

FECHA: _____



MORTON I HYSON, M.D., P.C.
N E U R O L O G Y
 701 Shadow Lane #170 • Las Vegas, Nevada 89106

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE		NOMBRE		APELLIDO		TELEFONO DE LA CASA:	
DIRECCION						TELEFONO CELULAR:	
CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL		TELEFONO DEL TRABAJO	
SEXO M or F	EDAD	ESTADO MARITAL: Soltero / Casado	NO. DE LICENCIA	SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO:	
LUGAR DE TRABAJO		DIRECCION DEL TRABAJO			OCCUPACION		
CIUDAD		ESTADO		C.P.	TELEFONO		
DOCTOR PRIMARIO:				DOCTOR QUE LO REFIERE:			
NOMBRE DEL CÓNYUGUE (PADRE SI ES MENOR DE EDAD)							
NOMBRE				FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL		
EMPLEADOR						TELEFONO	
DIRRECCION DEL EMPLEADOR		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A							
NOMBRE				RELACION			
DIRRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELEFONO DE CASA		TELEFONO DEL TRABAJO		NOMBRE DE ALGUN CONOCIDO		TELEFONO	
ASEGURADORA MEDICA PRINCIPAL							
ASEGURADORA MEDICA PRINCIPAL						TELEFONO	
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO		RELACION CON EL PACIENTE		NO. DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL EMPLEADOR		# DE CONTROL CERTIFICADO		NO. DE GRUPO			
ASEGURADORA MEDICA SECUNDARIA							
ASEGURADORA MEDICA SECUNDARIA						TELEFONO	
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO		RELACION CON EL PACIENTE		NO. DE SEGURO SOCIAL			

COMPENSACION DE TRABAJO:

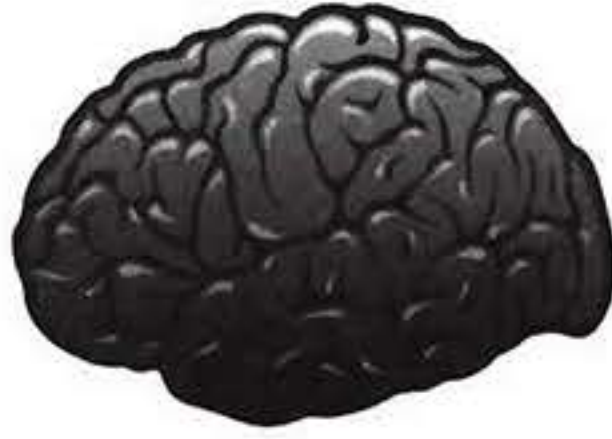
SEGURO DE LA EMPRESA		TELEFONO #:
DIRECCION	CIUDAD / ESTADO	CODIGO POSTAL
DIA DEL ACCIDENTE	NUMERO DE CASO	AGENTE
ABOGADO		TELEFONO

ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO:

COMPANIA DE SEGUROS (Seguros del vehículo)		TELEFONO:
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL
DIA DEL ACCIENTE	NUMERO DE CASO	NOMBRE DEL ASEGURADO (como aparece en la póliza)
NUMERO DE POLIZA	LUGAR DEL ACCIDENTE	AGENTE
COMPAÑIA DE SEGUROS (otros conductores)		TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL ASEGURADO (como aparece en la póliza)	NUMERO DE LA POLIZA	NUMERO DE CASO
AGENTE	ABOGADO	TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL

RESPONSABILIDAD:

COMPAÑIA DE SEGUROS (otros conductores)		TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL
DIA DEL ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE	
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE CASO	NUMERO DE LA POLIZA	
ABOGADO		TELEFONO
DIRECCION	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL



MORTON I HYSON, M.D., P.C.
N E U R O L O G Y
701 Shadow Lane #170 • Las Vegas, Nevada 89106

**LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN, LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO
Y DEL CONVENIO FINANCIERO**

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA PAGAR LAS PRESTACIONES DE
SEGUROS:**

