

Registración del Paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

 Con cual mano es dominante/escribe: Derecha o Izquierda o ambidextro/a

Circula uno: Estabas manejando Pasajero en auto Moto/bicicleta/scooter Eras un taxista

¿Como paso el accidente? _____

Ocupación: _____

Empleador: _____ Telefono no: _____

¿Sigues trabajando? SI o NO

Si NO, ¿cuándo fue su último día? _____

En caso afirmativo: Medio tiempo tiempo completo

Contacto de emergencia:

Nombre de contacto: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Farmacia: _____ No. De teléfono: _____

Seguro**Seguro de automóvil/sin culpa**

Compañía de seguros de automóviles: _____ Fecha del Accidente: _____

Dirección del seguro: _____

Número de caso/reclamo: _____

Nombre del ajustador: _____ Número de ajustador: _____

Nombre del abogado: _____ Número de abogado: _____

Compensación de trabajadores

Compañía de Compensación Laboral: _____ Fecha de la lesión: _____

¿Reportó este accidente a su empleador? sí No

Número de reclamo del transportista: _____ Número WCB: _____

Abogado de Compensación: _____ Teléfono: _____

Abogado de herida personal: _____ Teléfono: _____

Seguro privado

Seguro Primario: _____ Telefono no: _____

de Miembro: _____ # Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de Nacimiento Asegurado/a: _____

Derecho de retención (LIEN)

Nombre del abogado: _____ Número de abogado: _____

Fecha de la lesión: _____

Cuestionario Médico

Historia y síntomas

Queja principal: _____

- ¿Por cuanto tiempo has tenido este problema?

- ¿Fue esto el resultado de una caída o un accidente? SÍ NO
En caso afirmativo, indique la fecha ____/____/____
- ¿Puedes trabajar o realizar actividades normales? SÍ NO
En caso afirmativo, ¿hay alguna restricción?

- Marque los síntomas asociados con su síntoma principal:
_____Dolor _____Entumecimiento _____Hosquilleo _____Debilidad _____Espasmo muscular

En otro caso, por favor especifica: _____

Historia medica

Enfermedad	Ser	Familia	Enfermedad	Ser	Familia
Diabetes			Problemas del corazón		
Colesterol alto			Cáncer		
Hipertensión			Asma		
Trazos			Convulsiones		
Glaucoma			Artritis		
Hepatitis			Trastorno de la tiroides		
Gota			Úlcera gastrointestinal		
VIH			ERGE Acidez estomacal		

En otro caso, por favor especificar: _____

Historial quirúrgico (escriba cualquier cirugía a la que se haya sometido en el pasado)

Año	Procedimiento

Altura (pulg.): _____ Peso (libras): _____

Alergias (marque cualquiera de las siguientes alergias que puedan aplicarse a usted)

Alergia			
☐	Aspirina	☐	Estacional
☐	Mariscos	☐	Medicamentos sulfa
☐	Penicilina	☐	No se conocen alergias

www.nysportsandjoints.com

Teléfono (212) 355-5555 **Teléfono** (877) 992-0798

Manhattan

110 Duane Street Planta baja, Nueva York, NY 10007

Queens

125-10 Queens Blvd, Kew Gardens, Nueva York 11415

Long Island

520 Franklin Ave, Suite 211, Garden City, Nueva York 11530

Registración del Paciente

Medicamentos

(Indique los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidas las vitaminas y todos los suplementos a base de hierbas)

Medicamento	Dosis	Notas

Historia social (marque si alguno de los siguientes se aplica a usted)

Actividad social			
	consumo de alcohol		El consumo de drogas
	El consumo de tabaco		Otro:

Revisión de sistemas (marque si alguno de los siguientes se aplica a usted)

