

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTES

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

REFERIDO POR: _____ MÉDICO DE FAMILIA: _____

ALTURA: _____ PESO: _____ ¡ESTO ES NECESARIO PARA TODOS LOS PACIENTES, INCLUSO PARA LOS NIÑOS!

___ MALE ___ FEMALE SI ERES MUJER ¿ESTÁS EMBARAZADA? _____ EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO TIEMPO TARDE? _____

Motivo de su visita:

VERIFIQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES POR LAS QUE ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO ACTUALMENTE O POR LAS QUE HA SIDO TRATADO EN EL PASADO POR UN MÉDICO.

TDAH _____ enfermedad de Alzheimer _____ ansiedad _____ artritis _____ diabetes tipo 1 _____ diabetes tipo 2 _____

Depresión _____ fibromialgia _____ dolores de cabeza _____ hipertensión _____ colesterol alto _____

Explicación de las enfermedades cardíacas _____ el corazón Attack _____ el insomnio _____ las migrañas _____ la esclerosis múltiple _____ Los problemas de cuello o espalda explican _____

la Disease del Parkinson _____

Convulsiones tipo _____ accidente cerebrovascular _____ Problems tiroideo _____

OTRAS CONDICIONES NO ENUMERADAS: _____

HAGA UNA LISTA DE LAS CIRUGÍAS IMPORTANTES: _____

HAGA UNA LISTA DE CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

Padre: Living _____ Deceased _____ Medical Issues _____

Madre: Living _____ Deceased _____ Medical Issues _____

Otros miembros de la familia:

LA SECCIÓN DE TABACO DEBE SER RESPONDIDA EN SU TOTALIDAD.

¿Consumes productos de tabaco? No _____ Yes _____ Cigarettes _____ Cigars _____ Masticar Tobacco _____ Dip _____ Vape _____

¿A qué edad empezaste a usar el producto? _____ Si has dejado de fumar, ¿cuándo lo hiciste? _____

¿Consumes algún producto alcohólico? No _____ Yes _____ EN CASO AFIRMATIVO, ¿cuánto y tipo de alcohol? _____

¿TIENE ALGÚN DISPOSITIVO IMPLANTADO COMO MARCAPASOS, DESFIBRILADORES O VARILLAS DE METAL?

No _____ Sí _____ tipo: _____

¿LE HAN HECHO TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS O RESONANCIAS MAGNÉTICAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?:

NO _____ YES _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿EN QUÉ CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES SE REALIZARON?

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Gracias por elegir nuestra oficina. Con el fin de servirle adecuadamente, necesitamos la siguiente información. Por favor, imprima. Toda la información será confidencial.

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____

Masculino Mujer SS#: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Marque la casilla correspondiente: soltero casado viudo divorciado separado menor de edad

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico (utilizada para recordatorios de citas): _____

Nombre del contacto de emergencia para todos los pacientes (obligatorio): _____

Número de teléfono de contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

¿Quién te refirió?: _____

Médico de familia (si es diferente al referente): _____

COMPLETAR SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:

Nombre del padre/tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿El motivo de la visita se debe a un accidente automovilístico o a alguna lesión? ____ Fecha de la lesión ____

¿Está utilizando un abogado? ____ Nombre del abogado: _____

Esta oficina no presenta seguros de compensación laboral, seguro de PI, seguro de automóvil o seguro comercial secundario (a menos que sea secundario a Medicare). Cualquier paciente que utilice un abogado debe presentar el pago en el momento de la visita.

Los pacientes de Medicaid deben mostrar su tarjeta en cada visita e informar a la oficina de inmediato si su cobertura de Medicaid cambia. Debe presentar cualquier seguro primario además de su cobertura de Medicaid.

Pacientes de seguros privados y Medicare: Notifique a la oficina de inmediato si su cobertura se cancela o cambia. Cualquier saldo pendiente debido a la cancelación de la cobertura será responsabilidad del paciente o asegurado.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de la persona/agencia responsable de esta cuenta: _____

Relación con el paciente: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo: _____

Compañía de Seguros Primaria: _____

ID #: _____ GRUPO#: _____ Ins. Teléfono: _____

Nombre del asegurado (si no es paciente): _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ SS del asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

Seguro secundario (solo para pacientes de Medicare)

Compañía de Seguros Secundaria : _____

de identificación: _____ GRUPO#: _____ Ins. Teléfono: _____

Tenga en cuenta que usted será responsable de cualquier cargo no cubierto por el seguro debido a una condición preexistente, información errónea proporcionada a nuestra oficina o cualquier procedimiento no cubierto. Todos los copagos y deducibles se deben pagar en el momento de la visita. Esta oficina no acepta cheques posfechados ni gravámenes de abogados.