Mi médico podrá revelar todo o parte de los registros de pacientes a cualquier persona que sea o pueda ser responsable o responsables para el pago de la totalidad o parte de los cargos, incluyendo, pero no limitado a las compañías de seguros médicos, o al hospital, empresa de servicios, compensación de trabajo, los empleadores y el bienestar de los fondos. Certifico que la información dada por mi en la solicitud de pago bajo el Título XVIII o XIX Título de la Ley del Seguro Social como lo estipula. Yo autorizo a cualquier titular de la medicina a proporcionar información sobre el paciente a la Administración del Seguro Social o de sus intermediarios o los transportistas sobre la información necesaria para este caso de la reclamación de Medicare o Medicaid. En el examen del médico o del avance de la ampliación de los servicios de crédito, el abajo firmante cede y transfiere a Morton I. Hyson, MD, PC, todas las prestaciones y el pago ya vencidas y exigibles o de convertirse en vencidos y pagaderos al paciente en virtud de cualquier póliza de seguro o pólizas, bajo ninguna sustitución de pólizas, en virtud de cualquier programa autoseguro, indemnización de programas del trabajador o políticas, los empleadores y los fondos estatales de bienestar, o en virtud de cualquier otro plan de beneficios. Le solicito la autorización del pago de prestaciones que deban hacerse en nombre de la paciente directamente a dicho médico.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

El abajo firmante se compromete a la liberación de la información médica a los orígenes de referencia para facilitar las comunicaciones entre las instalaciones que tienen y puedan proporcionar a atención.

CONVENIO FINANCIERO:

El que suscribe de acuerdo, si él / ella firma como agente o como paciente, que en el examen de los servicios que deben prestarse al paciente, el paciente quedará obligado a pagar la cuenta del médico de acuerdo con el ordinario de tarifas y las condiciones del médico. En caso de que la cuenta se transfiera a un abogado o agencia de cobranza para la recolección, el paciente deberá pagar los honorarios reales de los abogados y los gastos de colección. Todas cuentas atrasadas tendrán con cargo adicional según la ley actual.

POLIZA DE SEGURO:

Yo autorizo a mi compañía de seguros para proporcionar todas las copias de mi póliza de seguro a Morton I. Hyson, MD, PC

Firma del paciente

Si el paciente no puede firmar, Representante del Paciente

Relación con el paciente

Fecha / Hora (am/pm)

Please Sign at "X" Only

1500

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE 08/05

PICA

PICA

1. MEDICARE (Medicare #) MEDICAID (Medicaid #) TRICARE CHAMPUS (Sponsor's SSN) CHAMPVA (Member ID#) GROUP HEALTH PLAN (SSN or ID) FECA BLK LUNG (SSN) OTHER (ID)

2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M F

5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)

CITY STATE

ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ()

6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED
Self Spouse Child Other

8. PATIENT STATUS
Single Married Other

10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:
a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) YES NO
b. AUTO ACCIDENT? YES NO PLACE (State) _____
c. OTHER ACCIDENT? YES NO
10d. RESERVED FOR LOCAL USE

1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)

4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)

CITY STATE

ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code) ()

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M F

b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME

c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? YES NO If yes, return to and complete item 9 a-d.

READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.

X SIGNED _____ **X** DATE _____

X SIGNED _____

14. DATE OF CURRENT ILLNESS (First symptom) OR INJURY (Accident) OR PREGNANCY(LMP) MM DD YY

15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS. GIVE FIRST DATE MM DD YY

17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE

17a. _____
17b. NPI _____

19. RESERVED FOR LOCAL USE

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY

18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY

20. OUTSIDE LAB? \$ CHARGES YES NO

22. MEDICAID RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.

23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (Relate Items 1, 2, 3 or 4 to Item 24E by Line)

1.	2.	3.	4.	
A. DATE(S) OF SERVICE	B. PLACE OF SERVICE	C. EMG	D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances)	
From MM DD YY To MM DD YY	YY		E. DIAGNOSIS POINTER	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

