram, <5year \$ 1300.00
- Polysomnogram, w/ CPAP \$ 1675.00
- Multiple Sleep Latency TEST \$ 1950.00

X _____ Date: _____

Printed Name: _____

Name

Forms you consent
Date

Forms can be printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/mailed to STAFF@PIDSNEURO.NET (sender secures).

Do you/your child have significant, frequent or persistent:

Constitutional

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Fevers, night sweats | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Fiebres o sudor nocturno |
| Recent weight change | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Cambios de peso recientes |
| Fatigue | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Fatiga |

Cardiovascular

- | | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Chest pain | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dolor de pecho |
| Palpitations | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Palpitaciones |
| Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dificultad para respirar |

Endocrine

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Frequent urination | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Orina frecuente |
| Feeling excessively hot/cold | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Sentimiento de calor o frio |

Allergy/Immunology

- | | | | |
|------------|------------------------------|-----------------------------|------------|
| Congestion | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Congestion |
|------------|------------------------------|-----------------------------|------------|

ENT

- | | | | |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Decreased hearing | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Perdida auditiva |
| Ringing in the ears | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Sonido en los oídos |
| Visual problems | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Problemas visuales |

Gastrointestinal

- | | | | |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dolores abdominales |
| Blood in stool | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Sangre en la materia fecal |
| Constipation | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Estreñimiento |
| Diarrhea | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Diarrea |
| Vomiting | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Vomito |

Genitourinary

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Blood in urine | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Sangre en la orina |
| Difficulty urinating | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dificultad al orinar |

Rheumatology

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Bone/joint pain/swelling | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dolor en los huesos |
| Rashes/skin lesions | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Irritacion en la piel |

Hematologic

- | | | | |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Easy bruising/bleeding | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Moretones con facilidad |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|

Musculoskeletal

- | | | | |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Leg cramps | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Calambres en las piernas |
| Painful joints | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dolor en las articulaciones |

Neurologic

- | | | | |
|--------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Headache | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dolor de cabeza |
| Dizziness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Mareos |
| Fainting | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Fatiga |
| Tingling/Numbness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Adormecimiento |
| Balance difficulty | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Dificultad en equilibrio |

Psychiatric

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Depressed mood | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Depresion |
| Suicidal thoughts | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Pensamientos de suicidio |
| Substance abuse | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Abuso de sustancias |
| Auditory/visual hallucinations | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Alucinaciones, ruidos. |



By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Forms can be printed/faxed to 561-795-5004 (secure) or saved/mailed to STAFF@PEDSNEURO.NET (sender secures).

Pediatric Neurologists of Palm Beach

Edwin Liu, M.D.
Bernardo Flasterstein, M.D.
Farjam Farzam, M.D.

Alyssa Ausnehmer, APRN
Carlee Lakeman, APRN

El mantener la privacidad de su información de salud es muy importante para nosotros. Nosotros queremos asegurarle que su información médica protegida de salud está segura con nosotros. Adjunto usted encontrará nuestro Aviso de Practicas de Privacidad (NPP). Lo siguiente es un resumen breve del aviso adjunto.

Resumen:

Por ley, nosotros estamos obligados a proporcionarle nuestro Aviso de Practicas de Privacidad. Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y revelada por nosotros. También le explica cómo puede usted obtener acceso a esta información.

Sus derechos respecto a su Información de Salud:

Esta sección describe los siguientes derechos que usted tiene respecto a su información de salud y como puede usted ejercitar estos derechos:

1. El derecho de inspeccionar y copiar su información
2. El derecho de pedir correcciones de su información
3. El derecho de pedir que su información sea restringida
4. El derecho de pedir comunicaciones confidenciales
5. El derecho a un reporte de revelaciones de su información y
6. El derecho a una copia de papel de este aviso.

Nosotros le pedimos que reconozca su recibo de este aviso mediante su firma en esta forma. Usted puede pedir una copia del aviso que sigue. Si hubiese cambios materiales a este aviso en una fecha posterior, a usted se le proporcionará una copia del aviso revisado y se le pedirá que firme otro reconocimiento en ese momento.

