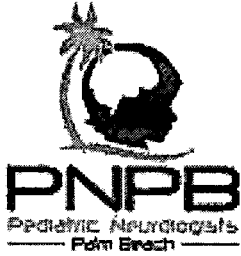


By completing the following forms you consent to electronic signatures.

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



Edwin Liu, M.D.

Bernardo Flasterstein, M.D.

Farjam Farzam, M.D.

Abigail Ley, M.D.

Novette Green, A.P.R.N.

Alyssa P. Ausnehmer, A.P.R.N.

Alejandra P. Stevenson,  
A.P.R.N.

12959 Palms West Drive  
Suite 120  
Loxahatchee, FL 33470

5610 PGA Boulevard  
Suite 214  
Palm Beach Gardens, FL  
33418

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

10301 Hagen Ranch Rd  
Suite D930  
Boynton Beach, FL 33437

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 cita. 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 \_\_\_\_\_



By completing the following forms you consent to electronic signatures.

# Pediatric Neurologists of Palm Beach

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

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

Novette Green, APRN  
Alyssa Ausnehmer, APRN  
Alejandra P. Stevenson, APRN

**INFORMACION DEL PACIENTE** (por favor llenen los espacios completamente) El paciente debe estar presente para todas las visitas.

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial media \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_ M \_\_\_ F  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono: Domicilio \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Idioma principal \_\_\_\_\_  
 Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 E mail \_\_\_\_\_ Pediatra / Medico de Familia \_\_\_\_\_ MD  
 Farmacia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**\*\* Información: el padre biológico de \_\_\_ adoptivos \_\_\_ guardian legal \_\_\_\*\***  
(Debe presentar comprobante de derechos de los padres o tutela legal antes de ser vistos por los proveedores).

**INFORMACION DE LOS PADRES**

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Nombre del Padre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Domicilio (si es diferente del paciente) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Codigo postal \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_  
 Numero de telefono: Domicilio/Celular \_\_\_\_\_ Numero de telefono: Domicilio/Celular \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO**

Nombre del Seguro Madre / Padre / Otro \_\_\_\_\_ Identificacion del subscriptor \_\_\_\_\_ Numero del contrato \_\_\_\_\_  
 Numero del Grupo \_\_\_\_\_  
 (Por favor presente una copias ORIGINALES del seguro y licencia de manejar)

**CONSENTIMIENTO**

Yo la persona firmando este formulario certifico que mi dependiente tiene Seguro con la compañía mencionada y doy permiso de pagar directamente al grupo : Pediatric neurologists of palm Beach por los servicios prestados. Yo entiendo que soy completamente responsable for todos los servicios rendidos que no son pagados por la compañía de Seguro . Yo firmando doy la autorización al grupo : Pediatric neurologists of palm Beach para dar cualquier informacion necesaria para asegurar el pago de sus servicios. Yo tambien autorizo el uso de mi firma para todas las demandas de pago presentadas al seguro.

Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 12959 Palms West Drive<br>Suite 120<br>Loxahatchee, FL 3470 | 5610 PGA Boulevard<br>Suite 214<br>Palm Beach Gardens, FL 33418 | 150 SW Chamber Court Ste 203<br>Suite 203<br>Port St Lucie, FL 34986 | 10301 Hagen Ranch Rd St<br>Suite D903<br>Boynton Beach, FL 33437 |
|---|---|--|--|

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

[www.pedineurologists.com](http://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

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

Novette Green, APRN  
Alyssa Ausnehmer, APRN  
Alejandra P. Stevenson, APRN

### Delegacion de Consentimiento para Tratamiento Medico Informacion del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_

#### Informacion de los Padres : Necesiamos identificacion sino el niño no sera examinado

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

# de Telefono donde podemos llamar: \_\_\_\_\_

#### Persona designada: Debe proporcionar Identificacion Caregiver Information sino el niño no sera examinado

Nombre: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

# de Telefono a cual podemos llamar \_\_\_\_\_

La persona designada tiene mi autorizacion para aceptar cualquier tratamiento medico, quirurgico y otras procedimientos necesarias I apropiadas (Incluidas estan anasthesia, suero, transfusion de sangre, pruebas diagnosticas, servicios mentales, etc), que podria necesitar el paciente nombrado en este documento y eso incluso cuando yo no este presente. Si las circunstancias permiten me gustaria que el doctor consulte conmigo sobre ese tratamiento.

Este consentimiento sirve para permitir el tratamiento en CUALQUIER Hospital, cuarto de Emergencia, y personal medico.

Yo acepto pagar por todos los servicios que mi hijo/hija reciba en my ausencia.

Esta delegacion sera valida hasta \_\_\_\_\_, O hasta que yo retire la delegacion de consentimiento

Firmas:

Paciente/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Traductor (si es aplicable) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

12959 Palms West Drive  
Suite 120  
Loxahatchee, FL 3470

5610 PGA Boulevard  
Suite 214  
Palm Beach Gardens, FL 33418

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

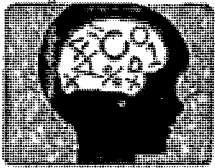
10301 Hagen Ranch Rd St  
Suite D903  
Boynton Beach, FL 33437

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

[www.pedineurologists.com](http://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/emailed to STAFF@PEDIATRICNEUROLOGISTS.NET (sender secures).