F. \$ CHARGES	G. DAYS OR UNITS	H. EPSDT Family Plan	I. ID QUAL	J. RENDERING PROVIDER ID. #
			NPI	
			NPI	
			NPI	
			NPI	
			NPI	
			NPI	

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN

26. PATIENT'S ACCOUNT NO.

27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) YES NO

31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)

32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION

a. _____ b. _____

28. TOTAL CHARGE \$ _____

29. AMOUNT PAID \$ _____

30. BALANCE DUE \$ _____

33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ()

a. _____ b. _____

CARRIER

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

BECAUSE THIS FORM IS USED BY VARIOUS GOVERNMENT AND PRIVATE HEALTH PROGRAMS, SEE SEPARATE INSTRUCTIONS ISSUED BY APPLICABLE PROGRAMS.

NOTICE: Any person who knowingly files a statement of claim containing any misrepresentation or any false, incomplete or misleading information may be guilty of a criminal act punishable under law and may be subject to civil penalties.

REFERS TO GOVERNMENT PROGRAMS ONLY

MEDICARE AND CHAMPUS PAYMENTS: A patient's signature requests that payment be made and authorizes release of any information necessary to process the claim and certifies that the information provided in Blocks 1 through 12 is true, accurate and complete. In the case of a Medicare claim, the patient's signature authorizes any entity to release to Medicare medical and nonmedical information, including employment status, and whether the person has employer group health insurance, liability, no-fault, worker's compensation or other insurance which is responsible to pay for the services for which the Medicare claim is made. See 42 CFR 411.24(a). If item 9 is completed, the patient's signature authorizes release of the information to the health plan or agency shown. In Medicare assigned or CHAMPUS participation cases, the physician agrees to accept the charge determination of the Medicare carrier or CHAMPUS fiscal intermediary as the full charge, and the patient is responsible only for the deductible, coinsurance and noncovered services. Coinsurance and the deductible are based upon the charge determination of the Medicare carrier or CHAMPUS fiscal intermediary if this is less than the charge submitted. CHAMPUS is not a health insurance program but makes payment for health benefits provided through certain affiliations with the Uniformed Services. Information on the patient's sponsor should be provided in those items captioned in "Insured"; i.e., items 1a, 4, 6, 7, 9, and 11.

BLACK LUNG AND FECA CLAIMS

The provider agrees to accept the amount paid by the Government as payment in full. See Black Lung and FECA instructions regarding required procedure and diagnosis coding systems.

SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER (MEDICARE, CHAMPUS, FECA AND BLACK LUNG)

I certify that the services shown on this form were medically indicated and necessary for the health of the patient and were personally furnished by me or were furnished incident to my professional service by my employee under my immediate personal supervision, except as otherwise expressly permitted by Medicare or CHAMPUS regulations.

For services to be considered as "incident" to a physician's professional service, 1) they must be rendered under the physician's immediate personal supervision by his/her employee, 2) they must be an integral, although incidental part of a covered physician's service, 3) they must be of kinds commonly furnished in physician's offices, and 4) the services of nonphysicians must be included on the physician's bills.

For CHAMPUS claims, I further certify that I (or any employee) who rendered services am not an active duty member of the Uniformed Services or a civilian employee of the United States Government or a contract employee of the United States Government, either civilian or military (refer to 5 USC 5536). For Black-Lung claims, I further certify that the services performed were for a Black Lung-related disorder.

No Part B Medicare benefits may be paid unless this form is received as required by existing law and regulations (42 CFR 424.32)

NOTICE: Any one who misrepresents or falsifies essential information to receive payment from Federal funds requested by this form may upon conviction be subject to fine and imprisonment under applicable Federal laws.