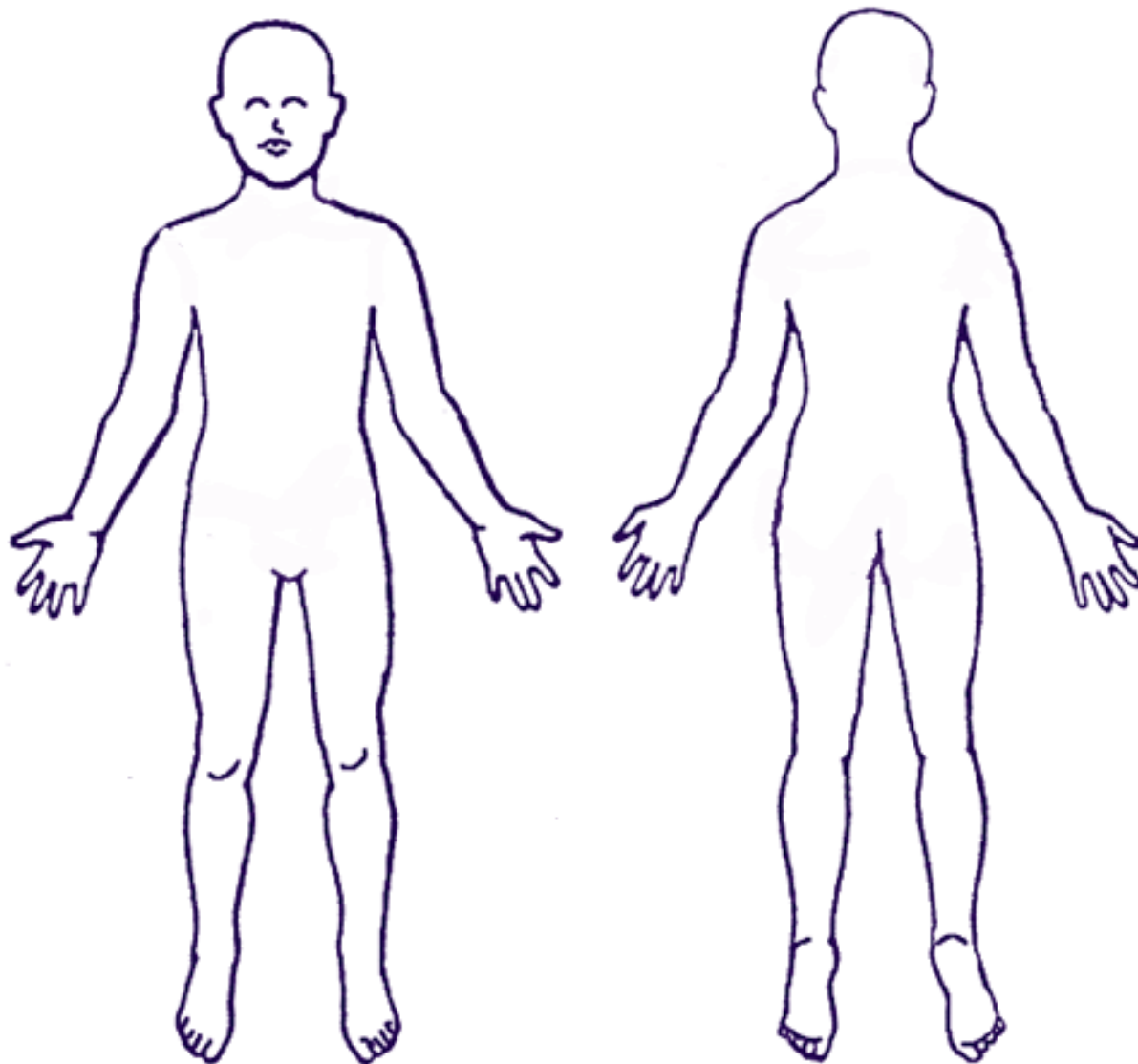
Condición			
	Hipertensión		Trastornos neurológicos, es decir, accidentes cerebrovasculares, convulsiones
	Colesterol alto		Cáncer
	Enfermedad cardíaca		Enfermedad ocular
	Enfermedad respiratoria		Artritis o gota
	Problemas/enfermedades intestinales		Diabetes
	Úlceras/hernias de estómago		Enfermedad de tiroides
	Enfermedad del hígado		Enfermedad de riñón/vejiga/próstata
	Trastornos hemorrágicos/anemia		Sangrado vaginal anormal/enfermedad ginecológica
	Ansiedad, depresión u otra condición		Problemas de anestesia
	Dentaduras postizas, aparatos ortopédicos, dientes/tapas flojas, puentes		¿Se ha vacunado contra la gripe?
	¿Ha recibido la vacuna antineumocócica?		¿Ha tenido una transfusión de sangre?
	Fecha de la transfusión de sangre		¿Ha tenido alguna reacción a una transfusión de sangre?
	¿Tiene un apoderado de salud?		Escuchando problemas