Quisiera que se comuniquen conmigo/con nosotros

Mediante el Telefono

En forma escrita

Pueden dejar mensaje con detalles

Pueden mandar a mi domicilio

Pueden dejar mensaje con el numero de llamar de vuelta

Pueden mandar a mi officinal/trabajo

Pueden llamar a mi trabajo

Pueden mandar al Fax Numero _____

Paciente/Guardian

Firma:

Fecha:

12959 Palms West Drive
Suite 120
Loxahatchee, FL 3470

150 SW Chamber Court Ste 203
Suite 203
Port St Lucie, FL 34986

Phone (561) 753-8888 Fax (561) 795-5004

www.pedineurologists.com

TELEMEDICINE CONSENT FORM FLORIDA

- I understand that telemedicine is the use of electronic technology for communication for the purpose of providing healthcare services wherever the doctor and the patient are located.
- I understand that the institution is based in Florida and likewise uses telemedicine to conduct a consultation with their patients.
- I understand that with the use of telemedicine, the interaction shall be done through real-time audio-video communication.
- I understand that the laws that protect privacy and confidentiality, as well as the confidentiality of medical information through the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) also apply to telemedicine.
- I understand that I will be responsible for any payments or coinsurances that apply to my telemedicine visit.
- I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telemedicine in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment; I have the right to access my information and to inspect my medical information that was transmitted through telemedicine; I have the right to privacy where it shall be necessary to seek my consent in order to disclose my information unless those that are permitted by law to disclose without the need of my consent.
- I understand any lawsuit arising out of this agreement or service shall be brought to the courts of the state of Florida, to the exclusion of other states.

With the pronouncements above:

I authorize the Institution to provide me their diagnosis, observations, recommendations regarding my condition through telemedicine.

Whenever necessary, I authorize the Institution to consult with other physicians or specialists whom they believe to have full knowledge and skills that can address my case.

I have read and understood the information provided above, my rights, and obligations regarding telemedicine. I have had the opportunity to ask questions and all of which were answered to my satisfaction. Therefore, I hereby give my consent to the use of telemedicine for medical care.

By typing my name and clicking "I agree to the Terms of Use" on PNPB teled portal, I understand and agree that I am signing this Consent electronically and that (i) I have reviewed, understand and accept the risks and benefits of teled services as described above and wish to receive such services, and (ii) I agree to the remaining terms of this Consent.

(Español)

- Entiendo que las visitas de telemedicina son de uso electrónico tecnológico para poder comunicarse con el propósito de proporcionar servicios médicos donde el doctor y paciente estén localizados.
- Entiendo que la institución se basa en el Estado de Florida y al igual usa Telemedicina para conducir consultas con los pacientes.
- Entiendo que con el uso de telemedicina la interacción entre doctor e paciente está basada en tiempo real de comunicación, por video y audio.
- Entiendo que las leyes protegen la privacidad y confidencialidad al igual como la confidencialidad de la información médica por médico de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA- por sus siglas en inglés) que aplican a la telemedicina.
- Entiendo que seré responsable de algún pago o copagos que apliquen a una visita Telemedicina.
- Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en cualquier momento en el curso de cuidado médico, sin que afecte el derecho de ningún tratamiento en un futuro. Tengo el derecho de acceso a mi información médica para inspeccionar cualquiera de esa información que haya sido transmitida por telemedicina. Tengo el derecho de mi privacidad donde o cuando sea necesaria y busco el consentimiento en orden para revelar mi información a no ser que sea permitido por la ley revelar lo mismo sin que yo de mi consentimiento.

- Entiendo que alguna demanda legal ventilada de este acuerdo o servicio podria ser llevado a los cortes de el Estado de Florida con exclusion de otros estados.

Con los pronunciamientos mencionados arriba:

Autorizo a la institucion a proveer un diagnostic, observacion, recomendacion medica al respect de la condicion basada al usar telemedicina.

Donde sea necesario autorizo a la institucion a consultar con otros medicos y especialistas quien ellos creen tienen la capacidad e habilidades para abodar mi caso.

he leído y entendi esta informacion prevista mencionada arriba, mis derechos y obligaciones sobre la telemedicina. y entenaio la opottunidad de hacer preguntas en las cuales e obtenido respuestas con mi satisfacion. Por lo tanto, yo presento mi consentimiento de uso de telemedicina para el uso de cuidado medico.

I agree to the Terms of Use / Estoy de acuerdo con los términos de uso *

Patient's First Name / Nombre de el Paciente * _____

Patient's Last Name / Apellido de el Paciente * _____

Date / Fecha * _____

Email / Correo Electrónico * _____

Please mark this checkbox if a representative shall agree and sign this consent on behalf of the patient / Favor de marcar dentro de esta caja si algun representante a firmado este consentimiento a favor del paciente

Parent's First Name / Nombre de el Paciente _____

Parent's Last Name / Apellido de el Paciente _____