



MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MEDICO

To better assist you, please complete all fields in this form.

Para ayudarlo mejor, complete todos los campos de este formulario.

Name/*Paciente*: _____ Age/*Edad*: _____

Injury Date/*Fecha de la lesión*: _____ Height/*Altura*: _____ Weight/*Peso*: _____ lbs/libras

Select one/*Seleccione uno*: Left-handed/*Zurdo(a)* Right-handed/*Diestro(a)* Ambidextrous/*Ambidextro(a)*

Married/*Casado(a)* Single/*Soltero(a)* Other/*Otro*: _____ How many children?/*¿Cuántos Hijos?*: _____

FEMALE PATIENTS ONLY / SOLO PACIENTES MUJERES

Are you pregnant? Yes/*Sí* No Are you breastfeeding? Yes/*Sí* No
¿Está usted embarazada? *¿Esta usted amamantando?*

Do you smoke?/*¿Usted fuma?* Yes/*Sí* No *If so, how many packs per week?/
Si es así, ¿cuántas cajetillas por semana?* _____

Alcohol?/*¿Usted toma alcohol?* Yes/*Sí* No *If so, how many per week?/
Si es así, ¿cuántas bebidas por semana?* _____

Street drugs?/*¿Drogas ilegales?* Yes/*Sí* No

If so, list all drugs taking/Si es así, cuales? _____

Are you currently working?/*¿Está trabajando actualmente?* Yes/*Sí* No Yes, but restrictions
Si, pero con restricciones

Explain/*Explique*: _____

Brief description of injury/*Breve descripción de la lesión*: _____

Did you go to the ER?/*¿Fue usted al hospital?* Yes/*Sí* No *Which one?/*¿Cuál?** _____

Describe your main symptoms/*Describa sus síntomas principales*: _____

Medical conditions/*Condiciones médicas*: _____

Known Family Medical History/*Historial médico familiar*: _____

List any surgeries that you have had/*Cirugías que haya tenido*: _____

Emergency Contact/*Contacto de emergencia*: _____

Relationship/*Parentesco*: _____ Phone/*Telefono*: _____



Patient Name: _____ Date: _____

REVIEW OF SYSTEMS

✓ Symptoms you have experienced the last 12 months ✓ Síntomas que haya experimentado en los ultimo 12 meses

Constitutional

- Night Sweats /Sudores Nocturnos
- Fatigue / Fatiga
- Weight Change /Cambios de Peso
- Other: _____

Ears, Nose, Mouth & Throat

- Hearing Loss / Perdida de Oir
- Sinus Problems / Sinuses
- Visual Changes /Cambios Visuales
- Facial Numbness or Tingling /Entumecimiento facial
- Other: _____

Respiratory

- Prolonged Cough /Tos prolongada
- Shortness of Breath /Dificultad para respirar
- Lung Problems / pulmones
- Other: _____

Cardiovascular

- Heart Problems / Problemas de Corazon
- Edema / Hinchazón
- Hypertension /Hipertensión
- Other: _____

Gastrointestinal

- Incontinence / Incontinencia
- Nausea /Náuseas
- Vomitting /Vómitos
- Difficulty Swallowing /Dificultad para comer
- Other: _____

Psychiatric

- Insomnia /Insomnio
- Irritability /Irritabilidad
- Depression /Depresión
- Anxiety /Ansiedad
- Recurrent bad thoughts /Malos pensamientos recurrentes
- Mood swings /Cambios de humor
- Hallucinations /Alucinaciones
- Phobias / Fobias
- Panic Attacks / Ataques de pánico
- Other: _____

Integumentary

- Hair Loss / Perdida de cabello
- Skin Lesions / Lesiones de la piel
- Other: _____

Musculoskeletal

- Joint problems /Problemas articulares
- Aching muscles /Dolor muscular
- Back Pain / Dolor de espalda
- Neck pain /Dolor de cuello
- Other: _____

Hematologic

- Anemia / Anemia
- Abnormal Bloodwork /Análisis de sangre anormal
- Blood Clots / Coágulos de sangre
- Other: _____

Endocrinological

- Thyroid problems /Problemas tiroideos
- Diabetes / Diabetes
- Changes in sex drive /cambios en el deseo sexual
- Impotence /impotencia
- Other: _____