Registración del Paciente

Por favor indique en el diagrama dónde siente el dolor y/o síntomas:

FRENTE

ATRÁS



1. En una escala de 0 a 5 (siendo 5 el peor), ¿qué tan intenso es su dolor al inicio? ____
2. En una escala del 0 al 5, ¿qué tan intenso es su dolor hoy? ____
3. Encierra en un círculo la intensidad de tu dolor según las siguientes imágenes:



4. ¿Cuál es la calidad del dolor?

Afilado Disparo Punzante adolorcido Dolor Intermitente Constante

En otro caso, por favor especifica: _____

5. ¿Qué empeora tu problema? (Circule todo lo que corresponda)

Estar de pie Sentarse Caminar Levantar Ejercicio Girar Acostado en cuclillas
de rodillas agachado tosiendo estornudando

En otro caso, por favor especifica: _____

6. ¿Qué tratamientos ha tenido para este problema? (Circule todo lo que corresponda)

Inyecciones epidurales Fisioterapia Masaje Estimulación (TEN)

Acupuntura inyecciones de punta marcada

En otro caso, por favor especifica: _____

7. Tiene: (Circule todo lo que corresponda)

Informe de resonancia magnética Rayos X EMG (estudios de conducción nerviosa)

Tomografía computarizada (CAT SCAN) Exploración ósea Disco Gram

8. ¿Qué medicamentos ha probado para esta condición?

****Toda la información debe ser completada antes de ver al Doctor****

Asigno directamente a McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC todos los seguros médicos y beneficios de salud. Entiendo que en caso de que los servicios prestados no estén cubiertos, o sean inválidos, soy responsable de cualquier monto no cubierto por la compañía de seguros.

Autorizo al titular de información médica sobre mí, a ser divulgada a la Junta de Compensación para Trabajadores del Estado de Nueva York, o cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Aviso de políticas de prácticas de privacidad

McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC dba New York Sports & Joints Orthopaedic Specialists, PLLC se compromete a proteger la privacidad de sus pacientes. La intención de la entidad mencionada anteriormente es cumplir con la Regla de Privacidad promulgada de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la ley aplicable del Estado de Nueva York. La oficina de McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC dba New York Sports & Joints Orthopaedic Specialists, PLLC:

1. Pone su Aviso de Prácticas de Privacidad a disposición de cualquier persona previa solicitud.
2. Proporciona el Aviso en persona a más tardar en la fecha de la primera prestación del servicio después del 9 de octubre de 2008.
3. Hace que el Aviso esté disponible en la oficina, para que las personas lo lleven consigo cuando lo soliciten.
4. Publica el Aviso en un lugar claro y destacado donde sea razonable esperar que la persona que recibe el servicio lo lea.

Al firmar a continuación, reconozco que la política de privacidad completa se ha puesto a mi disposición y seguirá estando a mi solicitud.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Fecha

McCulloch Orthopaedic Surgical Services, P.L.L.C
Divulgación de propiedad del médico

Nueva York : Este aviso se le proporciona de conformidad con la Ley de Salud Pública de Nueva York § 238-d. Requisitos de divulgación del profesional y cualquier otra ley y reglamento estatal y/o federal que pueda aplicarse. El estado de Nueva York aprobó una ley debido a la preocupación de que pueda haber un conflicto de intereses cuando un profesional de la salud hace una derivación a un proveedor de atención médica para el suministro de cualquier artículo o servicio relacionado con la salud donde dicho profesional (o un familiar inmediato de dicho profesional) tiene una relación financiera o un interés financiero en el proveedor de atención médica. Con ciertas excepciones, dichas referencias pueden estar prohibidas. La relación financiera debe ser revelada al paciente como condición para la derivación. También se debe informar al paciente de su derecho a utilizar un proveedor de atención médica alternativo específicamente identificado si dicha alternativa está razonablemente disponible.

