

# Neurodiagnostic Laboratories

## EEG Data Sheet

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Usted escribe con la mano: Derecha Izquierda

Sexo: Femenino Masculino

A tenido un examen de EEG en el pasado?: Yes No

Que es la razón para este examen: \_\_\_\_\_

Simptomas que esta teniendo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que esta tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

State of Consciousness: \_\_\_\_\_ Sedation during test: Y/N

HV performed: Y/N \_\_\_\_\_

PS performed: Y/N \_\_\_\_\_

Alpha: \_\_\_\_\_ Beta: \_\_\_\_\_

Theta: \_\_\_\_\_ Delta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referring Physician: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## **Forma de Consentimiento de Examen de Electroencefalografía (EEG)**

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo a someterme a una prueba de electroencefalografía (EEG) que mi medico ha solicitado para entender mi condición medica.

Tengo entendido que el examen de EEG implica la colocación de electrodos de grabación en el cuero cabelludo que registra la actividad cerebral. También entiendo que se les puede pedir a respirar fuertemente y mirar luces direccionales. No se conoce efectos secundarios de este procedimiento como su propósito es medir y registrar y no para proporcionar terapia o tratamiento.

He sido debidamente informado de los riesgos, las complicaciones, las consecuencias y beneficios, así como reconozco que no ahí garantías de EEG. La alternativa de EEG es que no sea realizado, en cuyo caso la información relativa a trastornos del sistema nervioso central no serán específicamente obtenidos.

Mis preguntas de EEG han sido respondidas y reconozco el anterior y deseo proceder.

\_\_\_\_\_

Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Medico/ Testigo

## **Autorizacion Para Divulgar Informacion Medica**

Yo autorizo a esta practicaa de hacer usos y divulgacion de mi informacion de salud protegida (informacion acerca de I y los registros financieros) como se indica a continuacion.

*Otros mas que a mi mismo, y el medico remitente,  
esta informacion se debe divulgar a:*

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

### **Verificacion De Aseguranza**

Las prestaciones se determinaran una vez que la reclamacion es recibida por su compania de seguros. Nuestra intalacion proporcionara el servicio de facturacion de su compania de seguros medicos. Usted es responsable de que nos de toda la informacion correcta y completa con respecto a su cobertura de seguro medico. Es tambien responsabilidad del paciente todos los deductibles, co-aseguranza, y co-pagos, si es requerido por su poliza de seguro. Si la compania de seguros niega nuestra demanda por razones que no podemos apelar, usted entiende que la balancia se convertira en su responsabilidad.

Como un paciente de pago en efectivo, usted entiende que la mitad del pago por los servicios prestados, se debera en el momento del servicio, y un plan de pagos se puede acer despues.

A tener no fondos suficientes, un cargo de \$15 se le aplicara si su cheque es devuelto. En ese caso, nosotros solamente aceptaremos dinero en efectivo, carta de credito, y orden de dinero para el pago.

Yo e leido y entiendo que este consentimiento para liberar los registros medicos y poliza financier.

**Paciente/ Representante de paciente**

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

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

**INFORMACION DE PACIENTE**
**\*\*\*Por Favor Imprima\*\*\***
**Fecha De Hoy:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (casa): ( ) \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, nombre y número de teléfono de pariente más cercano:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia y Estado: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: S C D V Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE GARANTE-** Debe ser completado (por paciente o persona responsable)

Nombre de persona responsable/garante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**COMPENSACION DE TRABAJADORES/RECLAMACION DE ACCIDENTE DE AUTO** SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Dirección de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Ajustador: ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO: PRIMARIA** (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Garante de Póliza: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: Si mismo Esposo/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

SS# de asegurado: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de identificación de plan médico: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deducible Anual: \$ \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO: SECUNDARIA** (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Garante de Póliza: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: Si mismo Esposo/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

SS# de asegurado: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de identificación de plan médico: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deducible Anual: \$ \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro



## **Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practicas Privadas**

Su nombre y su firma en esta hoja indica que ha recibido una copia de la Notificación de Practicas Privadas de American Medical Diagnostics, Ltd (AMDX)/ NeuroDiagnostic Labs, LLC (NDL) en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta en respecto a la información en la Notificación de Practicas Privadas de AMDX/NDL, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de clínica o el oficial de privacidad de pacientes de AMDX/NDL como lo indica su aviso.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Si Representate de Paciente, Nombre: \_\_\_\_\_

Si Representate de paciente, Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Fecha que recibió Aviso: \_\_\_\_\_