



# NEUROLOGY ASSOCIATES, P.A.

NA # \_\_\_\_\_

## Historial médico paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Referir el dr. \_\_\_\_\_

**Más allá de historial médico:** Compruebe todos que usted tenga o ha tenido en el pasado :

<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas del seno
<input type="checkbox"/> Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Rico en colesterol	<input type="checkbox"/> Problemas del sueño
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sueño Apnea	<input type="checkbox"/> El roncar
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/jaquecas	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Movimiento
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Síndrome agitado de la pierna	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asimientos	

**Procedimientos y fechas quirúrgicos:**  Compruebe aquí si usted no ha tenido ninguna cirugía anterior


Nombre y localización de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Medicaciones:** (Include prescriptions, over the counter medications, vitamins, & hormones, etc.):

Compruebe aquí si usted no toma NINGUNA medicación

Nombre de la medicación	Dosis	Frecuencia	Nombre de la medicación	Dosis	Frecuencia

**Alergias y reacciones de la droga:**  Compruebe aquí si usted no tiene ninguna alergia sabida de la droga

¿ Usted ha tenido siempre una reacción al tinte del intravenoso? \_\_\_\_\_


**Antecedentes familiares :** Utilice las letras correctas para demostrar si un miembro inmediato de la familia hace tenido los problemas uces de los enumerar:

<b>Madre=M</b>	<b>Abuela:</b>	<b>Madre de la madre=MGM</b>	<b>Madre del padre=PGM</b>	<b>Hermana=S</b>
<b>Padre=F</b>	<b>Abuelo:</b>	<b>Padre de la madre=MGF</b>	<b>Padre del padre=PGF</b>	<b>Hermano=B</b>
<input type="checkbox"/> Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta	<input type="checkbox"/> Asimientos	<input type="checkbox"/> Movimiento
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Rico en colesterol	<input type="checkbox"/> Problemas del seno	
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/jaquecas	<input type="checkbox"/> Sueño Apnea	<input type="checkbox"/> Problemas del sueño	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> El roncar	

### Historia social:

<b>Uso del alcohol:</b>	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Bebedor social	#Bebidas/semana _____
<b>Uso del cafeína:</b>	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Uso de vez en cuando	#Bebidas/semana _____
<b>Uso del tabaco:</b>	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Fuma	#Paquetes/día _____ <input type="checkbox"/> Tabaco oral
<b>Uso de la droga:</b>	<input type="checkbox"/> No utilice	<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> Drogas IV <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Estado civil:</b>	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Widowed	<b>Educación Ilana:</b>	_____
<b>Ocupación:</b>	<b>Patrón:</b>		

(Continúe en el otro lado de la forma)



# NEUROLOGY ASSOCIATES, P.A.

**Salud general:** Compruebe todos que usted ha tenido en los últimos 3 meses.  **Compruebe aquí si es embarazado**

<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> La nariz sangra	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Debilidad del músculo	<input type="checkbox"/> El enfocarse del problema
<input type="checkbox"/> Fever/Chills	<input type="checkbox"/> Sonido en oídos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	<input type="checkbox"/> Pensamientos que disturban
<input type="checkbox"/> Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/> Goteo de Postnasal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor que tira	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> La noche suda	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Tragar problema	<input type="checkbox"/> Cambie en topos	<input type="checkbox"/> Moodiness
<input type="checkbox"/> Disturbio del sueño	<input type="checkbox"/> Garganta dolorida	<input type="checkbox"/> Ardor de estómago	<input type="checkbox"/> Terrones de la piel	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/> Aumento/pérdida del peso	<input type="checkbox"/> Dolores en boca	<input type="checkbox"/> Hemorrhoids	<input type="checkbox"/> Erucciones de piel	<input type="checkbox"/> Pensamientos homicida!
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Vertigo	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Apagones/que se desmayan	<input type="checkbox"/> Cambie en períodos
<input type="checkbox"/> Descarga del ojo	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho en descanso	<input type="checkbox"/> Náusea/el vomitar	<input type="checkbox"/> Dificultad del discurso	<input type="checkbox"/> El sudar excesivo
<input type="checkbox"/> Dolor /dolor del ojo	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho/ejercicio	<input type="checkbox"/> Dificultad urinating	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/jaquecas	<input type="checkbox"/> Con /calor/frío del problema
<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión	<input type="checkbox"/> Color azul de la piel	<input type="checkbox"/> Urination frecuente	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
<input type="checkbox"/> Visión velada	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sangre en orina	<input type="checkbox"/> Parálisis/debilidad	<input type="checkbox"/> Hambre excesiva
<input type="checkbox"/> Ojos rojos	<input type="checkbox"/> Shortness de la respiración	<input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Sangría anormal
<input type="checkbox"/> Red eyes	<input type="checkbox"/> Hinchazón del tobillo	<input type="checkbox"/> Urination doloroso	<input type="checkbox"/> Asimientos	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Ojos hinchados	<input type="checkbox"/> Tos/Croup	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> El zumbir	<input type="checkbox"/> Contusión
<input type="checkbox"/> Vértigos	<input type="checkbox"/> Tos encima de la sangre	<input type="checkbox"/> Dolor común	<input type="checkbox"/> Temblores	
<input type="checkbox"/> Pérdida de oído	<input type="checkbox"/> El roncar	<input type="checkbox"/> Tiesura común	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<b>Hembras:</b>
<input type="checkbox"/> Hoarseness	<input type="checkbox"/> Respiración rápida	<input type="checkbox"/> Movimiento limitado	<input type="checkbox"/> Cambios del sueño	Menstrual pasado
<input type="checkbox"/> Obstrucción nasal	<input type="checkbox"/> Wheezing	<input type="checkbox"/> Dolor /calambres del músculo	<input type="checkbox"/> Depresión	Período _____

