

**KERN COUNTY NEUROLOGICAL
MEDICAL GROUP, INC.
1705 28TH STREET
BAKERSFIELD, CA 93301**

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- Masculino
- Femenino

Numero de telefono: _____ Numero de celular: _____

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación: _____

Nombre de su doctor/a primario/a: _____ Número de teléfono: _____

Razón por su visita:

Por favor nombre todos los medicamentos que esté tomando actualmente. Incluyendo la aspirina.

Nombre del medicamento	Dosis del medicamento	Cuántas veces al día
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Es alérgico o alérgica a un medicamento?

Por favor marque si usted ha tenido alguno de estos problemas.

<input type="checkbox"/> Anginas	<input type="checkbox"/> Entumecimiento
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Problemas en la vista	<input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> La ciática
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas para pasar comida
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> Traumas en la cabeza	<input type="checkbox"/> Infecciones venéreas (Infección en las venas)
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Vértigo
<input type="checkbox"/> Problemas al escuchar	

<input type="checkbox"/> Ataques de corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hernia de disco <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca <input type="checkbox"/> Ataque de nervios	<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas al caminar <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Pálpitos del corazón irregulares
--	---

Procedimientos quirúrgicos. Por orden cronológico.

Operación	Hospital y ciudad	Fecha

Historial familiar

Marque los que aplique

- Alcoholismo
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedades del corazón
- Enfermedad mental
- Migrañas
- Convulsiones
- Accidentes cerebro vasculares
- Tuberculosis

Relación al paciente

Estado Civil: Casado/a Soltera/o Divorciada/o Viuda/o

Consume algunos de los siguiente?

- Cafeína Alcohol Tabaco



KERN COUNTY NEUROLOGICAL MEDICAL GROUP, INC.

1705 28TH STREET BAKERSFIELD, CA 93301-1902 (661) 322-3008 FAX (661) 322-5507

POLICA FINANCIERA

A continuación se exponen la polica de facturación general de **KERN COUNTY NEUROLOGICAL MEDICAL GROUP**. Por favor revise esta información y firme donde se indica.

- ❖ Entiendo que es mi responsabilidad de dar a la oficina de **KCNMG** con información actual de facturación precisa en el momento del check-in y de notificar a **KCNMG** de cualquier cambio en esta información.
- ❖ Entiendo que es mi responsabilidad saber mi sueldo co-especialista (que puede ser diferente de mi principal copago atención) y para pagar antes de recibir los servicios prestados. Entiendo que este es un acuerdo contractual que tengo con mi plan de salud y que la clínica también tiene un acuerdo contactual con mi plan de salud para cobrar copagos en el momento del servicio, y están obligados a informar a la compañía las personas inscritas no pagar el co-pago.
- ❖ Entiendo que si los fondos insuficiente verificación (**check NCF**) para el pago en mi cuenta que me cobrará un cargo de **\$ 25**. Entiendo, además, que a rectifica mi cuenta, va ser requerido que pagar con dinero en efectivo o tarjeta de crédito.
- ❖ Entiendo que hay una cuota de **\$ 25** para completar la discapacidad, DMV, trámites relacionados con mi cuidado. Entiendo que hay un cargo de **\$ 35** para copiar los expedientes médicos. (*Por favor de 7-10 días laborales para la terminación*).
- ❖ Entiendo que hay un cargo de **\$ 25** para las citas médicas perdidas y **\$ 50** para cualquier prueba / procedimientos de pérdida de citas si cita (s) está / no están cancelado o reprogramado **24 horas antes de la cita programada**. Entiendo que no hay cargos muestran que no están cubiertos por mi seguro, y mi exclusiva responsabilidad, entiendo que tres (3) no se presenta a su cita puede dar lugar a despedir de **KCNMG**.
- ❖ Entiendo que la clínica verifica mi elegibilidad de seguros, deducibles a cualquier prueba optativa que pueda tener. Entiendo que es la polica para cobrar la antes de deducible y / o coaseguro de programar mi examen electivo. Entiendo, además, que la cuota que estoy citado es una estimación basada en: 1) la prueba prevista para ser realiza conciertos y 2) la información actual proporcionada a la clínica por mi compañía de seguros.
- ❖ Entiendo que se me facturará por cualquier monto adeudado por mí (cantidades deducibles / co-payments/coinsurance) y que tengo una responsabilidad financiera para pagar estos ascienden. Entiendo que se me dará con tres (3) estados de cualquier saldo adeudado después del pago seguro. Además, entiendo que si yo no he realizado el pago antes de el tercer aviso ser enviado por correo, que la tercera declaración será marcado como **"AVISO FINAL"** y puede ser enviada a un servicio de recogida (**collections**) de afuera si no cumplo con mis obligaciones financieras. También entiendo que seré responsable de cualquier colección, intereses o cargos legales asociados con los esfuerzos de recolección.
- ❖ Entiendo que la clínica obtendrá la autorización necesaria antes de rendir el tratamiento. También entiendo que la autorización previa no es un gurantia de pago, y que yo soy responsable de las facturas no pagadas por mi compañía de seguros.
- ❖ Entiendo que la clinica también puede tener una solicitud verbal utilizar mi tarjeta de crédito lista para el pago a mi cuenta, o también pueden usar la misma tarjeta de crédito que figura en mi cuenta si mi cuenta en mora, o para cubrir un cheque sin fondos.
- ❖ Mi firma confirma que he leído estas políticas de facturación y mi obligación financiera que se refiere a los doctores de **KERN COUNTY NEUROLOGICAL MEDICAL GROUP**.

Firma legal

Fetcha

Relación con paciente _____