



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
 9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
 Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
 PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

**Informacion Sobre los Pacientes**

<b>Informacion Personal Del Pacient (Por Favor Complete Todos Los Campos)</b>			
<b>POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE</b>			
Apellidos:		Proveedor de atencion Primaria (PCP):	
Primer nombre:	MI:	Refiriendose Proveedor (Si es diferent):	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):		Sexo: <input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female	
Direccion:		Estado civil: <input type="radio"/> Solo <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viuda	
Ciudad:		Numero de Social Security:	
Estado:	Codigo Postal:	Lugar donde trabaja:	
Numero de Telefono:	Telefone Celular:	Estado Empleador:	
Numero de telefono:	E-mail:	Retirado: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Discapitado: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Condicion de Estudiante: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
<b>Titular de la poliza de Seguro de Informacion (Garante)</b>			
<input type="radio"/> Igual que el anterior:			
Apellido:	Primer Nombre:	MI:	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy):		Numero de Social Security:	
Numero de Telefono:		Email	
Direccion de envio:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Ocupacion:		Nombre del empleador:	
Direccion del Empleador:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Contacto de Emergencia:	Numero de Telefono:	Relacion al Paciente: <input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Conyuge <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Otro: Especificar _____	
<b>Informacion del Seguro Primario</b>			
Nombre Seguro:		Fecha de Vigencia de la Cobertura:	
Numero de Poliza:	Copago:	Numero de Grupo/ Nombre del Grupo:	
<b>Compania De Seguro Secundario:</b>			
Nombre seguro:		Fecha de Vigencia de la Cobertura:	Nombre Seguro



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

**APRECIAMOS LA OPORTUNIDAD DE SERVIRLE!  
NOS COMPROMETEMOS A BRINDARLE ATENCION MEDICA LO MEJOR.**

**OFICINA DE POLITICA SOBRE EL PAGO:**

Es nuestra política exigen el pago de todos los cargos en la oficina tiempo se les ha dado, a menos que antes se ha hecho específicamente. Todas las cuentas más de 60 días, se cargará un tipo de interés de 1 ½ por ciento cada mes (18 por ciento anual) o un mínimo de \$2.00 . En caso de que algún saldo debido a continuación no es pagado, según lo convenido, el abajo firmante conjunta y solidariamente acuerdo para pagar todos los gastos pagados por la empresa de cobranzas, lo cual los costos no exceda del 20 por ciento, incluyendo un razonable honorario del abogado.

**POLIZA DE SEGUROS**

Seguros prevé el reembolso de gastos médicos permitidos. Como una cortesía a usted le proporcionaremos una declaración detallada puede enviar a su compañía de seguros para el pago. Estaremos encantados de presentar a las compañías de seguros más, si usted nos ha proporcionado el número de póliza, dirección, lugar de trabajo y cualquier otra información pertinente.

**Usted es responsable de todos los deducibles y los gastos no cubiertos por el seguro.** Por favor entienda que no podemos, como tercero, participar en negociaciones prolongadas, este es su responsabilidad.

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion nescesaria para procesar medical cualquier reclamacion. I permitir una copia de la autorizacion para ser utilizado en lugar de la original. Esta autorizacion puede ser revocada por mi o mi compania de seguros en cualquier momento por escrito.

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE REGISTROS MEDICOS**

Yo autorizo al doctor a divulgar mi información médica incluyendo diagnóstico, radiografías, resultados de pruebas, informes y registros relativos a cualquier tratamiento o examen rendido a mí. Entiendo que esta información médica puede ser utilizada para cualquiera de los fines siguientes: Seguro de diagnóstico, legal, y siempre que el médico lo considere necesario a fin de garantizar la mejor atención médica en mi nombre. También entiendo que cualquier persona (s) que reciben estos registros médicos no divulgará ninguna de la información médica obtenida por esta autorización a cualquier persona u organización sin una nueva autorización firmada por mí para información de la versión.

