

Neuro Trauma Centers

Central Office: 3044 University Pkwy,
Sarasota, FL 34243, United States
Contact: Morgan Pile
intake@neurotc.com



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Telefono: _____ Email: _____ SSN: _____ Sexo: M F
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____
Proporcione una breve descripción de cómo ocurrió la lesión: _____ Fecha de accidente: _____

Describa cualquier información que le gustaría que nuestros médicos supieran sobre su historial médico:

Historia médica pasada: _____

Historia familiar: _____

Historial Quirúrgico: _____

Marque todos los síntomas que ha experimentado desde que ocurrió la lesión:

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión
- ☐ Sensibilidad a la luz
- ☐ Sensibilidad al sonido
- ☐ Mareos
- ☐ Vértigo
- ☐ Desorientación
- ☐ Confusión
- ☐ Pérdida del equilibrio
- ☐ Falta de coordinación
- ☐ Niebla del cerebro
- ☐ Visión borrosa
- ☐ Visión doble
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Problemas de memoria
- ☐ Dificultad para conciliar el sueño
- ☐ Dificultad para permanecer dormido
- ☐ Dificultad para despertarse del sueño
- ☐ Somnolencia
- ☐ Fatiga
- ☐ Dificultad para concentrarse o mantener la atención
- ☐ Comportamiento inusual o irritable
- ☐ Distruido fácilmente
- ☐ Dificultad para encontrar las palabras correctas al hablar

Brain Injury Screening Tool (BIST) Herramienta de detección de lesiones cerebrales

- 0 = Sin experiencia en absoluto
1 = No más de un problema
2 = Un problema leve
3 = Un problema moderado
4 = Un problema grave

Encierre en un círculo o marque un número por línea.
Comparado con antes del accidente, ¿ahora (es decir, sobre las últimas 24 horas) sufre de?:

- | | |
|--|-----------|
| Tengo problemas para concentrarme..... | 0 1 2 3 4 |
| Me confundo fácilmente..... | 0 1 2 3 4 |
| Me siento cansado durante el día | 0 1 2 3 4 |
| Me toma más tiempo pensar..... | 0 1 2 3 4 |
| Se me olvidan cosas..... | 0 1 2 3 4 |
| No me gustan las luces brillantes..... | 0 1 2 3 4 |
| No me gustan los ruidos fuertes..... | 0 1 2 3 4 |
| Me enfado fácilmente..... | 0 1 2 3 4 |
| Duermo mucho más o no puedo conciliar el sueño | 0 1 2 3 4 |
| Si cierro los ojos me siento como si estuviera en el mar...0 | 1 2 3 4 |
| Tengo problemas con mi vista (visión) | 0 1 2 3 4 |
| Dolores de cabeza (me duele la cabeza) | 0 1 2 3 4 |
| Tomando más tiempo para pensar | 0 1 2 3 4 |
| Me siento inquieto... .. | 0 1 2 3 4 |
| Me duele el cuello..... | 0 1 2 3 4 |
| Siento que voy a estar enfermo..... | 0 1 2 3 4 |

Reconozco que toda la información proporcionada en estos formularios de admisión es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa puede afectar negativamente mi atención médica y asumo toda la responsabilidad por la exactitud de la información proporcionada. Además, reconozco que es posible que haya tenido ayuda para completar estos formularios, pero he revisado toda la información y acepto que es precisa y verdadera.

Firma del paciente (Padre o Guardian)

Fecha



AUTORIZACIONES Y LIBERACIONES

Iniciales

Aviso de prácticas de privacidad. Se proporciona un Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) a todos los pacientes. Esta central identifica: 1) cómo se puede usar o divulgar su información médica; 2) su contabilidad de divulgaciones de su información médica, y solicitar restricciones adicionales sobre nuestros usos y divulgaciones de Esa información; 3) sus derechos a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad; y 4) nuestras responsabilidades de mantener la privacidad de su información médica. El que suscribe certifica que él / ella ha leído lo anterior, recibió una copia del NPP y es el paciente o el personal del paciente representante.

Iniciales

Consentimiento para el Tratamiento: Doy mi consentimiento para el examen médico, las pruebas y/o el tratamiento necesarios según determinado por mi médico, que puede ser realizado por el Traumatic Brain Institute, según se considere necesario. También certifico que no se ha hecho ninguna garantía o seguridad a los resultados que se pueden obtener de dicho tratamiento. Además, entiendo que busco tratamiento solo para lesiones y/o síntomas relacionados al accidente/incidente en cuestión.

Iniciales

Consentimiento para la divulgación de registros médicos. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar mi(s) reclamación(es) de seguro y también certificar que toda la información de seguro que he dado a esta clínica es correcta y completa. Autorizo la divulgación de mi información médica a los socios de capital de Neuro Trauma Centers a mi abogado.

Iniciales

Consentimiento para el Pago. Yo, el paciente que suscribe, ordeno a mi abogado que pague las facturas pendientes de mi acuerdo y, de hecho, protegiendo cualquier saldo adeudado al Neuro Trauma Centers por la presente hacen y declaran irrevocables las instrucciones aquí contenidas. Entiendo que soy directamente responsable de todas las facturas médicas y este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional del médico y consideración de su pago pendiente. Además entiendo que tal pago no es contingente sobre cualquier resultado de acuerdo, juicio o veredicto por el cual pueda recuperarme eventualmente, lo que permite que mi facturas médicas pendientes de pago. Se me ha informado que si mi abogado no desea cooperar en protegiendo los intereses del médico, el médico no retirará el pago, pero me exigirá que realice el pago a medida que se prestan los servicios. Neuro Trauma Centers espera ser pagado por los primeros medios disponibles ya sea por med pay, PIP o liquidación de su caso. En caso de que se haga un sobrepago, y usted tiene un crédito saldo en su cuenta, se emitirá un reembolso a usted o a la parte correspondiente.

