



**Edwin Liu, M.D.**

**Bernardo Flasterstein, M.D.**

**Farjam Farzam, M.D.**

**Abigail Ley, M.D.**

**Novette Green, D.N.P.**

**Michelle L. Jampol, A.R.N.P.**

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

\_\_\_\_\_  
**12959 Palms West Drive  
Suite 120  
Loxahatchee, FL 33470**

\_\_\_\_\_  
**11310 Legacy Avenue  
Palm Beach Gardens, FL  
33410**

\_\_\_\_\_  
**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 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 \_\_\_\_\_

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

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial media \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_ Numero De Seguro Social \_\_\_\_\_  
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 subscritor \_\_\_\_\_ 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 autorizacion 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.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# *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 decisions 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			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		

## 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 FREQUENTEMENTE?	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

## 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

Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**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.

**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 podamos llamar \_\_\_\_\_

La persona designada tiene mi autorizacion para aceptar cualquier tratamiento medico, quirurgico y otras procedimientos necesarios e apropiados (Incluidas estan anasthesia, suero, transfusion de sangre, pruebas diagnosticas, servicios mentales, etc), que podria necesitara el paciente nombrado en este documeto 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:

Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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



# Pediatric Neurologists of Palm Beach

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

Novette Green, ARNP  
Michelle Jampol, ARNP  
Alyssa Ausnehmer, ARN

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
<input type="checkbox"/> Pueden dejar mensaje con detalles	<input type="checkbox"/> Pueden mandar a mi domicilio
<input type="checkbox"/> Pueden dejar mensaje con el numero de llamar de vuelta	<input type="checkbox"/> Pueden mandar a mi officinal/trabajo
<input type="checkbox"/> Pueden llamar a mi trabajo	<input type="checkbox"/> Pueden mandar al Fax Numero _____

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

12959 Palms West Drive Suite 120	11310 Legacy Avenue	150 SW Chamber Court Ste 203
Loxahatchee, Florida 33470	Palm Beach Gardens, FL 33410	Port St Lucie, Florida 34986
Phone (561) 753-8888 Fax (561) 795-5004		

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