Nueva Jersey : Este aviso se le proporciona de conformidad con la sección 3 de PL 1989, c.19 (C.45:9-22.6) y los Estatutos de Nueva Jersey Título 45 – 45:9-22.6 – Formulario de divulgación escrita, y cualquier otro estado y/o leyes y reglamentos federales que puedan aplicarse. Debido a la preocupación de que pueda haber un conflicto de intereses cuando un médico deriva a un paciente a un centro de atención médica en el que el médico tiene un interés financiero, el estado de Nueva Jersey aprobó una ley que prohíbe a los médicos, con ciertas excepciones, derivar pacientes a un centro en el que el médico (o cualquiera de sus familiares inmediatos) tenga un interés financiero. La remisión se puede hacer bajo la condición de que el médico debe revelar este interés financiero a los pacientes y aconsejarles sobre lugares alternativos donde pueden acudir para obtener estos servicios. Estas divulgaciones tienen como objetivo ayudar a los pacientes a tomar una decisión completamente informada sobre su atención médica.

Reconozco que se me ha notificado específicamente que el Dr. Kenneth McCulloch, empleado de McCulloch Orthopaedic Surgical Services, P.L.L.C, tiene un interés financiero y de propiedad en New Horizon Surgical Center, LLC., Fifth Avenue Surgical Center, LLC. . Y Surgicore Surgical Center, LLC El Dr. Mark Bursztyn, empleado de McCulloch Orthopaedic Surgical Services, P.L.L.C, tiene un interés financiero en All City Family Healthcare Center LLC. Me han informado que tengo derecho a recibir tratamiento en un centro diferente de mi propia elección si así lo deseo.

Aviso adicional para pacientes sin culpa de Nueva York programados para procedimientos que se realizarán en New Horizon Surgical Center, LLC. O Surgicore Surgical Center, LLC:

Según una póliza de seguro de automóvil básica de Nueva York, una parte lesionada tiene derecho a cincuenta mil (\$50,000.00) dólares en beneficios de protección contra lesiones personales (“PIP”). Sin embargo, si la póliza de seguro de automóvil aplicable proporciona líneas de cobertura opcionales, como PIP adicional o Pérdida económica de base opcional (“OBEL”), el límite del beneficio de PIP puede aumentar de cincuenta mil (\$50,000.00) dólares a cien mil (\$100,000.00) dólares, o más. De conformidad con 11 NYCRR §68.6 (“Reglamento 83”), cuando un servicio de salud se realiza fuera del estado de Nueva York, el cargo permitido por dicho servicio será la tarifa vigente en la ubicación geográfica del proveedor médico. Si tiene programado realizarse un procedimiento médico en New Horizon Surgical Center, LLC. o Surgicore Surgical Center, LLC, tenga en cuenta que estas instalaciones están ubicadas en Nueva Jersey. Como tal, las tarifas vigentes asociadas con la realización de su próximo procedimiento pueden ser más altas que si se realizara en el estado de Nueva York. Si bien nuestra intención es buscar primero el pago

www.nysportsandjoints.com

Teléfono (212) 355-5555 Teléfono (877) 992-0798

Manhattan

110 Duane Street Planta baja, Nueva York, NY 10007

Queens

125-10 Queens Blvd, Kew Gardens, Nueva York 11415

Long Island

520 Franklin Ave, Suite 211, Garden City, Nueva York 11530

Registración del Paciente

de su aseguradora sin culpa, según la asignación de beneficios proporcionada anteriormente, si el costo acumulativo de su atención médica excede los beneficios de su póliza, existe la posibilidad de que deba solicitarse el pago a otras entidades alternativas. fuentes, que incluyen, entre otras, cualquier cobertura de seguro secundaria que pueda tener o del producto de su acción por lesiones personales. Si tiene alguna pregunta o necesita más información, no dude en consultar a un miembro de nuestro personal.

