

# Neurology Center of Wichita

Dr. Subhash Shah, M.D and Kathryn Welch, PA-C

220 S. Hillside Wichita, KS 67211 · Phone: 316-686-6866 · Fax: 316-686-9797

En orden para que el médico le proporcione una evaluación completa y exhaustiva, los formularios cerrados deben completarse completamente antes de su cita. Si algo no se aplica al paciente o usted no sabe la respuesta por favor indíquelo escribiendo "Unknown" o "n/a". No deje ninguna pregunta o información solicitada en blanco. Si tiene alguna pregunta o necesita aclaración sobre cualquiera de estos formularios, por favor llame a nuestra oficina al 316-686-6866 y estaremos encantados de ayudarle.

Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado posible. Su clara comprensión de nuestra oficina y política financiera es importante. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestros honorarios, política financiera, o su responsabilidad.

## **Lista de verificación de lo que necesitaremos antes o en el momento de las citas y la política financier** **Por favor, inicial los espacios proporcionados en 1-11 que usted está de acuerdo y entiende.**

1. \_\_\_\_\_ Usted debe traer a su niño/paciente a **todas** las citas. La mayoría de las compañías de seguros no pagarán por la visita si el paciente no está presente para la cita. Si el paciente tiene menos de 18 años de edad, debe tener un padre o tutor legal con ellos en cada cita.
2. \_\_\_\_\_ Por favor traiga todas las tarjetas de seguro o una copia clara de la parte delantera y trasera de las tarjetas.
3. \_\_\_\_\_ Si su póliza de seguro requiere una referencia debe venir del médico de atención primaria que atiende al paciente. Si no tenemos la referencia en el momento del check-in, se le requerirá que firme una exención que acepte la responsabilidad financiera de la cita o que decida reprogramar
4. \_\_\_\_\_ ¿Ha tenido el paciente un EEG, EEG video, MRI o CT, ultrasonido de la cabeza? Si es así, el médico necesitará un CD de las imágenes, no sólo el reporte. Si EMG/NCT, trabajo de laboratorio o pruebas genéticas hechas; Si usted ha visto a un especialista tal como otro neurólogo, psicólogo, genetista o pediatra del desarrollo; Si usted ha tenido alguna hospitalización o visitas de ER relacionadas con esta visita **POR FAVOR, INFORMENOS ANTES DEL DIA DE SU CITA PARA QUE PODAMOS CONSEGUIR ESOS EXPENDIENTES ANTES DE QUE USTED SEA VISTO.**
5. \_\_\_\_\_ Por favor traiga una lista de todos los medicamentos actuales de todos los proveedores que atiendan a su paciente.
6. \_\_\_\_\_ Traer cualquier documentación legal sobre situaciones de custodia y/o tutela legal. Nuestra oficina no se involucra en situaciones de divorcio. Si uno de los padres legalmente no puede tener información sobre un paciente, debemos tener la documentación que lo respalde.
7. \_\_\_\_\_ **CO-PAGO, CO-SEGURO, & DEDUCTIBLE** se adeudan en el **momento del servicio** a menos que se hagan arreglos de pago antes de la cita. Se espera que los pacientes sin seguro paguen la mitad del costo en el momento de la cita. Aceptamos efectivo, cheque, MasterCard, Visa.
8. \_\_\_\_\_ Los arreglos financieros/opciones del plan de pago están disponibles si es necesario. Por favor llame y hable con el departamento de facturación en 316-686-6866X216 para hacer los arreglos antes de la cita. Los servicios deben ser pagados puntualmente de acuerdo con términos y acuerdos. En caso de impago, por seguro o por mí mismo, acepto pagar cobros de colecciones, y/o honorarios de abogado. Asigno el pago directamente al Centro de Neurología de Wichita por los beneficios médicos, si los hubiere, por los servicios que se describen.

9. \_\_\_\_\_ Los pacientes con Kancare/Medicaid deben mantener nuestra oficina informada de toda la cobertura de seguro. Usted debe informar a KS Medicaid y el plan de cuidado administrado (Sunflower, AMERIGROUP, United Health Community Plan) de todas las pólizas de seguro que cubran al paciente. El no hacerlo resultará que el partido responsable deba el saldo total. Todos los reclamos legalmente deben ser presentados con cobertura primaria antes de que pueda ser archivado a Kancare/Medicaid secundario.
10. \_\_\_\_\_ Se le cobrará un cargo de \$25 si no se presenta para su cita o la cita no se cancela/reprograma 24 horas ANTES de la hora de la cita
11. \_\_\_\_\_ Todas las preocupaciones/preguntas deben ser dirigidas a la oficina por teléfono. Por favor, no se comunique por correo electrónico ya que no siempre es confiable y sus preocupaciones pueden no ser abordadas de manera oportuna.