NOTICE TO PATIENT ABOUT THE COLLECTION AND USE OF MEDICARE, CHAMPUS, FECA, AND BLACK LUNG INFORMATION (PRIVACY ACT STATEMENT)

We are authorized by CMS, CHAMPUS and OWCP to ask you for information needed in the administration of the Medicare, CHAMPUS, FECA, and Black Lung programs. Authority to collect information is in section 205(a), 1862, 1872 and 1874 of the Social Security Act as amended, 42 CFR 411.24(a) and 424.5(a) (6), and 44 USC 3101-41 CFR 101 et seq and 10 USC 1079 and 1086, 5 USC 8101 et seq, and 30 USC 901 et seq, 38 USC 613, E.O. 9397.

The information we obtain to complete claims under these programs is used to identify you and to determine your eligibility. It is also used to decide if the services and supplies you received are covered by these programs and to insure that proper payment is made.

The information may also be given to other providers of services, carriers, intermediaries, medical review boards, health plans, and other organizations or Federal agencies, for the effective administration of Federal provisions that require other third parties payers to pay primary to Federal program, and as otherwise necessary to administer these programs. For example, it may be necessary to disclose information about the benefits you have used to a hospital or doctor. Additional disclosures are made through routine uses for information contained in systems of records.

FOR MEDICARE CLAIMS: See the notice modifying system No. 09-70-0501, titled "Carrier Medicare Claims Record," published in the Federal Register, Vol. 55 No. 177, page 37549, Wed Sept. 12, 1990, or as updated and republished.

FOR OWCP CLAIMS: Department of Labor, Privacy Act of 1974, "Republication of Notice of Systems of Records," Federal Register Vol. 55 No. 40, Wed Feb. 28, 1990. See ESA-5, ESA-6, ESA-12, ESA-13, ESA-30, or as updated and republished.

FOR CHAMPUS CLAIMS: PRINCIPLE PURPOSE(S): To evaluate eligibility for medical care provided by civilian sources and to issue payment upon establishment of eligibility and determination that the services/supplies received are authorized by law.

ROUTINE USE(S): Information from claims and related documents may be given to the Dept. of Veterans Affairs, the Dept. of Health and Human Services and/or the Dept. of Transportation consistent with their statutory administrative responsibilities under CHAMPUS/CHAMPVA; to the Dept. of Justice for representation of the Secretary of Defense in civil actions; to the Internal Revenue Service, private collection agencies and consumer reporting agencies in connection with recoupment claims; and to Congressional Offices in response to inquiries made at the request of the person to whom a record pertains. Appropriate disclosures may be made to other federal, state, local, foreign government agencies, private business entities, and individual providers of care, on matters relating to entitlement, claims adjudication, fraud, program abuse, utilization review, quality assurance, peer review, program integrity, third-party liability, coordination of benefits, and civil and criminal litigation related to the operation of CHAMPUS.

DISCLOSURES: Voluntary; however, failure to provide information will result in delay in payment or may result in denial of claim. With the one exception discussed below, there are no penalties under these programs for refusing to supply information. However, failure to furnish information regarding the medical services rendered or the amount charged would prevent payment of claims under these programs. Failure to furnish any other information, such as name or claim number, would delay payment of the claim. Failure to provide medical information under FECA could be deemed an obstruction.

It is mandatory that you tell us if you know that another party is responsible for paying for your treatment. Section 1128B of the Social Security Act and 31 USC 3801-3812 provide penalties for withholding this information.

You should be aware that P.L. 100-503, the "Computer Matching and Privacy Protection Act of 1988" permits the government to verify information by way of computer matches.

MEDICAID PAYMENTS (PROVIDER CERTIFICATION)

I hereby agree to keep such records as are necessary to disclose fully the extent of services provided to individuals under the State's Title XIX plan and to furnish information regarding any payments claimed for providing such services as the State Agency or Dept. of Health and Human Services may request.

I further agree to accept, as payment in full, the amount paid by the Medicaid program for those claims submitted for payment under that program, with the exception of authorized deductible, coinsurance, co-payment or similar cost-sharing charge.

SIGNATURE OF PHYSICIAN (OR SUPPLIER): I certify that the services listed above were medically indicated and necessary to the health of this patient and were personally furnished by me or my employee under my personal direction.