Neurological

- Frequent headaches/Dolores de cabeza frecuentes
- Double vision/Visión doble
- Weakness /Debilidad
- Change in sensation /Cambios de sensación
- Problems with walking or balance /Problemas para caminar o mantener el equilibrio
- Dizziness /Mareo
- Tremor/Tembler
- Episodes of visual loss /Episodios de pérdida visual.
- Memory loss / Pérdida de memoria
- Confusion /confusión
- Disorientation /Desorientación
- Concentration Issues /problemas de concentración
- Poor attention span /poca capacidad de atención
- Speech problems /problemas del habla
- Other: _____

Immunologic

- Autoimmune Disorder / Desorden autoinmune
- Frequent Infections / Infecciones frecuentes
- HIV Exposure / Exposiciones al VIH
- Other: _____



PRESTON NEUROLOGICAL CENTER

EPILEPSY • TBI • DEMENTIA

MEDICAL DISCLOSURES & CONSENT

Please initial each and sign at the bottom; refer to our expanded documents for further information.

_____ **Consent for Use and Disclosure of Health Information:** I understand as part of this medical office's treatment, payment, and/or health care operations, it may be necessary to disclose my protected health information to another entity, and I consent to such disclosures for these permitted uses. This includes insurance carriers, third party administrators, case managers, attorneys, and healthcare providers as requested.

_____ **Assignment of Benefits :** I authorize Preston Neurological Center & its representatives to furnish all information necessary to file health insurance claims, or to obtain payment for your services. And I, hereby assign all medical benefits to which I am entitled relating to fees for your services, including Medicare and other government sponsored programs, private insurance, worker's compensation, group insurance, and attorneys.

_____ **Agreement to Pay:** I acknowledge and understand that I am responsible for all the charges for all the services rendered to me. I agree to pay out-of-pocket deductibles, and/or co-pays, and/or non-covered services as may be required under my health insurance plan when I receive treatment. If I do not have insurance coverage, I agree to pay my account in full or decide for prompt payment of the outstanding balance.

_____ **Communication Notice:** I would like for the following members of my family or others to have communication with this office regarding my medical condition, treatment, scheduling, payment and/or other confidential matters.

Name Relationship Phone Number

Name Relationship Phone Number

_____ **Communication Preferences:** The medical office is able to have the following initialed communications:

- Leave confidential information on voicemails
- Leave a voicemail or text message requesting a call back to our office
- Leave a voicemail or text message reminding you of your visit

_____ **No show or late cancellation Notice:** I agree if I do not show or cancel my appointment with less than 24 hours' notice, a \$30 cancellation fee will be applied.

_____ **Government Controlled Substances and Narcotics Notice:** I understand that this office does not usually prescribe controlled substances or narcotics and that they have a high potential for abuse and misuse and can cause serious adverse reactions such as lethargy, respiratory issues, depression, liver failure and even death. They also have the following strict guidelines:

1. Take medication only as prescribed, call for an appointment if updates of dosing are required.
2. **No medication will be filled before it is due even if it's lost or stolen.**
3. Call Pharmacy for refills. The pharmacy will contact us for approval.
4. **No prescription will be refilled after 5pm on Monday through Thursday, after 3pm on Friday, weekends and holidays or on an "emergency basis".**
5. If the refill date is on the weekend or holiday, contact the pharmacy at least 5 work days before and call our office to notify.

_____ **COVID Notice:** I confirm that I am not currently experiencing or have had close personal contact with symptoms commonly associated with COVID-19. For all future visits, I will inform this medical office promptly if my health status changes or if I become aware of any potential exposure to COVID-19.

PRINT NAME

SIGNATURE

DATE

FOR INTERNAL USE ONLY

OFFICE STAFF SIGNATURE

DATE



DIVULGACIONES MÉDICAS Y CONSENTIMIENTO

Por favor ponga sus iniciales en cada uno y firme en la parte inferior; consulte la información ampliada para obtener mas información.

_____ **Consentimiento para el uso y divulgación de información de salud:** Entiendo que como parte del tratamiento, pago y/o operaciones de atención médica de este consultorio médico, puede ser necesario divulgar mi información médica protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento para dichas divulgaciones para estos usos permitidos. Esto incluye compañías de seguros, administradores externos, administradores de casos, abogados y proveedores de atención médica según se solicite.

