

Selena Ellis, M.D.

Board Certified Neurologist

Nombre _____ Sexo: M () F () Transgenero () Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___

Domicilio: _____

Calle Apt# Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono de Hogar: _____ Celular: _____ Telefono de Trabajo: _____

Permiso de dejarle mensajes de voz sobre su tratamiento medico: Hogar () () Celular () Trabajo

Permiso de mandarle mensajes de textos a su numero celular? () Si () No

Correo electronico: _____

Numero de Seguro Social: _____ Ocupación: _____

Empleador _____

Etnicidad – por favor cirule uno: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino

Lenguaje primario: _____

Raza: Por favor circule uno: Americano Nativo | Negro/Afro-Americano | Asiatico | Hispano | Nativo de Hawaii | Isleño Pacifico | Blanco | Otro : _____

Médico de atención primaria: _____ Numero Telefónico: _____

Médico quien la/lo refirió: _____

Contacto de Emergencia: _____

Nombre Relación al paciente Teléfono

Aseguranza Primeriza _____ Número de Member ID: _____

Número de Grupo: _____ Número del suscrito primerizo: _____

Fecha de nacimiento del suscrito primerizo: _____ **Relación a usted:** _____

Aseguranza secundaria _____ Número de Member ID: _____

Número del grupo: _____ Número del suscrito primerizo: _____

Fecha de nacimiento del suscrito primerizo: _____ SSN: _____

Son sus síntomas el resultado de una lesión? () Si () No En caso afirmativo, fecha de la lesión _____

Es esto una lesión de auto? () Si () No Es esto una lesión relacionada con el trabajo? () Si () No

Este tiempo está reservado exclusivamente para usted. Se requiere un aviso de cancelación o de reprogramación de cita de 48 horas antes para todas las consultas de pacientes y las citas de seguimiento establecidas. Si no notifica de cualquier cambio / cancelación de su cita dentro de los límites de tiempo anteriores, se le cobrará una tarifa de \$100 ya que no tendremos tiempo para llenar su cita.

Autorizo la asignación de beneficios de seguro directamente a Selena W. Ellis, M.D.

Autorizo la divulgación de cualquier registro médico o información necesaria para procesar reclamaciones de seguros

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Nombre del Paciente _____ Fecha _____ Paciente Nuevo? Si / No Edad _____

Vive solo/sola? Si () No () Médico de atención primaria: _____ Tiene Hijos? Si / No Cuantos: _____

Ocupación _____ Tobacco: Si () / No () Frecuencia: _____ Alcohol Si () / No () Frecuencia: _____

Qué farmacia utilizas? Nombre _____ Calle y ciudad: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Enumere cualquier enfermedad médica (como diabetes, presión arterial alta (hipertensión), colesterol alto, epilepsia, etc.):

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Por favor liste cualquier cirugía significativa (incluya fechas):

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Medicamentos o suplementos actuales

| Nombre | Dosis | Frecuencia |
|--------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Describa cualquier alergia a los medicamentos:

| Medicación | Reacción |
|------------|----------|
| | |
| | |
| | |

Historial familiar de cualquier enfermedad médica (especialmente neurológico)

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

Marque todos los que se aplican a usted:

| | Si | No | | Si | No |
|---|----|----|---|----|----|
| Subir or bajar de peso | | | Problemas urinarios | | |
| Sudores Nocturnos | | | Erupción cutanea | | |
| Fiebres | | | Alergia a los alimentos | | |
| Dificultad al respirar | | | Dolor | | |
| Problemas para dormir | | | Dolor de cabeza | | |
| Comportamiento inusual mientras duerme | | | Convulsiones | | |
| Sentimientos de tristeza / depresión | | | Mareos, Spinning, Vértigo | | |
| Ansiedad | | | Temblores / sacudidas | | |
| Movimientos involuntarios | | | Dificultad para hablar / encontrar palabras | | |
| Halucinaciones | | | Dificultad tragar | | |
| Cambios de personalidad o comportamiento. | | | Torpeza / dificultad para caminar | | |
| Cambios en el sentido de la dirección | | | Pérdida de visión | | |
| Dolor de pecho | | | Visión doble | | |
| Palpitaciones | | | Pérdida de memoria | | |
| Edema de la pierna | | | Debilidad | | |
| Estreñimiento | | | Entumecimiento | | |
| Diarrea | | | Náuseas / vómitos | | |
| Poco apetito | | | Pérdida de audición o zumbido en los oídos | | |
| Fatiga | | | Pérdida de consciencia | | |

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD – SELENA W. ELLIS, M.D.
2999 Regent Street, Suite 627, Berkeley, CA 94705

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con cuidado.

La ley nos permite usar o divulgar su información médica a las personas involucradas en su tratamiento. Un ejemplo de esto sería un médico especialista a quien involucramos en su cuidado. También podemos usar o divulgar su información médica para el pago de los servicios. Por ejemplo podemos enviar una nota de progreso médico a una compañía de seguros médicos. Podemos usar o divulgar su información médica para nuestras operaciones normales de la oficina. Por ejemplo, nuestros empleados/as ingresarán su información en nuestro sistema informático. Podemos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, como a un servicio de facturación. Tenemos un contrato por escrito con cada socio comercial que exige que protejan su privacidad. También podemos utilizar su información para contactarlo/la. Es posible que usemos su información para contactarlo para confirmar citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o con la persona que atiende el teléfono.

En una emergencia, podemos divulgar su información médica a un miembro de la familia u otra persona responsable de su cuidado. Podemos divulgar parte o toda su información de salud cuando la exija la ley. Si se vende esta práctica médica, su información se convertirá en propiedad del nuevo propietario. Excepto como se describe anteriormente, esta práctica no utilizará ni divulgará su información de atención médica sin su autorización previa por escrito. Como se describe anteriormente, puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información médica. Le haremos saber si podemos cumplir con su solicitud.