NOTICE: This is to certify that the foregoing information is true, accurate and complete. I understand that payment and satisfaction of this claim will be from Federal and State funds, and that any false claims, statements, or documents, or concealment of a material fact, may be prosecuted under applicable Federal or State laws.

Morton I. Hyson, M.D.
Neurology
Diplomate American Board of
Psychiatry and Neurology
EEG, EMG, NCV, Evoked Potentials

LIBERACION MÉDICA.

PARA: CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, ESTANCIAS FEDERALES, ESTATALES, O DEL CONDADO O AUTORIDAD MUNICIPAL O CUALQUIER OTRA PERSONA, EMPRESA, ORGANIZACIÓN QUE SOLICITE O SE LE TRASMITA CUALQUIER INFORMACIÓN

YO AUTORIZO A USTED, Y PERMITIO QUE MORTON I. HYSON, MD EN LA DIRECCION 701 SHADOW LANE #170, LAS VEGAS NEVADA 89106, O SUS AGENTES AUTORIZADOS, A INSPECCIONAR, A TRANSMITIR, Y PARA OBTENER COPIAS COMPLETAS Y TODO EL HISTORIAL MÉDICO, INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A LOS INFORMES MÉDICOS, HISTORIA MEDICAS, INFORMES DE LABORATORIO, NOTA DEL MÉDICO, ORDEN MEDICAS Y EL PROGRESO REGISTRADOS, DE ENFERMEROS, NOTAS PSIQUIÁTRICAS Y REGISTROS, Y SIMILARES, RELACIONADOS CON EL CUIDADO, TRATAMIENTO Y CONSIDERACIÓN DE LO SIGUIENTE _____

PARA TODAS Y CADA UNO DE LOS MÉDICOS Y HOSPITALES; LO QUE USTED TIENE EN SU POSESIÓN, CUSTODIA O CONTROL.

UNA FOTOCOPIA O REPRODUCCIÓN EXACTA DE ESTA LIBERACIÓN MÉDICA, DEBIDAMENTE EJECUTADA, TENDRÁ LA MISMA FUERZA Y EFECTO QUE LA ORIGINAL.

FECHA _____ DIA DE _____ DE 20 _____

FIRMA DEL PACIENTE _____

TESTIGOS _____

NOTA: CON FINES DE OPTENER/TRANSMITIR INFORMACION MEDICA SE UTILIZARÁ LA VERSION EN INGLES; PORFAVOR FIRME LA FORMA EN INGLES

Morton I. Hyson, M.D.
Neurology

Diplomate American Board of
Psychiatry and Neurology

EEG, EMG, NCV, Evoked Potentials

MEDICAL RELEASE

**TO: ANY DOCTOR, HOSPITAL, FEDERAL, STATE, COUNTY OR
MUNICIPAL AUTHORITY OR ANY OTHER PERSON, FIRM,
OR ORGANIZATION FROM WHOM INFORMATION MAY
BE REQUESTED OR TO WHOM INFORMATION MAY BE
TRANSMITTED.**

I HEREBY AUTHORIZE YOU TO PERMIT MORTON I. HYSON, M.D. AND I
AUTHORIZE MORTON I. HYSON, M.D. OF 701 SHADOW LANE #170, LAS
VEGAS, NEVADA 89106, OR HIS AUTHORIZED AGENTS, TO INSPECT, TO
TRANSMIT, AND TO OBTAIN COPIES OF THE COMPLETE AND ENTIRE MEDICAL
RECORD, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO MEDICAL REPORTS, HISTORY
TAKEN, LABORATORY REPORTS, PHYSICIAN'S NOTES, ORDER AND PROGRESS
RECORDS, NURSES, PSYCHIATRIC NOTES AND RECORDS, AND THE LIKE,
PERTAINING TO THE CARE, TREATMENT AND CONSIDERATION OF: _____
_____ FOR ANY AND ALL
TREATMENT PHYSICIANS AND HOSPITALS, WHICH YOU HAVE OR HE HAS IN
YOUR OR HIS POSSESSION, CUSTODY OR CONTROL.