Los pacientes cubiertos por HMO serán responsables de los cargos completos si no se pagan las primas del seguro y la compañía de seguros solicita un reembolso al Dr. Brown por los servicios prestados al paciente.

Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica, asesoramiento y tratamiento (o el de mi hijo) con el fin de evaluar y administrar reclamaciones de beneficios de seguro. También autorizo el pago de los beneficios del seguro que de otro modo me serían pagaderos directamente al Dr. Brown.

X _____
Firma del paciente (o tutor si el paciente es menor de edad)

Fecha

Carl D. Brown, D.O.

8050 E HWY 191 Ste 205

Odessa, TX 79765

TELÉFONO: (432) 332-2858

FAX: (432) 333-3697

POLÍTICAS DE OFICINA

Vigente desde el 08/10/03

Revisado el 24/04/2024

SE ESPERA EL PAGO COMPLETO EN EL MOMENTO DE LA VISITA ANTES DE VER AL MÉDICO. ESTO INCLUYE COPAGOS, DEDUCIBLES Y VISITAS EN EFECTIVO. LOS COPAGOS DE MEDICARE DEBEN PAGARSE AL FINAL DE LA VISITA. DEBE PRESENTAR SU TARJETA DE SEGURO, MEDICARE O MEDICAID EN SU VISITA. DE LO CONTRARIO, SE REPROGRAMARÁ LA CITA. NO HAY EXCEPCIONES. SI NO SE PUEDE REALIZAR EL PAGO, SE LE REPROGRAMARÁ.

HABRÁ UN CARGO DE \$35.00 POR TODOS LOS CHEQUES DEVUELTOS.

TODOS LOS NIÑOS ATENDIDOS DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS POR UN PADRE O TUTOR EN CADA CITA. DEBIDO AL TAMAÑO LIMITADO DE NUESTRA SALA DE ESPERA, HAY UN LÍMITE DE 2 PERSONAS POR PACIENTE. SE ESPERA QUE CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA UN PACIENTE, INCLUIDO UN NIÑO, CEDA SU ASIENTO A UN PACIENTE PROGRAMADO. POR FAVOR, NO TRAIGA NIÑOS A LA CLÍNICA SI NO VAN A SER ATENDIDOS. SE LE PEDIRÁ QUE LOS LLEVE AFUERA. ESTO NO INCLUYE BEBÉS NI NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES. LOS NIÑOS DEBEN MANTENERSE BAJO CONTROL EN TODO MOMENTO.

HAY UN CARGO DE \$40.00 POR COMPLETAR CUALQUIER FORMULARIO DE DISCAPACIDAD, FORMULARIOS DE SEGURO DE VIDA O POR UNA BREVE DECLARACIÓN MÉDICA. ESTO DEBE PAGARSE POR ADELANTADO ANTES DE QUE SE COMPLETE EL FORMULARIO.

ES POSIBLE QUE SEA NECESARIO REPROGRAMAR A CUALQUIER PACIENTE QUE SE PRESENTE CON EXCESO DE PERFUME, COLONIA, CIGARRILLO U OLORES CORPORALES. ESTO ES POR RESPETO A QUIENES SUFREN DE MIGRAÑA.

TODAS LAS SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS DEBEN SER POR ESCRITO. SEGÚN LAS PAUTAS DE TSMB, HAY UN CARGO MÍNIMO DE \$ 25.00 POR LAS PRIMERAS 20 PÁGINAS Y UNA TARIFA DE 50 CENTAVOS POR PÁGINA POR CADA PÁGINA ADICIONAL. ESTO DEBE PAGARSE POR ADELANTADO EN EFECTIVO ANTES DE QUE SE COPIEN LOS REGISTROS. NO PERMITIMOS QUE LOS PACIENTES O FAMILIARES LLEGUEN AL CONSULTORIO Y VEAN LOS REGISTROS. ESTO INTERRUMPE EL FLUJO DE ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES. NO HAY NINGÚN CARGO POR ENVIAR REGISTROS POR FAX AL CONSULTORIO DE OTRO MÉDICO. SOLO ENVIAREMOS LOS REGISTROS POR FAX UNA VEZ AL CONSULTORIO DE OTRO MÉDICO. PROCESAMOS LAS SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS LOS VIERNES. PUEDE ACCEDER A SUS REGISTROS MÉDICOS E IMPRIMIR INFORMES SIN CARGO A TRAVÉS DE SU PORTAL DEL PACIENTE.

