

# NeuroDiagnostic Labs

## *VNG Testing Data*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Cuales son sus molestias?

Cuanto tiempo tiene con sus síntomas?

\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	<u>Symptomatic</u>		<u>Comments</u>
Head Hanging	Yes	No	_____
Dix Hallpike (R)	Yes	No	_____
Dix Hallpike (L)	Yes	No	_____
Right Positional Body	Yes	No	_____
Left Positional Body	Yes	No	_____
Center Positional Head	Yes	No	_____
Left Positional Head	Yes	No	_____
Passive Head Rotation	Yes	No	_____
Left Warm	Yes	No	_____
Right Warm	Yes	No	_____
Left Cool	Yes	No	_____
Right Cool	Yes	No	_____

Additional Tech Comments:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Referring MD: \_\_\_\_\_ Tech Sig: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para Examen de Videonystagmografia (VNG)

Videonystagmografia (VNG) se ha convertido en el estandar de exámenes para las deficiencias, defectos, y enfermedades del oído interno y las funciones del vestibular central. Estos pueden dar lugar a inestabilidad general y problemas de equilibrio. VNG es la prueba más exacta disponible hoy que puede ayudar a determinar la presencia y ubicación de una anomalía vestibular.

La prueba de VNG mide los movimientos de los ojos a través de un par de gafas especiales con cámaras adentro. Al paciente se le pedirá que siga movimiento de las luces, mirar desde un punto a otro, hacer movimientos rápidos posturales, y que disponga o enfriar el aire caliente colocado en la oreja para estimular el mecanismo de equilibrio del oído interno. Un VNG es una prueba no-invasiva y con poca incomodidad.

Durante la prueba, sus síntomas pueden exagerarse, como marearse, náuseas y sentirse débil. Cuidado se dará para asegurarse que no se caen hacia abajo. El nivel o la gravedad de estos síntomas depende del motivo de su prueba y son solo temporales (puede durar segundos a minutos). No hay efectos secundarios duraderos causados por la prueba de VNG.

He leído la información anterior sobre el procedimiento y seré sometido hoy. Mis preguntas e inquietudes acerca de la prueba de VNG han sido respondidas de esta forma y el tecnólogo haciendo la prueba. Reconozco la información anterior y deseo proceder con la prueba. También entiendo que puedo detener la prueba en cualquier momento y por cualquier motivo.

---

Nombre

---

Fecha

---

Firma Del Paciente

---

Firma Del Técnico/Testigo

## **Autorizacion Para Divulgar Informacion Medica**

Yo autorizo a esta practicaa de hacer usos y divulgacion de mi informacion de salud protegida (informacion acerca de I y los registros financieros) como se indica a continuacion.

*Otros mas que a mi mismo, y el medico remitente,  
esta informacion se debe divulgar a:*

Nombre:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Codigo Postal:

### **Verificacion De Aseguranza**

Las prestaciones se determinaran una vez que la reclamacion es recibida por su compania de seguros. Nuestra intalacion proporcionara el servicio de facturacion de su compania de seguros medicos. Usted es responsable de que nos de toda la informacion correcta y completa con respecto a su cobertura de seguro medico. Es tambien responsabilidad del paciente todos los deductibles, co-aseguranza, y co-pagos, si es requerido por su poliza de seguro. Si la compania de seguros niega nuestra demanda por razones que no podemos apelar, usted entiende que la balancia se convertira en su responsabilidad.

Como un paciente de pago en efectivo, usted entiende que la mitad del pago por los servicios prestados, se debera en el momento del servicio, y un plan de pagos se puede acer despues.

A tener no fondos suficientes, un cargo de \$15 se le aplicara si su cheque es devuelto. En ese caso, nosotros solamente aceptaremos dinero en efectivo, carta de credito, y orden de dinero para el pago.

Yo e leido y entiendo que este consentimiento para liberar los registros medicos y poliza financier.

**Paciente/ Representante de paciente**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PACIENTE**
**\*\*\*Por Favor Imprima\*\*\***
**Fecha De Hoy:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (casa): ( ) \_\_\_\_\_ Numero de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Numero de Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, nombre y número de teléfono de pariente más cercano:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Licencia y Estado: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Sexo: Femenino Masculino Estado Civil: S C D V Nombre de Esposo/a \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE GARANTE-** Debe ser completado (por paciente o persona responsable)

Nombre de persona responsable/garante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio de Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad y Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**COMPENSACION DE TRABAJADORES/RECLAMACION DE ACCIDENTE DE AUTO** SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Dirección de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha de lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de Ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Ajustador: ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO: PRIMARIA** (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Garante de Póliza: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: Si mismo Esposo/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

SS# de asegurado: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de identificación de plan médico: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deducible Anual: \$ \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO: SECUNDARIA** (Seguro valido es requerido para facturar)

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Garante de Póliza: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: Si mismo Esposo/a Dependiente Otro

Empleador de asegurado: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

SS# de asegurado: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de identificación de plan médico: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deducible Anual: \$ \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_ Ha cumplido el deducible para este año? SI NO

Clase De Plan: PPO EPO POS HMO Otro



## **Reconocimiento de recibo de la Noticia de Practicas Privadas**

Su nombre y su firma en esta hoja indica que ha recibido una copia de la Notificación de Practicas Privadas de American Medical Diagnostics, Ltd (AMDX)/ NeuroDiagnostic Labs, LLC (NDL) en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta en respecto a la información en la Notificación de Practicas Privadas de AMDX/NDL, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de clínica o el oficial de privacidad de pacientes de AMDX/NDL como lo indica su aviso.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Si Representate de Paciente, Nombre: \_\_\_\_\_

Si Representate de paciente, Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha que recibió Aviso: \_\_\_\_\_