A PHOTOCOPY OR EXACT REPRODUCTION OF THIS MEDICAL RELEASE, AS
DULY EXECUTED, SHALL HAVE THE SAME FORCE AND EFFECT AS THE
ORIGINAL.

DATED THE _____ DAY OF _____ 20 _____

PATIENT'S SIGNATURE: **X** _____

WITNESS: _____

USTED TIENE MEDICARE? SI / NO NUMERO DE MEDICARE: _____
USTED TIENE MEDICAID (SAMI)? SI / NO NUMERO DE MEDICAID: _____
LA VICITA ESTA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE DE TRABAJO SI / NO
LA VICITA ESTA RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO? SI / NO
USTED TIENE ALGUN PENDIENTE LEGAL? SI / NO
NOMBRE DEL ABOGADO _____ TELEFONO _____
DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO ___ CODIGO POSTAL _____

SALDO PENDIENTE SERA INCREMENTADO AL 1% MENSUAL. CUENTAS ATRASADAS SE PASARAN A ABOGADOS O AGENCIAS DE COLECCION SIN PREVIO AVISO. LAS CUENTAS SE CONSIDERAN ATRASADAS SI SE PASAN DESPUES DE 60 DIAS. EN EL CASO QUE MI CUENTA SEA PASADA A ALGUNA AGENCIA DE COLECCIÓN, PAGARE CARGOS RASONABLES POR LA COLECCIÓN O COSTOS DE CORTE HASTA EL 50% DEL BALANCE PENDIENTE EN EL MOMENTO QUE MI CUENTA SEA CONSIDERADA ATRASADA.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

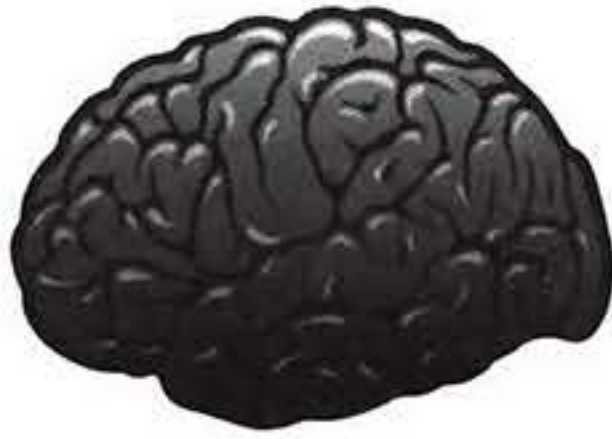
POR LA PRESENTE YO AUTORIZO EL PAGO A MORTON I. HYSON, MD TODAS LAS PRESTACIONES DEBIDAS, EN SU CASO, POR RAZÓN DEL SERVICIOS QUE SE DESCRIBE EN ESTA DECLARACIÓN. YO SERE RESPONSABLE POR CUALQUIER SALDO EN EXCESO DE CUALQUIER SUMAS PODRÁN SER PAGADAS POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS CUYO POLÍTICA SE IDENTIFICA A CONTINUACIÓN.

POR LA PRESENTE YO AUTORIZO A MORTON I. HYSON, MD PONER EN LIBERTAD CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA ADQUIRIDAS EN EL CURSO DE MI EXAMIN Y / O TRATAMIENTO, CON EL FIN DE TERCEROS REEMBOLSO.