He leído la divulgación anterior y el aviso adicional. Después de estar completamente informado de los hechos y derechos anteriores, por mi propia voluntad, elijo expresamente que el procedimiento se realice en uno de los centros mencionados anteriormente. Cualquier pregunta que haya tenido con respecto a este aviso ha sido completamente respondida.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Sólo casos sin culpa/Automovil**Acuerdo de asignación de beneficios Sin Culpa**

Por la presente autorizo y ordeno a usted, a mi abogado o a la compañía de seguros que paguen directamente a Russell Warren, MD, las sumas que le deban por los servicios ortopédicos que me prestó debido a este accidente y a cualquier otras facturas adeudadas a su cargo y retener dichas sumas de cualquier acuerdo, sentencia o veredicto que pueda ser necesario para proteger adecuadamente y compensar completamente a dicho Doctor.

Por la presente, además, doy un gravamen sobre mi caso a dicho Doctor contra todos y cada uno de los ingresos de mi acuerdo, sentencia o veredicto que pueda pagarse a usted, a mi abogado o a mí mismo, como resultado de las lesiones por las que he sido tratado o lesiones. en conexiones con el mismo. Entiendo plenamente que soy directa y totalmente responsable ante dicho Doctor por todas las facturas médicas presentadas por él/ella por el servicio que me prestó y que este acuerdo se realiza únicamente para la protección adicional de dicho Doctor y en consideración de su pago pendiente. Y además entiendo que dicho pago no depende de ningún acuerdo, sentencia o veredicto mediante el cual pueda eventualmente recuperar dicha tarifa. También entiendo completamente que si el pago no se realiza según lo acordado, seré responsable de todos y cada uno de los intereses (**al 1,75% mensual o 21% anual**). Todos los honorarios razonables de abogados, costos de cobro y costos judiciales incurridos en los esfuerzos por hacer cumplir este acuerdo. Por la presente autorizo a mi abogado a divulgar *las cifras finales del acuerdo, el desembolso final y/o una copia del cheque del acuerdo* con respecto a mi accidente/lesiones a **McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC**.

Acepto notificar de inmediato a dicho Doctor sobre cualquier cargo o adición de *Abogado* (s) utilizado por mí en relación con este accidente, y le instruyo a mi abogado para que haga lo mismo y entregue de inmediato una copia de este Gravamen a cualquier sustituto o agregado. Abogado(s).

Por favor reconozca esta carta firmando a continuación y devolviéndola al consultorio del médico. Me han informado que si mi abogado no desea cooperar en la protección de los intereses del Doctor, el Doctor no esperará el pago pero podrá declarar pagadero el saldo total adeudado.

Yo _____, beneficio en este asunto, acepto que intentaré el examen médico independiente programado por la compañía de seguros según lo exigen los términos del contrato de seguro, para preservar la capacidad de los médicos de cobrar la facturación médica. Entiendo que si no asisto a los exámenes médicos independientes programados seré responsable de todas las facturas médicas pendientes como resultado de dicha falla. Dicha Responsabilidad es en forma de facturación a mí mismo y por un Gravamen.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Nombre del abogado

Firma del abogado

Fecha

Sólo compensación laboral**Acuerdo de autorización, cesión y honorarios**

Al considerar el monto de los gastos médicos en los que se incurrirá, yo, el abajo firmante, por la presente asigno y transfiero directamente a McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC dba New York Sports & Joints Orthopaedic Specialist PLLC todos los beneficios médicos y/o reembolso del seguro, si los hubiera, de lo contrario. pagadera a mí por los servicios prestados por dicho Doctor. Si tengo, y no presento, un Reclamo de Compensación al Trabajador, o si el pago y los beneficios bajo este tipo de reclamo se niegan por cualquier motivo que no sea los honorarios de los proveedores que no cumplen con el cronograma aplicable, entiendo que soy responsable de cualquier monto. no están cubiertos por los beneficios del seguro y todos los honorarios legales razonables gastados por el Proveedor para cobrar la cantidad que debo. Soy responsable de proporcionar información sobre el seguro y referencias, si es necesario, al Proveedor. Los proveedores pueden presentar cualquier disputa que pueda haber bajo esta autorización, cesión ante la oficina de la Asociación Americana de Nueva York.