# Pediatric Neurologists of Palm Beach

## Historia Medica

Fecha de la visita: \_\_\_\_\_

|  |   |  |
|--|---|--|
| Nombre del paciente  | <u>Fecha de Nacimiento</u>  | Sexo <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino |
| Quien es su Pediatra / Doctor  | Edad  | Grado de Colegio   |
| Lenguaje Primario  | Los Padres son<br><input type="checkbox"/> Naturales <input type="checkbox"/> Adoptados <input type="checkbox"/> Foster   |  |
| Si estan Divorciados /Separados quien tiene la custodia?<br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Conjuntos | Quien es el padre que tiene derecho de hacer decisions medicas?<br><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      |    |    | Dolor de Cabeza            |    |    | Diarrea                   |    |    |
| Perdida de peso        |    |    | Perdida de audicion        |    |    | Estreñimiento             |    |    |
| Aumento de Peso        |    |    | Problemas de vista         |    |    | Vomitos                   |    |    |
| Enuresis Nocturna      |    |    | Dificultades con ejercicio |    |    | Dolor de estomago         |    |    |
| Episodios de Ausencias |    |    | Sincope                    |    |    | Articulaciones inflamadas |    |    |
| Agresion               |    |    | Mareos                     |    |    | Palpitaciones             |    |    |
|                        |    |    | Depresion                  |    |    | Sed excesiva              |    |    |
| Erupcion               |    |    | Alucinacion                |    |    | Fatiga                    |    |    |

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).

## 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 |
|----------|--------|---------------|---------------------|------------------|
|          |        |               |                     |                  |

## HISTORIA DE COLEGIO

| GRADO | CLASE REGULAR   | REPITIO   | NOTAS     | PT /OT  | THERAPIA DE HABLA                                       |
|-------|---|---|-----------|---|---|
|       | <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   |
|---|---|---|---|
|   | ....Horas ..... Min                                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| SE DESPIERTA FRECUENTEMENTE?                            | INQUIETO(A) DOLORES 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 significante 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/emailed to STAFF@PEDSNEURO.NET (sender secures).

## Pediatric Neurologists of Palm Beach

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

Novette Green, APRN  
Alyssa Ausnehmer, APRN  
Alejandra P. Stevenson, 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 proporcionarles 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

5610 PGA Boulevard  
Suite 214  
Palm Beach Gardens, FL 33418

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

10301 Hagen Ranch Rd St  
Suite D903  
Boynton Beach, FL 33437

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

[www.pedineurologists.com](http://www.pedineurologists.com)

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).

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 4<sup>th</sup> 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

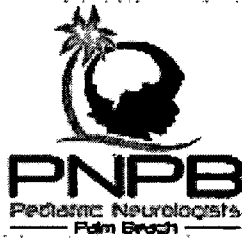
Rev 1/2018



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).

### Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage (ABN)



Notifier: Pediatric Neurologists of Palm Beach

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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 \$ 216
- APRN Follow Up \$ 146
- Neuropsych CARS2 \$ 250
- Neuropsych Test ADOS \$ 500
- EEG, 20 min \$ 450.00
- EEG, 41-60 min \$ 600.00
- EEG, Over 1 hour \$ 700.00
- EEG Monitoring/Video 24 hr \$ 1600.00
- EEG Monitoring w/o Video 24hr \$ 865.00
- Polysomnogram, >6year \$ 975.00
- Polysomnogram, <5year \$ 975.00
- Polysomnogram, w/ CPAP \$ 1100.00
- Multiple Sleep Latency TEST \$ 650.00

Edwin Liu, M.D.

Bernardo Flasterstein, M.D.

Farjam Farzam, M.D.

Abigail E. Ley, M.D.

Novette Green, D.N.P.

Alyssa P. Ausnehmer, A.P.R.N.

Alejandra P. Stevenson,  
A.P.R.N.

12959 Palms West Drive  
Suite 120  
Loxahatchee, FL 33470

5610 PGA Boulevard  
Suite 214  
Palm Beach Gardens, FL 33418

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

10301 Hagen Ranch Road  
Suite D 930  
Boynton Beach, FL 33437

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

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

By completing the following forms you consent to electronic signatures.

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

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

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

**Constitutional**

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

**Cardiovascular**

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

**Endocrine**

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

**Allergy/Immunology**

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

**ENT**

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

**Gastrointestinal**

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

**Genitourinary**

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

**Rheumatology**

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

**Hematologic**

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

**Musculoskeletal**

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

**Neurologic**

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

**Psychiatric**

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

*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).*

# Telemedicine Consent Form Florida

## ENGLISH:

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 airing 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.

## SPANISH:

Entiendo que las visitas de telemedicina son de uso electronico tecnologico para poder comunicarse con el proposito de proporcionar servicios medicinales donde el doctor y paciente esten localizados.

Entiendo que las institucion se basa en al Estado de Florida y al igual usa Telemedicina para conducir consultas con los pacientes.

Entiendo que con el uso de telemedicina la interaccion entre doctor e paciente esta basada en tiempo real de comunicacion, por video y audio.

Entiendo que las leyes protejen la privacidad y confidencialidad al igual como la confidemcialidad de la informacion medica por medico de laLey responsabilidad y portabilidad de Seguro de salud (HIPPA- por sus siglas en ingles) que aplican a la telemedicina

Entiendo que sere responsable de algun pago o copagos que apliquen a una visita Telemedinal.

Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en cualquier momento en el curso de cuidado medico, sin que afecte el derecho de ningun tratamiento en un future. Tengo el derecho de acceso a mi informacion medica para inspeccionar cualquiera de esa informacion que haya sido transmitida por telemedicina. Tengo el derecho de mi privacidad donde or cuando sea necesaria y busco el consentimineto en orden para relevar mi informacion a no ser que sea permitido po 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.

**By completing the following forms you consent to electronic signatures.**

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

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.

Favor de marcar dentro de esta caja si algun representante a firmado este consentimiento a favor del paciente.

PATIENT Name/ Nombre de el Paciente

First Name/ Nombre

Last Name/ Apellido

- PARENT Signature/ Firme de el paciente o representante

- Date/ Fecha

- Submit/ Someter