Iniciales

Iniciales

Consentimiento para la comunicación y divulgación de PHI. Es posible que necesitemos comunicarnos con usted con respecto a su cuidado, citas, o cualquier otra razón. Autorizo a Neuro Trauma Centers a contactarme vía telefónica número proporcionado, por mensaje de texto o por correo electrónico. Notificaré al Neuro Trauma Centers prefiero no ser contactado por ninguno de esos métodos. También doy mi consentimiento para cualquier cita de telesalud audiovisual.

Nombre del paciente impreso

Fecha de Nacimiento

Firma del paciente (Padre o Guardián)

Fecha de hoy



CESIÓN Y GRAVAMEN POR SERVICIOS MÉDICOS

Nombre del abogado: _____ Nombre del paciente: _____
Dirección del abogado: _____ Dirección del paciente: _____
Teléfono del abogado: _____ Teléfono del paciente: _____
Fecha de la lesión: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Neuro Trauma Centers("NTC") es una red clínicamente integrada de médicos que tratan a pacientes que han sufrido una lesión cerebral. Ha sido referido a NTC a través de un abogado de lesiones personales u otro proveedor de atención médica. Debido a que el costo de los servicios de NTC debe estar cubierto por su plan de seguro o el de la otra parte, es posible que no incurra en ninguna obligación financiera personal por el pago de los servicios de terapia específicos para su lesión personal. Sin embargo, entiendo que en ausencia de pago bajo cualquier sentencia o acuerdo, soy personalmente financieramente responsable ante NTC.

En contraprestación por los servicios prestados y que me prestarán NTC y sus proveedores de atención médica afiliados, por la presente asigno, transfiero y transfiero irrevocablemente a NTC, un interés personal en (y el derecho de acción contra cualquier persona responsable de los gastos médicos) el producto de cualquier juicio, acuerdo o veredicto en la demanda o reclamo que estoy procesando para recuperar los daños por mis lesiones. Esta cesión de interés es para la atención médica actual, así como para cualquier atención médica futura.

Además, autorizo, faculto e instruyo a mi abogado para que deduzca inmediatamente de los ingresos de cualquier acuerdo y/o sentencia, todos y cada uno de los montos adeudados y adeudados a NTC sin más autorización de mi parte, y que envíe estos pagos directamente a NTC sin demora luego de la resolución de mi reclamo/demanda. Reconozco que si cambio el abogado que maneja mi caso, es mi responsabilidad notificar a mi nuevo abogado de esta asignación y gravamen médico a favor de NTC.

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Privacidad de la Información de Salud de 1996 ("HIPAA"), mi información médica personal puede ser compartida para administrar y acelerar mi atención médica. Autorizo a NTC y a sus proveedores médicos afiliados a obtener, divulgar y divulgar dicha información médica según lo permita la ley.

Mi firma es un reconocimiento de que autorizo esta Cesión y Gravamen por Servicios Médicos ("Gravamen") y he recibido una copia de esta autorización/cesión.

Firma del paciente (Padre o Guardián)

Fecha

RECONOCIMIENTO DEL ABOGADO DE EMBRAGUE MÉDICO

El Abogado abajo firmante del paciente identificado anteriormente acepta cumplir todos los términos establecidos en este gravamen y acepta retener de cualquier acuerdo, juicio o veredicto las sumas adecuadas para proteger a NTC por sus facturas médicas pendientes. El abogado acepta mantener dichas sumas en la cuenta fiduciaria del cliente del abogado. El abogado también acepta honrar este gravamen y pagar, en su totalidad, los costos de NTC por brindar tratamiento médico. Si un paciente obtiene un nuevo abogado, el abogado informará al nuevo abogado de este gravamen e informará a NTC de este cambio de abogado. El hecho de que el abogado no firme y devuelva este documento a NTC no libera la responsabilidad del abogado de honrar este gravamen. El abogado también acepta solicitar facturas y registros directamente de NTC en cm@NTCnstitute.net y no dirigir dicha solicitud a la clínica de tratamiento.

Firma del abogado

Fecha

Neuro Trauma Centers

Central Office: 1221 W. 103rd St., Suite #225
Kansas City, MO 64068
Contact: Morgan Pile
intake@neurotc.com



Medical Records Release Request (Solicitud de divulgación de registros médicos)

Name(Nombre): _____

Address (Direccion): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Phone (Telefono): _____

I hereby authorize and request that you release all of my medical records or other health care information including intake forms, chart notes, and reports concerning my health and treatment from _____ (date of the injury) to _____ to the Neuro Trauma Centers.

Por la presente autorizo y solicito que divulgue todos mis registros médicos u otra información de atención médica, incluidos los formularios de admisión, las notas de los gráficos y los informes sobre mi salud y tratamiento desde _____ (fecha de la lesión) hasta _____ al Neuro Trauma Centers.

Medical Records Custodian: Morgan Pile

Please email my records to intake@neurotc.com

Por favor envíe mis récords médicos a intake@neurotc.com

Firma del paciente (Padre o Guardián)

Fecha