_____ **Asignación de Beneficios:** Autorizo a este consultorio médico a proporcionar toda la información necesaria para presentar reclamos de seguro médico u obtener el pago por sus servicios. Y por la presente asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho en relación con los honorarios por sus servicios, incluidos Medicare y otros programas patrocinados por el gobierno, seguros privados, compensación laboral, seguros grupales y abogados.

_____ **Acuerdo de pago:** Reconozco y entiendo que soy responsable de todos los cargos por todos los servicios que se me brindan. Acepto pagar deducibles de bolsillo y/o copagos y/o servicios no cubiertos según lo requiera mi plan de seguro médico cuando recibo tratamiento. Si no tengo cobertura de seguro, acepto pagar mi cuenta en su totalidad o decido pagar puntualmente el saldo pendiente.

_____ **Aviso de comunicación:** Me gustaría que los siguientes miembros de mi familia u otras personas se comunicaran con esta oficina con respecto a mi condición médica, tratamiento, programación, pago y/otros asuntos confidenciales.

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre _____ Parentesco _____ Número de teléfono _____

_____ **Preferencia de comunicación:** El consultorio médico podrá disponer de las siguientes comunicaciones rubricadas:

- Dejar información confidencial en los mensajes de voz.
- Deje un mensaje de voz o mensaje de texto solicitando una llamada a nuestra oficina.
- Deje un mensaje de voz o de texto recordándote tu visita

_____ **Aviso de no presentación o cancelación tardía:** Acepto que si no me presento o cancelo mi cita con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará una tarifa de cancelación de \$30.

_____ **Aviso sobre sustancias controladas por el gobierno y narcóticos:** Entiendo que esta oficina no suele recetar sustancias controladas ni narcóticos y que tienen un alto potencial de abuso y mal uso y pueden causar reacciones adversas graves como letargo, problemas respiratorios, depresión, insuficiencia hepática e incluso la muerte. También tienen las siguientes pautas estrictas:

1. Tome los medicamentos únicamente según lo recetado; solicite una cita si es necesario actualizar la dosis.
2. **No se surterá ningún medicamento antes de su fecha de vencimiento, incluso si se pierde o se lo roban.**
3. Llame a la farmacia para obtener resurtidos. La farmacia se comunicará con nosotros para su aprobación.
4. **No se resurterá ninguna receta después de las 5:00 p. m. de lunes a jueves, después de las 3:00 p. m. los viernes, fines de semana y feriados o en caso de "emergencia".**
5. Si la fecha de recarga es en fin de semana o feriado, comuníquese con la farmacia al menos 5 días hábiles antes y llame a nuestra oficina para notificar.

_____ **Aviso de COVID:** Confirmando que actualmente no estoy experimentando ni he tenido contacto personal cercano con síntomas comúnmente asociados con COVID-19. Para todas las visitas futuras, informaré a este consultorio médico de inmediato si mi estado de salud cambia o si me doy cuenta de cualquier posible exposición al COVID-19.

NOMBRE

FIRMA

FECHA

SOLO PARA USO INTERNO

FIRMA DEL PERSONAL DE OFICINA

FECHA



AUTHORIZATION TO REQUEST AND OBTAIN PROTECTED HEALTH INFORMATION

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ D.O.B.: _____

I authorize the request and release of my protected health information to **Preston Neurological Center and its representatives** for the purpose of continuation of medical care, and/or healthcare matters such as social security, disability, medical insurance, legal, school and/or worker's compensation.

INFORMATION BEING RELEASED/ACCESSED INCLUDES:

ALL MEDICAL RECORDS

Operative Reports

Blood Work Reports

Radiology Reports (e.g. MRA, MRI, CT Scan, Xrays, etc.)

Autorizo la solicitud y divulgación de mi información de salud protegida a Preston Neurological Center y sus representantes con el fin de continuar con la atención médica y/o asuntos de atención médica como seguridad social, discapacidad, seguro médico, compensación legal, escolar y/o laboral. La información que se va divulgar incluye todos expedientes medicos, informes operativos, análisis de sangre, y todo tipo de radiología. Tengo las siguientes restricciones:

I HAVE THE FOLLOWING RESTRICTIONS IN OBTAINING MY HEALTH INFORMATION:

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGALLY AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

Note: If the person signing above is a personal representative of the named individual, attach copy of document granting authority to the personal representative.