**Patrones del sueño:** ¿Cómo está probablemente usted a dormir apagado o a caer dormido (sensación no justa cansada) en las situaciones siguientes?  
**Nunca=0      Ocasión leve=1      Ocasión moderada=2      Alta ocasión=3**

**Situación: Ocasión de dormir**

El sentarse y lectura \_\_\_\_\_

TV que mira \_\_\_\_\_

El sentarse inactivo en un lugar público tiene gusto de un teatro o de satisfacer \_\_\_\_\_

El montar como pasajero en un coche por una hora sin una rotura \_\_\_\_\_

El acostarse al resto por la tarde \_\_\_\_\_

El sentarse y el hablar con alguien \_\_\_\_\_

El sentarse reservado después de almuerzo sin alcohol \_\_\_\_\_

En un coche mientras que está parado por algunos minutos \_\_\_\_\_

**Total de columna** \_\_\_\_\_

La cantidad media de sueño usted consigue la mayoría del nights \_\_\_\_\_  
 Cheque uno: Después de que una noche completa del sueño, usted se sienta  Reclinado y restaurado o  Cansado excesivamente a través del día.  
 ¿Usted golpea sus pies o piernas con el pie a través de la noche? Sí /No      ¿Usted sufre de dolores de cabeza de la mañana? Sí /No  
 ¿Usted ronca en alta voz? Sí /No      ¿Usted para el respirar en su sueño? Sí /No

**Escala del insomnio:** Si usted tiene dificultad/insomnio del sueño, termine esta sección:

¿Cómo muchas noches a la semana usted tiene caer de los problemas dormido o permanecer dormido? \_\_\_\_\_

¿Cómo desea usted ha tenido este problema? \_\_\_\_\_

Clasifique la severidad de los problemas siguientes en la carta abajo:

**Ningunos problemas=0      Problema suave=1      Problema moderado=2      Problema severo=3**

El caer de los problemas dormido \_\_\_\_\_

Dificultad que permanece awakenings dormidos/frecuentes \_\_\_\_\_

Despertando anterior que usted deseo \_\_\_\_\_

Sleepiness del día \_\_\_\_\_

Función pobre/ deteriorada en el país o trabajo \_\_\_\_\_

Oscilaciones del humor \_\_\_\_\_

Pérdida de la memoria \_\_\_\_\_

Siendo hiperactivo, ansioso, o nervioso durante el día \_\_\_\_\_

**Total de columna** \_\_\_\_\_

**Firma paciente** \_\_\_\_\_



Nombre paciente: \_\_\_\_\_

**Autorización para el tratamiento**

Autorizo por este medio las exámenes, los tratamientos, las medicaciones, las pruebas, y los procedimientos tales como puede ser prescrito por los asociados de la neurología, el médico del PA o la ayudante del médico a cargo de mi cuidado.

**Aceptación de la responsabilidad financiera**

Entiendo que soy directamente responsable de todos los costos médicos que cueste lo que cueste de la cobertura de seguro y si o no el tratamiento es necesario como resultado de un accidente en el cual otra persona sea culpable. Entiendo que soy responsable de cualquier deducibles, co-pago, co-insurance o las cantidades de los servicios no cubiertos por mi portador de seguro.

**Asignación de ventajas**

Autorizo por este medio el pago por mi portador de seguro directamente a los asociados de la neurología, PA para cualquier médico y/o servicios médicos o ventajas.

**Designación del representante personal**

Señalo por este medio a individuos siguientes como mis representantes personales y autorizo a asociados de la neurología, PA a lanzar cualquier información verbal o escrita sobre mí a mis representantes personales como puede ser necesario asistir con mi tratamiento en curso. Seguirá habiendo esta designación y autorización en efecto hasta revocado por mí en la escritura.

<u>Nombre representativo personal</u>	<u>Relación</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Firmando este documento reconozco que entiendo y convengo los términos y las condiciones precedentes.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente, del padre o del guarda)                      \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Reconocimiento del recibo del aviso de las prácticas de la aislamiento**

Entiendo que los asociados de la neurología, PA utilizarán y divulgar mi información personal de la salud según la neurología se asocia, el aviso del PA de la aislamiento practico (el "aviso"). Reconozco que he recibido una copia del aviso.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente, del padre o del guarda)                      \_\_\_\_\_  
(Fecha)