



Forma de referencia de EEG ambulatorio

POR FAVOR FAX

- 1) Formulario de referencia 2) Evaluación de EEG QS 3) Hoja facial 4) Nota de visita anterior al consultorio
5) Resultados anteriores del EEG (si corresponde) 6) Copia de la tarjeta de seguro

Número de fax: 1-469-213-8448

Información para el paciente

Apellido _____ Nombre Segundo _____ Nombre _____

Seguro Social# _____ DOB _____

Dirección _____ de la calle City _____ State _____ Código Postal _____

Información de seguros

Principal _____ ID# _____ Grupo# _____

Secundario _____ ID# _____ Grupo# _____

Longitud del EEG ambulatorio

48hrs 72hrs 96hrs 120hrs

EEG anterior [Incluir resultados de estudios anteriores]

Rutina Ambulatoria Ninguna

Resultados del EEG anterior

Anormal normal

Códigos ICD-10 de condición de referencia

Primaria [Requerido] – Las notas clínicas deben apoyar el estudio

- R40.4 Alteraciones transitorias de la conciencia
 G40. A09 Síndrome epiléptico de ausencia, no intratable, sin estado epiléptico
 G40.309 Epilepsia idiopática generalizada y síndromes epilépticos, no intratables, sin estado epiléptico
 G40.209 Convulsiones parciales: epilepsia sintomática relacionada con la localización (focal) (parcial) y síndromes epilépticos con convulsiones parciales complejas no intratables, sin estado epiléptico
 G40.909 Epilepsia no especificada: Epilepsia, no especificada, no intratable, sin estado epiléptico
 Otros _____

Códigos ICD-10 secundarios [Opcional]

- R42 Mareos y vértigo R56.1 Convulsiones postraumáticas
 R55 Síncope y colapso R56.9 Otras convulsiones

Información del médico

Nombre de la práctica _____ Nombre del médico _____ NPI # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

- Me gustaría que un neurólogo/epileptólogo leyera/interpretara mis estudios
 Leeré/interpretaré mis propios estudios

*La transmisión de toda la información cumplirá con los estándares de cumplimiento de HIPPA

Firma del médico _____ Fecha esignada _____

Firma Patient _____ Fecha firmada _____

Por favor, incluya lo siguiente con cada referencia

- Formulario de referencia firmado por el médico (formulario actual)
 Detección ambulatoria de EEG
 Copia de la tarjeta de seguro del paciente (anverso y reverso)
 Demostración/Hoja facial
 Notas de visitas anteriores al consultorio (PMHx y lista de medicamentos)
 Resultados anteriores de las pruebas de EEG (si)