Tiene derecho a conocer cualquier uso o divulgación que hagamos con su información de atención médica más allá de los usos normales anteriores. Como necesitaremos comunicarnos con usted de vez en cuando, utilizaremos la dirección o el número de teléfono que indique. Usted tiene el derecho de transferir copias de su información de salud a otra práctica, y le ayudaremos con esta transferencia. Tiene derecho a recibir una copia de su información de salud con algunas excepciones. Envíenos una solicitud por escrito con respecto a la información que desea ver. Si también desea una copia de sus registros, es posible que le cobremos una tarifa razonable por las copias.

Tiene derecho a solicitar una enmienda o cambio a su información de salud. Envíenos su solicitud para hacer cambios por escrito. Si desea incluir una declaración en su archivo, envíenosla por escrito. Podemos o no hacer los cambios que solicita, pero nos complacerá incluir su declaración en su archivo. Si aceptamos una enmienda, no eliminaremos ni modificaremos documentos anteriores, sino que agregaremos nueva información.

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso. Si cambiamos alguno de los detalles de este aviso, le notificaremos los cambios por escrito. Puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, Washington, D.C. 20201. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja. Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, comuníquese con nuestra oficial de privacidad, Selena Ellis, M.D. al 510-644-2282. Este aviso entra en vigencia el 1 de abril de 2008.

RECONOCIMIENTO

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Selena W. Ellis, M.D.

| | | |
|--------|-------|-------|
| Nombre | Firma | Fecha |
|--------|-------|-------|

**DESIGNACIÓN DE MIEMBROS DE LA FAMILIA, CUIDADORES O OTRAS PERSONA(S)
SIGNIFICATIVAS:**

Designo a la(s) siguiente(s) persona(s) enumerada(s) para recibir información sobre mi atención médica de manera limitada y solo como relevante para su participación en la atención médica o el pago relacionado con mi atención médica. (Entiendo que no estoy obligado a enumerar a nadie y que puedo cambiar esta lista en cualquier momento por escrito)

| | |
|--------------|------------------------------------|
| Nombre _____ | Últimos 4 dígitos de su SSN: _____ |
| Nombre _____ | Últimos 4 dígitos de su SSN: _____ |

| | |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

Selena Ellis, M.D.

*Diplomate American Board of Psychiatry and Neurology
Diplomate American Board of Electrodiagnostic Medicine*

POLITICAS FINANCIERAS

Nos damos cuenta de que las facturas médicas relacionadas con el seguro de salud pueden ser muy complicadas. Nuestro objetivo es ayudarlo a tomar conciencia de sus responsabilidades como miembro asegurado. Puede comunicarse con nuestro departamento de facturación al (510) 644-2282 si tiene alguna pregunta al respect.

Por favor traiga su tarjeta de seguro medico a la oficina en cada visita.

Debe traer su tarjeta de seguro y una identificación válida en su primera visita, y sus nuevas tarjetas de seguro si en algún momento cambia su cobertura de seguro. Cuando reserve su examen inicial, nuestro personal de oficina puede confirmar que tenemos un contrato con su compañía de seguros. Es la responsabilidad del paciente confirmar directamente con su compañía de seguros que somos proveedores contratados antes de ser atendidos. Un representante de servicio al cliente en su compañía de seguros puede confirmar esa información por usted con lo siguiente:

Dr. Ellis' NPI: 1265412993

Le recomendamos que obtenga un número de referencia o de seguimiento para todas las llamadas a su compañía de seguros.

Su copago se debe en el momento del servicio.

Si no trae un método de pago para su copago al momento de su visita, **agregaremos una tarifa de facturación de \$20 a la cantidad de copago.**

Si no tiene seguro, o si no podemos verificar la elegibilidad de su seguro, le pedimos que pague por la visita en el momento del servicio.

Si no tenemos la verificación de que está cubierto con un plan de seguro, se esperará que pague los cargos en su totalidad al momento de la visita. Si recibimos un pago de su compañía de seguros, le reembolsaremos rápidamente cualquier crédito en su cuenta.

Seguro de salud de terceros

No aceptamos seguro de auto. Si se lesionó en un accidente automovilístico, debe informar al personal de la recepción cuando se registre. Exigimos el pago completo al momento del servicio. Le proporcionaremos un formulario de reclamo para ayudarlo a buscar el reembolso de su proveedor de seguro de automóvil.

Cancelaciones

Proporcione un aviso mínimo de **48 horas antes** de su cita para las cancelaciones de citas. Hay una tarifa de **\$100 por todas las citas perdidas y las citas canceladas** con menos de **48 horas de anticipación**. Tenga en cuenta que si pierde dos o más visitas, será dado de alta de nuestra práctica.

He leído y entiendo las políticas mencionadas anteriormente

Firma del paciente o tutor legal _____

Fecha _____

Selena Ellis, M.D.

Diplomate American Board of Psychiatry and Neurology
Diplomate American Board of Electrodiagnostic Medicine

AVISO SOBRE LA BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

A título meramente informativo, se proporciona aquí un enlace a la página web federal de Pagos Abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La ley federal Physician Payments Sunshine Act exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre los pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que permite buscar los pagos efectuados por empresas farmacéuticas y de dispositivos médicos a médicos y hospitales universitarios. Puede consultarse en

<https://openpaymentsdata.cms.gov>

RECONOCIMIENTO

He recibido una copia del Aviso Sobre la Base de Datos de Pagos Abiertos

Nombre

Firma

Fecha