Nombre del paciente

Firma del paciente/Fecha

Sólo seguro privado**Exención de atención médica para no participantes**

Tenga en cuenta que el Dr. Kenneth McCulloch, el Dr. Sid Sharma y el Dr. Kevin Wright son proveedores no participantes de su seguro. La compañía de seguros no aceptará nuestra cesión de beneficios; por lo tanto, todos los pagos se envían directamente al paciente.

CUALQUIER PAGO QUE USTED RECIBA DE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS DEBE SER ENDOSADO INMEDIATAMENTE Y DEVUELTO AL PROVEEDOR DE SERVICIOS JUNTO CON LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS.

NO HACERLO PUEDE RESULTAR EN PAGOS TARDOS, INTERESES Y ACCIONES LEGALES.

Asumo total responsabilidad por la fecha completa del servicio si no firmo y devuelvo cualquier pago recibido por mí al proveedor de servicios.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

New York Motor Vehicle No-Fault Insurance Law
Assignment of Benefits (AOB) Form

I, _____, ("Assignor") hereby assign to **McCulloch Orthopaedic Surgical Service, PLLC, dba New York Sports & Joints Orthopaedic Specialists** ("Assignee") all rights, privileges, and remedies to payment for healthcare services provided by Assignee to which I am entitled under Article 51 (the No-Fault Statute) of the Insurance Law.

The Assignee hereby certifies that they have not received and payment from or on behalf of the Assignor and shall not pursue payment directly from the Assignor for services provided by said Assignee for injuries sustained due to motor vehicle accident which occurred on ____/____/____ (MM/DD/YY), notwithstanding any other agreement to the contrary.

This agreement may be revoked by the Assignee when the benefits are not payable based upon the Assignor's lack of coverage and/or violation of a policy condition due to the actions or conduct of a Assignor.

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR COMMERCIAL INSURANCE OR A STATEMENT OF CLAIM FOR ANY COMMERCIAL OR PERSONAL INSURANCE BENEFITS CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERE TO, AND ANY PERSON WHO, IN CONNECTION WITH SUCH APPLICATION OR CLAIM, KNOWINGLY MAKES OR KNOWINGLY ASSISTS, ABETS, SOLICITS, OR CONSPIRES WITH ANOTHER TO MAKE A FALSE REPORT OF THEFT, DESTRUCTION, DAMAGE, OR CONVERSION OF ANY MOTOR VEHICLE TO A LAW ENFORCEMENT AGENCY, THE DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES, OR AN INSURANCE COMPANY, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME, AND SHALL ALSO BE SUBJECT TO A CIVIL PENALTY NOT EXCEEDING FIVE THOUSAND DOLLARS AND THE VALUE OF THE SUBJECT MOTOR VEHICLE OR STATED CLAIM FOR EACH VIOLATION.

Patient's Name

Patient's Signature

Date

Theodore F. Schlegel MD

Provider Name

[Signature]

Providers Signature

Date

Lien Agreement

I hereby authorize and direct you, my attorney, or Insurance company to pay directly to Kenneth McCulloch, M.D. such sums as may be due and owing him/her for Orthopaedic services rendered to me both by reason of this accident and by reason of any other bills that are due his/her office and withhold such sums from any settlement, judgement, or verdict as may be necessary to adequately protect and fully compensate said Doctor.

I hereby further give Lien on my case to said Doctor against any and all proceeds of my settlement, judgement, or verdict which may be paid to you, my attorney or myself, as a result of the injuries for which I have been treated or injuries in connections therewith. I fully understand that I am directly and fully responsible to said Doctor for all medical bills submitted by him/her for service rendered to me and that this agreement is made solely for said Doctor's additional protection and in consideration of his awaiting payment. And I further understand that such payment is not contingent on any settlement, judgement, or verdict by which I may eventually recover said fee. I also fully understand that if payment is not made as agreed upon I shall be responsible for any and all interest (**at 1.75% per month or 21% per annum**). All reasonable attorney fees, cost of collection and court cost incurred, in efforts to enforce this agreement. I hereby authorize my attorney to release *ultimate settlement figures, final disbursement and/or copy of settlement check* regarding my accident/injuries to **McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC**.