POR LA PRESENTE YO AUTORIZO FOTOCOPIAS DE ESTAS AUTORIZACIONES FIRMADAS A SER TAN VÁLIDOS COMO LOS ORIGINALES, Y TENGO ENTENDIDO QUE CUALQUIER COBERTURA DEBERA SE PAGADA DIRECTAMENTE A MORTON I. HYSON, MD

TENGO ENTENDIDO QUE EL DR. HYSON ES UN MÉDICO QUE PARTICIPA EN EL PROGRAMA MEDICARE. TENGO ENTENDIDO QUE LOS PACIENTES DE MEDICARE SON RESPONSABLES DEL PAGO DE LA SUMA DEDUCIBLE ANUAL Y EL IMPORTE IGUAL AL 20% DEL MEDICARE PERMISIBLE, QUE ES LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____



MORTON I HYSON, M.D., P.C.
N E U R O L O G Y

701 Shadow Lane #170 • Las Vegas, Nevada 89106

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.

El Seguro de salud de Portabilidad y Responsabilidad de la Ley de 1996 ("HIPAA siglas en ingles") es un programa federal que requiere que todos los expedientes médicos y de otro tipo de identificación individual de salud y la información utilizada o revelada por nosotros en cualquiera de sus formas, ya sea por via electrónicas, impresa o por vía oral, se mantienen debidamente confidencial. Esta ley le da, el paciente, importantes nuevos derechos para comprender y controlar forma en que su información de salud se utiliza. "HIPAA" establece sanciones para las entidades que abarca el uso indebido de información de salud.

Tal como lo requiere la "HIPAA", hemos preparado esta explicación de la forma en que están obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos utilizar y divulgar su información médica.

Podemos utilizar y divulgar su historial médico sólo para cada uno de los siguientes fines: tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud.

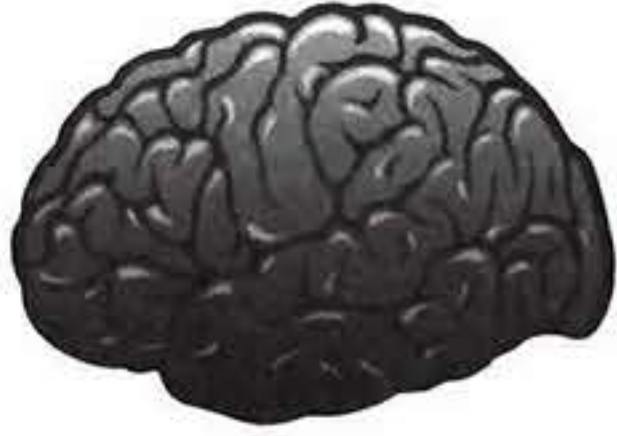
- **Tratamiento** significa proporcionar, coordinar o administrar los servicios de salud y servicios y conexos de uno o más proveedores de servicios de salud. Un ejemplo de esto incluiría un examen físico.
- **Pago** significa actividades tales como la obtención de reembolsos por servicios prestados, lo que confirma la cobertura, la facturación o las actividades de recopilación, revisión y utilización. Un ejemplo de esto sería el envío de un factura por su visita a su compañía de seguros para el pago.
- **La atención de la salud** incluyen las operaciones de la empresa aspectos de funcionamiento de nuestra práctica, como la realización de la evaluación de la calidad y mejora de las actividades, funciones de auditoría, en función de los costos de análisis de la gestión, y el servicio al cliente. Un ejemplo sería un revisión de la calidad de una evaluación interna.

Tambien podermos crear y distribuir identificados de información de salud mediante la eliminación de todas las referencias a la información de identificación individual.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se hará solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización per escrito y estamos obligados a honrar y respetar que lo solicite por escrito, salvo en la medida en que ya hemos tomado medidas que dependen de su autorización.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____



MORTON I HYSON, M.D., P.C.
N E U R O L O G Y

701 Shadow Lane #170 • Las Vegas, Nevada 89106

Fecha: _____

PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

SS# _____

Tengo entendido que todos los copagos y deducibles que se recogen en el momento de servicio son cifras estrictamente estimadas.

Una vez que mi compañía de seguros ha procesado y pagado por los servicios prestados, podría tener más gastos adicionales, agregar más gastos, los cuales serán mi responsabilidad.