**HE LEÍDO LO ANTERIOR Y ACEPTA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR COMPLETO DE ESTA CUENTA**

---

FIRMADO	FECHA
PACIENTE, PADRE O TUTOR	



## AUTORIZACIONES Y RECONOCIMIENTO

### 1. PRACTICAS DE PRIVACIDAD:

Se me ha dado y he tenido la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Paciente. El aviso de prácticas de privacidad describe los tipos y usos de la divulgación de mi información de salud protegida que podría ocurrir a fin de acelerar el tratamiento médico, el pago de reclamos médicos, o facilitar las operaciones de atención médica.

Si usted desea que esta oficina para poder discutir su atención médica con otra persona o miembro de la familia, por favor autorice a continuación.

Nombre de la persona que puede hablar con su cuidado	Relacion
Firma del tutor del paciente o de los padres/legal	Fecha

### 2. MEDICARE PACIENTES

Solicito el pago de los beneficios de Medicare para hacerse ya sea para mí o en mi nombre a \_\_\_\_\_ Para muchos servicios proporcionados mí por ese médico / centro. Yo entiendo que soy totalmente responsable de cualquier titular de un hospital / centro. Entiendo que soy totalmente responsable de cualquier deducible anual, co-seguro o cargos por servicio no cubierto. Autorizo a cualquier poseedor de hospital o información médica sobre mí para liberar a la CMS y sus agentes cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Yo permito que una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar de la original.

Firma	Fecha
-------	-------

### 3. DE ATENCION ADMINISTRADA (HMO/PPO) DE LOS PACIENTES

Yo entiendo que soy responsable por todos los deducibles, copagos y cargos por servicio no cubierto en el momento de mi visita. Además, entiendo que debería pago de mi emisor se niega debido a la "exclusión enfermedad pre-existente", sin cobertura de servicio o la terminación de la cobertura, que será responsable del pago de dichos servicios dentro de 10 (diez) días de tal notificación. Si este pago no se recibe a tiempo seré responsable de la tarifa original, completo y todos los gastos de recaudación asociados. También es mi responsabilidad notificar a la oficina antes de mi visita, si hay algún cambio en mi cobertura de seguro.

Firma	Fecha
-------	-------



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
 9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
 Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
 PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

**REGISTROS MEDICOS AUTORIZACION DE LIBERACION**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 SS#: \_\_\_\_\_

POR LA PRESENTE AUTORIZO

MEDICO/CENTRO NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE FAX: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> All records                   | <input type="radio"/> Other (describe specifically) |
| <input type="radio"/> Doctor Notes                  |   |
| <input type="radio"/> Laboratory/pathology records  | _____   |
| <input type="radio"/> X-ray/radiology records       | _____   |
| <input type="radio"/> Specialist Notes              |   |
| <input type="radio"/> Pharmacy/prescription records | _____   |

*\*Note: If these records contain any information from previous providers or information about HIV/AIDS status, cancer diagnosis, Drug/alcohol abuse, or sexually transmitted disease, you are hereby authorizing disclosure of this information.*

TO RELEASE MY MEDICAL RECORDS TO THE FOLLOWING:

**Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC**  
**9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208**  
**Miami, Florida 33138**  
**P: 305-754-6240 F: 305-754-6255**

I understand that after the custodian of records discloses my health information, it may no longer be protected by federal Privacy laws. I further understand that this authorization is voluntary and that I may refuse to sign this authorization. My Refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment; receive payment; or eligibility for benefits unless allowed by Law. By signing below I represent and warrant that I have authority to sign this document and authorize the use or Disclosure of protected health information and that there are no claims or orders pending or in effect that would prohibit, Limit, or otherwise restrict my ability to authorize the use or disclosure of this protected health information.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

---

### **FOTO FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_ F.D.N \_\_\_\_\_

conceder permiso para Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC. Dr Margareth A Saldanha, MD. Para la utilización de la fotografía (s) o imágenes de los medios electrónicos como identificadas a continuación en cualquier presentación de cualquier y toda clase alguna. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificación a Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC. Dr Margareth A Saldanha, MD por escrito. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de la recepción de esta notificación por escrito. Las imágenes se almacenan en un lugar seguro y solo el personal autorizado tendrá acceso a ellos. Ellos se mantendrán siempre y cuando sean pertinentes y después de ese tiempo destruido o archivados.

