



PHQ-9 — Cuestionario de salud del paciente

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

(Use ✓ para indicar su respuesta)

Pregunta:	Ninguno (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
-----------	----------------	--------------------	---------------------------------------	----------------------------

1. Poco interés o placer en hacer las cosas. | | | |
2. Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza | | | |
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado | | | |
4. Sentirse cansado o tener poco energía | | | |
5. Falta de apetito o comer en exceso | | | |
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia. | | | |
7. Dificultad para concentrarse (por ejemplo, leer, mirar televisión) | | | |
8. Moverse o hablar lentamente o estar inquieto o inquieto | | | |
9. Pensamientos de estar mejor muerto o de autolesionarse | | | |

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Impacto funcional:

Si ha marcado algún problema, ¿en qué medida le ha resultado difícil: trabajar, cuidar de las cosas del hogar o llevarse bien con los demás? No es difícil Un poco difícil muy difícil Extremadamente difícil



Papeleo para nuevos pacientes

El abajo firmante (“usted”) declara que está cubierto por un seguro. Si no proporciona la información de su seguro, proporciona información incorrecta o no nos notifica los cambios en su cobertura, será financieramente responsable de los servicios que se le brinden si su compañía de seguros se los niega.

Su compañía de seguros puede exigirle que obtenga una derivación para consultar a un especialista. Si es así, debe comunicarse con su PCP para obtener una derivación. Si no paga las primas de su seguro médico, lo que resulta en la pérdida de cobertura, será responsable de todos los honorarios médicos.

Por favor, comprenda que es posible que nuestra oficina llame a la compañía de seguros de cada paciente antes de su visita para verificar su cobertura. Debemos responsabilizar al paciente de actualizar cualquier información necesaria del seguro.

Entiendo que soy responsable de saber qué cubre y qué no cubre mi plan.

Entiendo que soy responsable de notificar al personal si el motivo de cualquier visita se debe a un accidente automovilístico o una compensación laboral.

Soy consciente de que esta oficina no participa con el seguro de compensación para trabajadores. Doy pleno consentimiento para que mi compañía de seguros pague directamente al médico todos los cargos que surjan de mi visita o la de mi dependiente. saldos y tarifas pendientes de los pacientes durante 30 días.

Entiendo que se puede cobrar una tarifa administrativa de \$50 por cualquier devolución de cargo a la tarjeta de crédito. Entiendo que los copagos Acepto que seré responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro. También aceptó que si el dinero adeudado no se paga a tiempo, seré responsable de todos los costos asociados al cobro de esas tarifas. Incluyendo, entre otros, todos los honorarios legales y de cobranza. Por la presente aceptó dejar la información de una tarjeta de crédito o cuenta corriente archivada para que se me cobren todos los s vencen en el momento del servicio y que se me cobrará una tarifa de servicio de \$5 por estado de cuenta por los copagos impagos.

Entiendo que cualquier equipo médico que me presten para mi atención médica es propiedad de McMonigle Neurology Associates y debe devolverse según lo especificado en el "acuerdo de préstamo de equipo". Entiendo que seré responsable del costo total de reemplazo del dispositivo médico si no lo devuelvo dentro de una semana. Entiendo que la oficina requiere un aviso de 24 horas para todas las citas canceladas o pérdidas. Si no se da dicha notificación, soy consciente de que me podrían cobrar una tarifa por **“NO PRESENTARSE” de \$75 a \$150, según el tipo de cita.**

Aceptado y Acordado: _____ Fecha: _____

(Firma/Tutor Legal)

Nombre impreso: _____

Numero de telefono: _____



Reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

Se me presentó una copia del aviso de práctica de privacidad de la oficina de McMonigle Neurology Associates que detalla cómo mi información puede usarse y divulgarse según lo permitido por las leyes federales y estatales

Representante designado

Autorizo la discusión de mi PHI (Información de salud protegida), incluido el tratamiento y el pago, con:

**Por favor deje un nombre completo y número de teléfono.
Si es otro, especifique su relación con el paciente.**

() Cónyuge: _____

() Niños : _____

() Otro : _____

¿Podemos dejar información médica en el contestador de su casa, trabajo o celular?

Sí o no

Farmacia del Paciente

Nombre de la farmacia: _____

DIRECCIÓN: _____

SU INFORMATION:

Numero de telefono: _____

Direccion: _____

Correo electronico: _____



**McMONIGLE
NEUROLOGY**
ASSOCIATES

554 Larkfield Rd, Suite 10G East Northport, NY 11731
Phone:631-230-6644 Fax: 631-230-6645

Servicios de gestión de atención de Chronis

Yo, _____ he sido informado de la disponibilidad de los servicios de CCM.
Soy consciente de que sólo un médico puede ofrecer estos servicios durante un mes calendario.
Se me ha informado que tengo derecho a suspender los servicios de CCM en cualquier momento
y que la terminación de los servicios será efectiva al final de ese mes calendario. Entiendo que
puede haber costos compartidos por los servicios cara a cara.

Al firmar este formulario, usted acepta el servicio descrito anteriormente.

(Firma/Tutor Legal)

(Fecha)



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

[This form has been approved by the New York State Department of Health]

Patient Name	Date of Birth	Social Security Number
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.
2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:

9(a). Specific information to be released:

Medical Record from (insert date) _____ to (insert date) _____

Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.

Other: _____ Include: *(Indicate by Initialing)*

_____ **Alcohol/Drug Treatment**

_____ **Mental Health Information**

_____ **HIV-Related Information**

Authorization to Discuss Health Information

(b) By initialing here _____ I authorize _____

Initials Name of individual health care provider

to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:

(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)

10. Reason for release of information: <input type="checkbox"/> At request of individual <input type="checkbox"/> Other:	11. Date or event on which this authorization will expire:
--	--

12. If not the patient, name of person signing form:	13. Authority to sign on behalf of patient:
--	---

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Date: _____

Signature of patient or representative authorized by law.

* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS. The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.**