

NEUROSCIENCE CONSULTANTS
DIPLOMATES, AMERICAN BOARD OF NEUROLOGY

ALLAN HERSKOWITZ, M.D., F.A.C.P.
BRAD HERSKOWITZ, M.D.
PAUL DAMSKI, M.D.

BERNARD GRAN, M.D.
GUILLERMO A. MARTINEZ, M.D.
MARK BRYER, M.D.

Fecha: _____

Doctor: _____ Razon de su visita: _____

Nombre: _____ Número de Teléfono:(____) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. Casa #: _____ Telf. Trabajo#: _____

Celular#: _____

Sexo: F or M Estado Civil: S C Sep D Nombre del Esposo/a: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono (____) _____

Proveedores Médicos:

Nombre del Doctor Primario: _____ Teléfono (____) _____

Fax :(____) _____

Nombre del Doctor que lo/a Refirio: _____

Teléfono: (____) _____ Fax:(____) _____

Información de Empleo:

Nombre del Empleador: _____ Teléfono (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Ocupación: _____

Seguro 1:

Tipo: HMO PPO POS MEDICARE W/C AUTO

Nombre del Seguro: _____ Teléfono (____) _____

Núm. de Identificación: _____ Núm. De Grupo: _____

Seguro 2:

Tipo: HMO PPO POS MEDICARE W/C AUTO

Nombre del Seguro: _____ Teléfono (____) _____

Núm. de Identificación: _____ Núm. del Grupo: _____

W/C y Accidentes de Auto:

Núm. de Reclamo: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del agente de reclamo: _____ Fecha del Accidente: _____

Pólizas de la Oficina:

- A. **Por favor déjenos saber cuando usted cambia de seguro médico o dirección domiciliaria.**
- B. Nosotros no somos proveedores de Medicaid, si su seguro secundario es Medicaid usted es responsable por el 20% y su deducible anual.
- C. Exámenes médicos hechos fuera de nuestra oficina (Sangre, Rayos X, CT-Scan, MRI, Etc) pueden tardarse dos semanas o más para recibir los resultados, si en dos semanas no nos hemos comunicado con usted, por favor llamar a la oficina.
- D. Hay un cargo de \$10 para sacar sangre en nuestra oficina, si va al laboratorio directamente no se le cobrará nada.
- E. Co-pagos y deducibles tendrán que ser pagados durante la visita. Si quiere que su co-pago se le envíe por correo, habrá un cargo adicional de \$5 más el co-pago.
- F. Nosotros no somos su compañía de seguro, por lo tanto no estamos al tanto de cuales son sus beneficios. Si usted tiene alguna pregunta sobre sus beneficios puede llamar al número 1-800 localizado en su tarjeta de seguro.
- G. Si usted es un paciente que pertenece a un plan HMO, va a necesitar un referido de su médico primario para cada visita. Es su responsabilidad traer el referido o asegurarse que la oficina de su doctor nos envíen los referidos por fax o correo. Sin un referido usted será responsable por el costo de todos los servicios dados por Neuroscience Consultants. Para los pacientes nuevos la visita es \$325.00 y, cada visita adicional es \$140.00.
- H. Si usted esta aquí por un accidente de carro vamos a necesitar el número de reclamación (claim number) de su seguro de auto, dirección y teléfono para poder contactarlos. Su seguro de salud no cubrirá los servicios hasta que su seguro de auto haya procesado los cargos.
- I. Si usted quisiera contactar a su doctor por correo electrónico va a necesitar una identificación digital con su correo electrónico, esto es requerido para su confidencialidad. E-Mail: neurologydocs@aol.com
- J. Si usted tiene alguna queja o sugerencia sobre nuestra oficina nos lo puede enviar por correo a: 9090 SW 87 CT suite 200 Miami, FL 33176 Att: Office Manager o por correo electrónico: hmunoz@neuroscienceconsultants.com
- K. Si usted necesita encargar nuevamente su medicamento (refill), la farmacia tiene que enviar la hoja de pedido (receta) por fax al (305)596-0657 por lo menos con 72 horas de anticipación.
- L. Si usted necesita una copia de las pólizas de nuestra oficina, favor preguntar a la recepcionista.
- M. Gracias por escoger a nuestros Doctores para su cuidado médico.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

GRACIAS