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Image(s) Descripción: Paciente de Advanced MD PM & EHR Foto.



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
 9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
 Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
 PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

### I. INFORMACION BASICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Derecha/Izquierda/ambas: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

### II. EDUCACION/ESTILO DE VIDA

Nivel mas alto de educacion alcanzado:  6<sup>th</sup> Grade  12<sup>th</sup> Grade  GED  Colegio  De Postgrado

Aficiones: Se mantiene active con aficiones:  Si  No – Tipo de aficion? \_\_\_\_\_

Ejercicio: Hace ejercicio?  Si  No – Con que frecuencia  una vez a la semana  2-4d/wk.  >5d/wk.

Dieta: Estas en una dieta especial?  Si  No En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

Casa situacion de vida?  Solo  w/Conyuge  w/Conyuge/Ninos  w/Ninos  Otro: \_\_\_\_\_

### III. SUSTANCIA ESTADO DE USO

Fuman Cigarrillos:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo, # paquetes/dia? <input type="radio"/> 1/2 pk <input type="radio"/> 1pk <input type="radio"/> >2pk	
El Consumo de Alcohol:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo, escriba: <input type="radio"/> Cerveza <input type="radio"/> Vino <input type="radio"/> Bebidas Alcoholicas <input type="radio"/> Otras	Bebidas por semana: <input type="radio"/> 1 or less <input type="radio"/> 2-4 <input type="radio"/> >4
Drogas:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo, el tipo:	Para:
Uso de la caferina:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Qty: <input type="radio"/> 1 or less <input type="radio"/> 2-4 <input type="radio"/> >4	

### IV. RAZON DE LA VISITA

Por favor marque la frase que major describe el proposito principal de su visita:

Examen de rutina proporcionada por la empresa para la que trabaja

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Evaluacion/manejo de un problema (Describa brevemente)

Otro fin (Describa brevemente)



## V. MEDICAMENTOS

Lista de todos los medicamentos (incluyendo medicamentos de venta libre o remedios a base de hierbas y/suplementos que usted toma actualmente (TAMBIEN, POR FAVOR TRAIGA SU BOTELLA DE PILDORA CON USTED)

Nombre	Dosis y con que frecuencia toma	Proposito (Si se conoce)

## VI. VACUNACION/INMUNIZACION (Marque y Fecha)

<input type="radio"/> Pneumovax	<input type="radio"/> Tetanos (ultimos 10 anos)
<input type="radio"/> Sarampion/Paperas/Rubeola	<input type="radio"/> Hepatitis

## VII. ALERGIAS

Es alergico a algun medicamento?  Si  No – En caso afirmativo, indique los medicamentos y la naturaleza de la reaccion alergica. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eres alergica al medio de contraste?  Si  No – En caso afirmativo, por favor describa la reaccion alergica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VIII. OPERACIONES/LESIONES/HOSPITALIZACIONES

Cheque y la fecha ninguna de las siguientes operaciones que haya tenido.

<input type="radio"/> Amigdalas	<input type="radio"/> Vesicula Biliar	<input type="radio"/> Rinon	<input type="radio"/> Pecho
<input type="radio"/> Pulmones	<input type="radio"/> Apendice	<input type="radio"/> Prostata	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Corazon	<input type="radio"/> Intestinos (o colon)	<input type="radio"/> Utero (Histerectomia)	
<input type="radio"/> Arterias			
<input type="radio"/> Estomago	<input type="radio"/> Hemorroides	<input type="radio"/> Columna Vertebral (o espalda)	
<input type="radio"/> Ovario	<input type="radio"/> Hernia		

Alguna vez has tenido una lesion grave?  Si  No, En caso afirmativo, por favor describa brevemente, con fecha e indicar cualquier incapacidad duradera.



## IX. ENFERMEDADES MEDICAS PASADAS Y LA HISTORIA DE LAS CONICIONES

Alguna vez has sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Por favor revise y fecha.