LA ENFERMERA DEL CONSULTORIO NO ACEPTA LLAMADAS TELEFÓNICAS. TODOS LOS PACIENTES PUEDEN ENVIAR MENSAJES AL PERSONAL A TRAVÉS DE SU PORTAL PERSONAL DEL PACIENTE. LA ENFERMERA DEVUELVE LOS MENSAJES A TRAVÉS DEL PORTAL EN EL PLAZO DE UNA HORA. TODOS LOS PACIENTES DEBEN ACTIVAR SU PORTAL PARA ENVIAR MENSAJES AL PERSONAL, VER CITAS Y ACCEDER A SUS REGISTROS MÉDICOS.

DEBIDO A LAS REGULACIONES GUBERNAMENTALES CON RESPECTO A LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD, NO SE DARÁN LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS POR TELÉFONO. SE DEBEN HACER CITAS PARA REVISAR CUALQUIER PRUEBA ORDENADA.

SI LLEGA MÁS DE 15 MINUTOS TARDE A LA HORA DE SU CITA PROGRAMADA, ES POSIBLE QUE SE LE REPROGRAME. POR FAVOR, NOTIFIQUE A LA OFICINA SI ANTICIPA QUE LLEGARÁ TARDE. DEBE LLEGAR 30 MINUTOS ANTES DE LA HORA DE SU CITA PARA COMPLETAR TODA LA DOCUMENTACIÓN DEL PACIENTE NUEVO. SI LLEGA A LA HORA DE SU CITA PROGRAMADA SIN DOCUMENTACIÓN, DEBERÁ SER REPROGRAMADO.

CUALQUIER SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS DEBE SER HECHA POR EL FARMACÉUTICO POR FAX O POR ESCRITO. NO LLAMAMOS PARA RECARGAS. TODAS LAS RECETAS, QUE NO SEAN LAS SUSTANCIAS CONTROLADAS, SE TRANSMITIRÁN ELECTRÓNICAMENTE A SU FARMACIA REGISTRADA. LAS RECETAS SE EMITIRÁN CON EL NÚMERO DE RESURTIDOS QUE CORRESPONDERÁ A SU PRÓXIMA VISITA.

APAGUE TODOS LOS TELÉFONOS CELULARES UNA VEZ QUE LO LLAMEN DE REGRESO AL ÁREA DE LA SALA DE EXAMEN.

(fin)

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTA SECCIÓN CON RESPECTO A NUESTRA POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN

CUALQUIER PACIENTE QUE CANCELE EL DÍA ANTES DE SU CITA PUEDE RECIBIR UN CARGO POR CANCELACIÓN TARDÍA DE \$55. CUALQUIER PACIENTE QUE ELIJA ABANDONAR EL CONSULTORIO DESPUÉS DE REGISTRARSE SERÁ CONSIDERADO COMO NO PRESENTADO Y SE LE PUEDE COBRAR UNA TARIFA DE \$85.00 POR NO PRESENTARSE. SI CANCELA EL DÍA DE SU CITA O NO SE PRESENTA A SU CITA, SE LE MARCARÁ COMO NO PRESENTADO Y SE LE COBRARÁ UNA TARIFA DE \$ 85.00 POR NO PRESENTARSE. SI NO PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED EL DÍA ANTES DE SU CITA POR CUALQUIER MOTIVO, QUE INCLUYA: TELÉFONOS DESCONECTADOS, NÚMEROS INCORRECTOS, ETC., SIGUE SIENDO SU RESPONSABILIDAD MANTENER SU CITA PROGRAMADA. SI TIENE UNA CITA PARA EL LUNES, DEBE LLAMAR EL JUEVES ANTERIOR PARA EVITAR CARGOS. CUALQUIER PACIENTE QUE NO SE PRESENTE A DOS CITAS SEGUIDAS SERÁ DESPEDIDO. UNA COMBINACIÓN DE TRES AUSENCIAS O CANCELACIONES TARDÍAS EN UN PERÍODO DE UN AÑO PUEDE RESULTAR EN EL DESPIDO DE LA PRÁCTICA. NO SE VOLVERÁN A SURTIR MEDICAMENTOS PARA LOS PACIENTES QUE NO ASISTAN A SUS CITAS. POR SUPUESTO, TENEMOS EN CUENTA CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES COMO EL CLIMA, LA ENFERMEDAD Y LAS EMERGENCIAS FAMILIARES. LA RENUNCIA A CUALQUIER CARGO POR PAGO ATRASADO O FALTANTE QUEDA A DISCRECIÓN DEL GERENTE DE LA OFICINA Y SE BASA EN LA ASISTENCIA GENERAL DEL PACIENTE. PEDIMOS DISCULPAS A AQUELLOS PACIENTES QUE SE TOMAN EL TIEMPO PARA ASISTIR A SUS CITAS Y MOSTRAMOS CORTESÍA AL PERSONAL Y AL DR. BROWN AL NOTIFICAR ADECUADAMENTE AL CANCELAR. ESPERAMOS QUE LO ENTIENDAS.