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no nos involucramos en conflictos entre usted y su seguro con respecto a deducibles, copagos, cargos cubiertos, coordinación de beneficios y otros asuntos relacionados con el reembolso. Si su seguro no ha pagado en 120 días, la cantidad adeudada se convertirá en su responsabilidad.

Seguro **primario**: \_\_\_\_\_

Nombre de los titulares de la tarjeta como se muestra en la tarjeta

\_\_\_\_\_

# de Polica \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_

El seguro requiere referencia Si o NO

Nombre de doctor primario \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de titular de la tarjeta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con patient \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Seguro **secundario**: \_\_\_\_\_

Nombre de los titulares de la tarjeta como se muestra en la tarjeta

\_\_\_\_\_

# de Polica \_\_\_\_\_

# de Grupo \_\_\_\_\_

El seguro requiere referencia Si o NO

Nombre de doctor primario \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de titular de la tarjeta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con patient \_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

**\*\* Consejos para ayudar a su reclamo procesar sin problemas \*\***

\* Responder siempre a la información solicitada de su compañía de seguros, incluso si usted está seguro de que es la información que ya tienen.

\* La mayoría de las compañías de seguros le pedirán que actualice la COB-coordinación de beneficios una o más veces al año. La mayoría de las compañías de seguros no procesarán sus reclamos sin esta información.

\* Todas las compañías de seguros tienen su propio límite de presentación oportuna en el cual las reclamaciones deben ser presentadas. Si no tenemos toda la información necesaria para presentar su reclamación en su límite de tiempo específico, la compañía de seguros no pagará la reclamación.

\* Siempre traiga la copia más actualizada de la tarjeta de seguro a todas las citas, incluso si nada ha cambiado. A veces hay cambios menores que no le afectan pero afectan la forma en que las oficinas médicas tienen que procesar sus reclamos.

\* Conozca su póliza. No decidimos qué o cuánto paga su póliza o cubre. Por favor llámenos al 316-686-6866 X 216 si usted recibe una declaración y siente que sus reclamos no fueron procesados o pagados correctamente.

¡Gracias!

\* **Al firmar a continuación**, reconozco que he leído la información de arriba en la Página 1 y 2 y estoy de acuerdo con los términos/condiciones. Entiendo que soy responsable de todos los costos de tratamiento médico, independientemente de lo que mi compañía de seguros puede o no puede pagar. Esta firma también servirá como firma en el archivo para la asignación de beneficios de seguro. Por la presente autorizo al centro de Neurología de Wichita a que libere cualquier información adquirida en el curso del examen o tratamiento de mi hijo a las compañías de seguros según sea requerido para el procesamiento de reclamos.

\* **Al firmar a continuación**, también reconozco que tengo derecho a una copia del centro de Neurología del aviso de prácticas de privacidad de Wichita. Este folleto indica cómo protegeremos siempre la información de salud personal de su hijo/a y no divulgará ninguna información sin su consentimiento.

\_\_\_\_\_ Se ofreció, pero niego tener una copia de la política de privacidad \_\_\_\_\_ Me gustaría una copia de la política de privacidad

Nombre escrito del guardian \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardian \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\*\* Por favor sea específico acerca de la relación con el paciente, es decir, biológico/Step/Foster/padre adoptivo, tía/tío, tutor legal, etc \*\*

# Neurology Center of Wichita

Dr. Subhash Shah, M.D and Kathryn Welch, PA-C

220 S. Hillside Wichita, KS 67211 · Phone: 316-686-6866 · Fax: 316-686-9797

## EVALUACIÓN DE NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Nombre de Mama \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Los padres son (circule) Casado Divorciado Soltero Viudo

Otro \_\_\_\_\_

Queja principal: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lbs. \_\_\_\_\_ Onz. Edad gestacional (semanas en el útero): \_\_\_\_\_

Parto:  Normal  Cesaria  Pinzas  Anestesia

Salio del hospital en el día # \_\_\_\_\_ de la vida.