<input type="radio"/> Fiebre de origen desconocido	<input type="radio"/> Angina	<input type="radio"/> Otras condiciones del higado
<input type="radio"/> Perdida de peso inexplicable	<input type="radio"/> Soplo Cardiaco	<input type="radio"/> Calculos Renales
<input type="radio"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/> Pancreatitis	<input type="radio"/> Salpullido
<input type="radio"/> Los Calculos biliares	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Ritmo problema
<input type="radio"/> bocio	<input type="radio"/> Otras enfermedades del Corazon.	<input type="radio"/> Problema urinario
<input type="radio"/> Otras condiciones de la tiroides	<input type="radio"/> Hipertension	<input type="radio"/> STD
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Phlebitis/Coagulos de sangre	<input type="radio"/> Infeccion Pelvica
<input type="radio"/> Otras condiciones sanguineas	<input type="radio"/> Varices	<input type="radio"/> Enfermedad de la prostate
<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Nervios en el estomago	<input type="radio"/> Artritis
<input type="radio"/> Cataracts	<input type="radio"/> Hernia hiatal	<input type="radio"/> Tendinitis/bursitis
<input type="radio"/> Condiciones del oido	<input type="radio"/> Ulcera	<input type="radio"/> Gota
<input type="radio"/> Fiebre de heno	<input type="radio"/> Diverticulosis	<input type="radio"/> Depresion
<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Colitis	<input type="radio"/> Otras enfermedades mentales
<input type="radio"/> Neumonía	<input type="radio"/> Polipos Intestinales	<input type="radio"/> Epilepsia/Convulsiones
<input type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> Hemorroides	<input type="radio"/> Cancer (Localizacion/Fecha)
<input type="radio"/> Enfisema	<input type="radio"/> El colesterol alto	
<input type="radio"/> Otras condiciones Pulmonares	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Ataque del corazon	<input type="radio"/> Cirrosis	

## X. HISTORIA FAMILIAR

Si los padres, los hermanos, las hermanas, los ninos han tenido alguno de los siguientes problemas de salud, por favor revise la lista y que los familiares.

<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Enfermedad del Corazon	<input type="radio"/> Condiciones mentales
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Hipertension	<input type="radio"/> Las mismas condiciones que el tuyo
<input type="radio"/> El colesterol alto	<input type="radio"/> Carrera	<input type="radio"/> Tuberculosis
<input type="radio"/> Alergia/Asma	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Enfermedad Renal	<input type="radio"/> Epilepsia	





Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
 9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
 Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
 PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

HISTORIA FAMILIAR				
Padre:	Vivo	Fallecido	Saludable	Problemas Medicos:
Madre:	Vivo	Fallecido	Saludable	Problemas Medicos:
Hermano(s):	# Hermano: (		Saludable	Problemas Medicos:
Herman(s):	# Herman: (		Saludable	Problemas Medicos:
Hijo(s):	# Hijo: (		Saludable	Problemas Medicos:
Hija(s):	# Hija: (		Saludable	Problemas Medicos:

#### XI. QUE RESPONDER SOLO A LAS MUJERES

Numero de embarazos:	Son sus periodos regulares?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Numero de nacimiento:	Tiene sangrado entre periodos menstruales?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Complicaciones relacionadas con el embarazo:	Cualquier posibilidad de embarazo actual?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fecha de la ultima menstruacion comenzo?	Tiene flujo vaginal?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fecha del ultimo examen pelvico y una prueba de Papanicolaou	Ha notado algun bulto en el pecho?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fecha de su ultima mamografia	Ha tenido algun sangrado vaginal desde la menopausia?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Si usted ya paso la menopausia, la edad a la que el ultimo period se produjo?	Tienes sofocos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No



## REVISION DE LOS SISTEMAS

Por favor marque cualquier sintoma, enfermedad o problemas en las areas enumeradas a continuacion, y describir los detalles del problema si esta presente en los pacientes.