EL PACIENTE (O LA PARTE RESPONSABLE) ES RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO NO CUBIERTO POR SU SEGURO. ESTO SE APLICA A DEDUCIBLES, SERVICIOS NO CUBIERTOS, PÓLIZAS CANCELADAS RETROACTIVAMENTE O CONDICIONES PREEXISTENTES. HACEMOS TODO LO POSIBLE PARA VERIFICAR LOS BENEFICIOS ANTES DE QUE LO ATIENDAN, PERO NO PODEMOS PREVER SI UNA PÓLIZA PAGARÁ UN RECLAMO.

ESTA OFICINA NO EMITIRÁ NOTAS DE ASISTENCIA PARA EL REEMBOLSO DE MILLAS PARA EL TRANSPORTE DE MEDICAID. DEBERÁ LLEVAR EL FORMULARIO A LA CITA PARA SELLARLO, O ENVIARLO POR CORREO A LA OFICINA EN UN SOBRE CON ESTAMPILLA Y SU DIRECCIÓN.

ESTA OFICINA NO ATIENDE VISITAS SIN CITA PREVIA. YA SEA QUE SEA UN PACIENTE ESTABLECIDO O NUEVO, DEBE TENER UNA CITA PARA VER AL DR. BROWN. POR FAVOR, NO SE PRESENTE EN LA VENTANILLA SIN PREVIO AVISO PARA REABASTECER MEDICAMENTOS, HACER PREGUNTAS SOBRE SU VISITA O PARA QUE LE LLENEN FORMULARIOS MÉDICOS.

SI LA SALA DE EMERGENCIAS LO REMITIÓ A VER AL DR. BROWN, DEBE PRESENTAR SUS DOCUMENTOS DE ALTA, CON ANTICIPACIÓN, A NUESTRA OFICINA.

CUALQUIER LENGUAJE ABUSIVO HACIA EL PERSONAL, YA SEA EN PERSONA O POR TELÉFONO, ES MOTIVO DE DESPIDO INMEDIATO. ESTO SE APLICA AL PACIENTE O A SUS FAMILIARES O AMIGOS.

SI POR ALGUNA RAZÓN SE LE EXPULSA DE LA PRÁCTICA. RECIBIRÁ UNA CARTA EN LA QUE SE INDICARÁ LA FECHA DE SU DESPIDO, EL MOTIVO Y EL NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE PUEDA UTILIZAR. ENVIAREMOS POR FAX SUS REGISTROS A SU NUEVO MÉDICO UNA VEZ QUE TENGAMOS UNA AUTORIZACIÓN FIRMADA.

NUESTRO OBJETIVO ES HACER QUE SU VISITA AQUÍ SEA AGRADABLE Y LIBRE DE ESTRÉS. NO RESERVAMOS DOS VECES A NUESTROS PACIENTES Y NOS ESFORZAMOS POR MANTERNOS MUY CERCA DEL HORARIO. HEMOS DESCUBIERTO QUE AL ADHERIRNOS A ESTAS POLÍTICAS, SE HA PROPORCIONADO UNA RELACIÓN RELAJANTE Y AGRADABLE CON NUESTRO PERSONAL, EL DR. BROWN Y EL PACIENTE. POR FAVOR, NO TOME ESTAS POLÍTICAS COMO UN INSULTO; MÁS BIEN, COMO UNA FORMA DE MANTENER SU TIEMPO DE ESPERA AL MÍNIMO Y SU EXPERIENCIA POSITIVA. SIEMPRE HAY EXCEPCIONES A VARIAS DE LAS PÓLIZAS ANTERIORES, ASÍ QUE NO DUDE EN PONERSE EN CONTACTO CON NUESTRA OFICINA SI NECESITA AYUDA.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS POLÍTICAS ANTERIORES.

NO SE PERMITE ABSOLUTAMENTE NINGUNA COMIDA O BEBIDA EN NINGUNA PARTE DE ESTA OFICINA.