El importe total adeudado se correlaciona con mi seguro según mis beneficios, una vez que mi reclamación haya sido procesada

Firma Del Paciente _____

Fecha _____

CUESTIONARIO PERSONAL MEDICO

- | | | | |
|------|---|-------|----|
| 1) | ¿Alguna vez ha tenido ATAQUE CARDIACO? | SI | NO |
| 1A) | Si es afirmativo CUANDO? | _____ | |
| 2) | ¿Alguna vez ha tenido un derrame CEREBRAL? | SI | NO |
| 2A) | Si es afirmativo CUANDO? | _____ | |
| 3) | ¿Alguna vez ha tenido CONVULSIONES? | SI | NO |
| 3A) | Si es afirmativo CUANDO? | _____ | |
| 4) | ¿Alguna vez ha tenido CIRUGIAS? | SI | NO |
| 4A) | Si es afirmativo CUANDO? _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| 5) | ¿Que MEDICAMENTOS está tomando ACTUALMETE? _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| | _____ | _____ | |
| 6) | ¿Tiene algún METAL en su cuerpo, además de empastes dentales? _____ | _____ | |
| 7) | ¿ES ALERGIC o/a ALGUN MEDICAMENTO? | SI | NO |
| 7A) | Si es afirmativo A CUAL? | _____ | |
| 8) | ¿Tiene HIPERTENSIÓN arterial (alta presión)? | SI | NO |
| 9) | ¿ESTA EMBARAZADA? | SI | NO |
| 10) | ¿TENE MARCAPASOS? | SI | NO |
| 11) | ¿Alguna vez FUMO (Cigarrillos / puros)? | SI | NO |
| 11A) | Si es afirmativo por cuánto tiempo y cuantas veces al día? | _____ | |
| 12) | ¿Consume BEBIDAS ALCOLICAS? | SI | NO |
| 12A) | ¿Si es afirmativo QUE CANTIDAD? | _____ | |
| 13) | ¿Ha consumido drogas ILICITAS? | | |
| | ¿EJEMPLO (mariguana, cocaína, etc.)? | SI | NO |
| 13A) | ¿Si es afirmativo QUE CANTIDAD? | _____ | |
| | _____ | _____ | |

FIRMA _____

FECHA _____

*TODAS LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES CON PROPOSITO MEDICO SOLAMENTE!

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Sírvase indicar sí nó usted está experimentando cualquiera de los siguientes:

CARDIOVASCULAR:

Dolor en el pecho (Chest Pain)	SI	NO
Desmayos (Fainting)	SI	NO
Falta de aliento (Shortness of Breath)	SI	NO
Hinchazón de los tobillos (Ankle Swelling)	SI	NO

RESPIRATORIO:

Tos (Coughing)	SI	NO
Tos con sangre (Coughing up Blood)	SI	NO
Sibilancias (Wheezing)	SI	NO

GENITOURINARIO:

Dolor en la micción (al orinar) (Pain on Urination)	SI	NO
Micción frecuente (orina frecuentemente) (Frequent Urination)	SI	NO
Sangre en la orina (Blood in Urine)	SI	NO
Ardor durante la micción (al orinar) (Burning on Urination)	SI	NO

MUSCULOESQUELETICAS:

Dolor en las articulaciones (Joint Pain)	SI	NO
Articulaciones inflamadas (Joint Swelling)	SI	NO
Disminución de la movilidad articular (Decreased Joint Mobility)	SI	NO

NEUROLÓGICAS:

Dolores de cabeza (Headaches)	SI	NO
Convulsiones (Seizures)	SI	NO
Mareo (Dizziness)	SI	NO
Debilidad (Weakness)	SI	NO
Pérdida de la conciencia (Loss of Consciousness)	SI	NO

ABDOMINAL:

Náuseas (Nausea)	SI	NO
Vómitos (Vomiting)	SI	NO
Dolor abdominal (Abdominal Pain)	SI	NO
Diarrea (Diarrhea)	SI	NO
Estreñimiento (Constipation)	SI	NO

FIRMA _____

FECHA _____