REVISION DE LOS SISTEMAS – GENERAL			
CONSTITUCIONAL	OIDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA	CARDIOVASCULAR	SANGRE/ ENDOCRINO/ LINFATICO/ ALERGICAS
<input type="checkbox"/> Alterado el Sabor/ Olor	<input type="checkbox"/> Saldo problema	<input type="checkbox"/> Palpitaciones en el pecho	<input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre
<input type="checkbox"/> Cambios en el Apetito	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Enfermedad de celulas falciformes
<input type="checkbox"/> Perdida de peso o ganancia	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos	<input type="checkbox"/> Presion en el pecho	<input type="checkbox"/> Agrandamiento de los ganglios linfaticos
<input type="checkbox"/> Incapaz de dormir	<input type="checkbox"/> Perdida de la audicion	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Exposicion al VIH
<input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar por la nariz	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardiaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Fattiga	<input type="checkbox"/> Nariz sangrante/descarga	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fiebres recurrentes	<input type="checkbox"/> Enfermedad sinusal	<input type="checkbox"/> Hipertension	<input type="checkbox"/> Huesos debiles
<input type="checkbox"/> Problemas de alimentacion	<input type="checkbox"/> Llagas en la boca	<input type="checkbox"/> Presion arterial baja	<input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento
<input type="checkbox"/> Problemas de Esfinteres	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Lew hinchazon	<input type="checkbox"/> Transfusiones
MUSCULOESQUELETICO	OJOS	GASTROINTESTINAL	RESPIRATORIO
<input type="checkbox"/> Dolor de Espalda baja	<input type="checkbox"/> Vision Borrosa	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Dolor de Cuello	<input type="checkbox"/> Vision Doble	<input type="checkbox"/> Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Sibilancias
<input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Neumonia
<input type="checkbox"/> Hinchazon de las articulaciones	<input type="checkbox"/> Cataracts	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Huesos Rotos	<input type="checkbox"/> Disminucion de la vision	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepatica/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tos Cronica
PIEL	PSIQUIATRICO		GENITOURINARIO
<input type="checkbox"/> Erupciones	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Colico	<input type="checkbox"/> Aumento de la Frecuencia
<input type="checkbox"/> Cabello Problema	<input type="checkbox"/> Depresion	<input type="checkbox"/> Sangre en las Heces	<input type="checkbox"/> Calculos Renales
<input type="checkbox"/> Problemas de Unas	<input type="checkbox"/> Problemas de Atencion	<input type="checkbox"/> Ulcera	<input type="checkbox"/> Sangre en la Orina
<input type="checkbox"/> Vomitos			
REVISION DE LOS SISTEMAS – NEUROLOGICO			
<input type="checkbox"/> Confusion	<input type="checkbox"/> Torpeza	<input type="checkbox"/> Asfixia	<input type="checkbox"/> Comportamiento/Emocionales
<input type="checkbox"/> Hechizos	<input type="checkbox"/> Entumecimineto	<input type="checkbox"/> Dificultad para	<input type="checkbox"/> Retirado



Miami Shores Neurology & Sleep Institute, LLC  
 9999 NE 2<sup>nd</sup> Ave Suite 208  
 Miami – Florida, 33138  
[www.msneurosleep.com](http://www.msneurosleep.com)  
[info@msneurosleep.com](mailto:info@msneurosleep.com)  
 PH: 305 754 6240 Fax: 305 754 6255

<input type="checkbox"/> Mareo	facial/ hormigueo <input type="checkbox"/> Entumecimiento - Brazos (L/R/B)	masticar <input type="checkbox"/> Dificultad degustacion	<input type="checkbox"/> Agresivo
<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Entumecimiento - Piernas (L/R/B)	<input type="checkbox"/> Babeo	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Movimientos Anormales	<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Mood swing
<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Mala Coordinacion	<input type="checkbox"/> Incontinencia – Intestino	<input type="checkbox"/> Berrinches
<input type="checkbox"/> Problemas de Memoria	<input type="checkbox"/> Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/> Incontinencia – Vejiga	<input type="checkbox"/> Los Espasmos del llanto
<input type="checkbox"/> Cambio de personalidad	<input type="checkbox"/> Rigidez	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/> Tamano anormal de la cabeza	<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Forma anormal de la cabeza	<input type="checkbox"/> Debilidad – Brazos (L/R/B)	<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/> Debilidad – piernas (L/R/B)		<input type="checkbox"/>

Otros sintomas: (Por favor describa) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_