Problemas principales durante el período del recién nacido:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Historia materna

Uso de drogas durante el embarazo: S / N si sí, explique \_\_\_\_\_

Uso de alcohol durante el embarazo: S / N si sí, explique \_\_\_\_\_

Uso de tabaco durante el embarazo: S / N si sí, explique \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos durante el embarazo: S / N si sí explique \_\_\_\_\_

### Complicaciones

Náuseas matutinas Sí o NO

Sangrado: Sí o NO

Deshidratación: Sí o NO

Diabetes: Sí o NO

## HISTORIA DE DESARROLLO

(Si no está seguro de la fecha exacta, por favor ponga el retraso, normal o avanzado)

Sonrisa social: \_\_\_\_\_ Rodada: \_\_\_\_\_

Sentarse sin apoyo: \_\_\_\_\_ Caminar: \_\_\_\_\_

Habló primeras palabras que no sean "Mamá" o "Papa":  
\_\_\_\_\_

Habló breve oración: \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA PASADA

Inmunizaciones/Vacunas al corriente: sí no

Hospitalizaciones o cirugías: \_\_\_\_\_

Enfermedades graves o lesiones en la cabeza:  
\_\_\_\_\_

Convulsiones: Inicio: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pruebas y visitas médicas anteriores: marque con un círculo todas las que correspondan:

EEG    Video    EEG    MRI    CT    Cabeza ultrasonido  
EMG / NCT    Analisis de Sangre    Neurólogo  
Psicólogo    Genetista    Pediatra de desarrollo

## HISTORIA FAMILIAR

- Convulsiones    Retraso mental    Migrañas  
 Parálisis cerebral    Distrofia muscular    Depresión  
 Otros disordenes psiquiátricos

Nombre de hermanos

Edad de hermanos

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Partos malogrados: \_\_\_\_\_

## HISTORIA SOCIAL

Padres:     Natural    Adoptivo    Foster    Tutor/Guardian legal

Educación de padre: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Educación de madre: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Número de teléfono principal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Correo electrónico para el Portal del paciente \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estudiante SÍ / NO  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria \_\_\_\_\_  
Médico Referente \_\_\_\_\_  
Los padres son (circule) Casado Divorciado Soltero Viudo Otro - \_\_\_\_\_  
El paciente vive con (circule todos los que correspondan)  
Madre Padre Madrastra Padrastro Abuela  
Abuelo Madre adoptiva Padre adoptivo  
Guardián(es) legal(es) Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Nombre del tutor legal** \_\_\_\_\_  
\* (Llenando esta porción, tenemos permiso para hablar con esta persona sobre los resultados de laboratorio del niño y la información de citas hasta que el tutor legal lo notifique)

Por favor **ESPECIFIQUE LA RELACIÓN** con el paciente (es decir, biológico / paso / adoptivo / adoptivo)  
\_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
# de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
# de Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
¿Dan permiso para dejar mensajes con información de citas y resultados de las pruebas a los números anteriores? SI NO  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Codigo Postal \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto secundario** \_\_\_\_\_  
\* (Llenando esta porción, tenemos permiso para hablar con esta persona sobre los resultados de laboratorio del niño y la información de citas hasta que el tutor legal lo notifique)

Por favor **ESPECIFIQUE LA RELACIÓN** con el paciente (es decir, biológico / paso / adoptivo / adoptivo)  
\_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
# de Casa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
# de Trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
¿Dan permiso para dejar mensajes con información de citas y resultados de las pruebas a los números anteriores? SI NO  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Codigo Postal \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (indique el contacto que no sea mamá o papá)

\_\_\_\_\_  
\* (Llenando esta porción, tenemos permiso para hablar con esta persona sobre los resultados de laboratorio del niño y la información de citas hasta que el tutor legal lo notifique)

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (indique el contacto que no sea mamá o papá)

\_\_\_\_\_  
\* (Llenando esta porción, tenemos permiso para hablar con esta persona sobre los resultados de laboratorio del niño y la información de citas hasta que el tutor legal lo notifique)

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Raza del paciente: marque todos los que correspondan

\_\_\_\_\_ Indio americano o nativo de Alaska

\_\_\_\_\_ Asiático

\_\_\_\_\_ Negro o Afroamericano

\_\_\_\_\_ Hispano

\_\_\_\_\_ Blanco

\_\_\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No reportado / Rehusó reportar

Etnicidad-por favor marque todo lo que aplique

\_\_\_\_\_ Hispano o latino

\_\_\_\_\_ No Hispano o Latino

\_\_\_\_\_ No denunciado / Se negó a informar