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Carl D. Brown, D.O.
Neurología Certificada por la Junta AOA
8050 E Autopista 191 Suite 205
Odessa, TX 79765

Autobús: (432) 332-2858

Fax: (432) 333-3697

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE PARA RECETAS DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Los medicamentos con sustancias controladas (es decir, analgésicos opioides o analgésicos, tranquilizantes y barbitúricos) son muy útiles, pero tienen un alto potencial de uso indebido y, por lo tanto, están estrechamente controlados por los gobiernos locales, estatales y federales. Están destinados a aliviar el dolor, mejorando así la función y/o la capacidad de trabajo. Debido a que mi médico me receta medicamentos de sustancias controladas para ayudar a controlar mi dolor, acepto las siguientes condiciones:

1. Haré una lista de todas las recetas de sustancias controladas de mis otros médicos y mantendré al Dr. Brown actualizado sobre cualquier cambio en estos medicamentos. Si se descubre que he recibido recetas de sustancias controladas de cualquier otro médico que no figura en mi expediente, o si estoy usando varias farmacias para obtener sustancias controladas, seré dado de alta de la atención del Dr. Carl Brown de inmediato.
2. Soy responsable de los medicamentos de sustancias controladas que me recetaron. Si mi receta se pierde, se extravía, me la roban o si "se me acaba antes de tiempo", entiendo que **NO** será reemplazada.
3. Mi médico puede considerar necesario que consulte a un especialista en el uso de medicamentos en cualquier momento mientras tomo medicamentos de sustancias controladas. Entiendo que si no asisto a dichas citas, es posible que mis medicamentos se suspendan o que no se vuelvan a surtir más allá de una dosis gradual hasta el final. Entiendo que si el especialista siente que estoy en riesgo de dependencia psicológica (adicción), ya no se volverán a surtir mis medicamentos.
4. Acepto cumplir con las pruebas aleatorias de orina o sangre, según lo considere necesario mi médico, para documentar el uso adecuado de mis medicamentos y confirmar el cumplimiento. Entiendo que es posible que no se permita conducir un vehículo motorizado mientras se toman medicamentos con sustancias controladas y que es mi responsabilidad cumplir con las leyes del estado mientras tomo medicamentos con sustancias controladas. También entiendo que debo evitar el consumo de alcohol mientras tomo medicamentos de sustancias controladas.
5. Las recargas de medicamentos narcóticos de Clase II se realizarán durante el horario regular de oficina de lunes a jueves en persona, una vez al mes, durante las visitas programadas al consultorio. Las recargas no se gestionarán fuera del horario de oficina, los fines de semana, los días festivos o a través de la máquina de fax.
6. Entiendo que si violo cualquiera de las condiciones anteriores, mis recetas de medicamentos para sustancias controladas pueden ser canceladas de inmediato. Si la violación implica obtener medicamentos de sustancias controladas de otra persona, alterar una receta o el uso concomitante de drogas ilícitas (ilegales) no recetadas, se me informará a todos mis médicos, instalaciones médicas y autoridades correspondientes.
7. Entiendo que el objetivo principal del tratamiento es reducir el dolor y mejorar mi capacidad para funcionar y/o trabajar. Teniendo en cuenta este objetivo, y el hecho de que se me está administrando un medicamento potente para ayudar a alcanzar este objetivo, acepto ayudarme a mí mismo siguiendo mejores hábitos de salud: ejercicio, control de peso y evitar el uso de tabaco y alcohol también entiendo que las ventajas y desventajas a largo plazo del uso crónico de opioides aún no se han determinado científicamente y mi tratamiento puede cambiar en cualquier momento a discreción de mi médico.
8. Sé que los pacientes pueden desarrollar tolerancia a los analgésicos opioides, lo que requiere un aumento de la dosis para lograr el efecto deseado y que existe un riesgo de dependencia física de la medicación. Esto ocurrirá si estoy tomando analgésicos opioides durante varias semanas; por lo tanto, cuando necesito dejar de tomar la medicación, debo hacerlo lentamente y bajo supervisión médica para prevenir los síntomas de abstinencia.

He leído este contrato y comprendo perfectamente las consecuencias de su incumplimiento.

Date _____ Paciente Signature _____ testigo Signature _____

MEDICATION LIST

PATIENT NAME _____ BIRTHDATE _____ / _____ / _____ PATIENT # _____

| ALLERGIES - DRUG REACTIONS |
|----------------------------|
| |
| |
| |

PHONE # _____

PHARMACY _____

PHONE # _____

| PROBLEM(S) | MEDICATION/STRENGTH | DIRECTIONS | NUMBER REFILLS | NURSE TO REFILL | DATE | | REFILLS | | | | | |
|------------|---------------------|------------|----------------|-----------------|-------|----------|---------|--|--|--|--|--|
| | | | | | START | DATE | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |
| | | | | YES | START | DATE | | | | | | |
| | | | | NO | STOP | INITIALS | | | | | | |