I agree to promptly notify said Doctor on any charge or addition of *Attorney(s)* used by me in connection with this accident, and I instruct my attorney to do the same and to promptly deliver a copy of this Lien to any such substituted or added *Attorney(s)*.

Please acknowledge this letter by signing below and returning it to the Doctor's office. I have been advised that if my Attorney does not wish to cooperate in protecting the Doctor's interest, the Doctor will not await payment but may declare the entire balance due payable.

I _____, benefit in this matter agree that I will attempt the independent medical exam that are scheduled by the insurance carrier as required by the terms of the insurance contract, in order to preserve the doctors ability to collect the medical billing. I understand that if I don't attend the scheduled independent medical exam(s) I will be responsible for all medical bills outstanding as a result of said failure. Said Responsibility is in the form of billing to myself and for a Lien.

Patient's Name

Attorney Name

Patient's Signature

Attorney Signature

Date

Date

Please sign, date, and return one copy to the Doctor's office. Also keep a copy for your records.

www.nysportsandjoints.com

Manhattan
Queens
Long Island

110 Duane Street Ground Floor, New York, NY 10007
125-10 Queens Blvd, Kew Gardens, NY 11415
520 Franklin Ave, Suite 211, Garden City, NY 11530

CLAIMANT'S AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

(Pursuant to HIPAA)

INSTRUCTIONS

To the Claimant: The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) set standards for guaranteeing the privacy of individually identifiable health information and the confidentiality of patient medical records. By completing and signing this form, you authorize your health care provider to file medical reports with the parties that you choose (such as the Workers' Compensation Board, your employer's insurance carrier, your attorney or representative, etc.) by checking the appropriate boxes below.

You have the right to refuse to sign this Authorization. If you sign, you have the right to revoke this Authorization at any time by mailing a request to revoke to the health care provider. You have the right to receive a copy of this Authorization.

IMPORTANT: Failure to execute this authorization may interfere with your ability to obtain workers' compensation benefits.

CLAIMANT'S NAME	CLAIMANT'S SOCIAL SECURITY NUMBER	CLAIMANT'S DATE OF BIRTH
LIST ALL WCB CASE NUMBER(S) AND CORRESPONDING DATE(S) OF ACCIDENT FOR WHICH YOU ARE GRANTING AUTHORIZATION		

I, _____, hereby authorize my treating health provider,
Claimant's Name
McCulloch Orthopaedic Surgical Services, PLLC, to disclose the following described health information:
Health Provider's Name

This information can be disclosed to the following parties: *(check all that apply; give names and addresses, if known)*

- ☒ New York State Workers' Compensation Board
- ☐ My current/former employer _____
- ☐ Workers' compensation insurance carrier(s) _____
- ☐ Third-party administrator _____
- ☒ My attorney/licensed representative _____
- ☐ The Uninsured Employer's Fund (this fund is responsible for paying the medical bills and lost wage benefits when an employer is uninsured.)
- ☐ Special Funds Conservation Committee (for cases under Section 25-a or 15-8 of the Workers' Compensation Law)

Section 25-a: If your claim is being reopened after being previously closed, the Special Fund for Reopened Cases may be responsible for paying your medical bills and lost wage benefits.

Section 15-8: If you had a medical condition that existed prior to this injury, the Special Fund for Second Injuries may be responsible for reimbursing your employer's insurance carrier after a period of time has elapsed.

Redisclosure: I understand that once the above-referenced health care provider discloses health information based on this Authorization, that health information is no longer protected by HIPAA and the Privacy Rule.

Expiration Date: This Authorization expires upon the final closing of the workers' compensation claim(s) for which it is executed.

I have had the opportunity to review and understand the content of this Authorization. By signing this Authorization, I confirm that it accurately reflects my wishes.

Printed Name of Claimant or Legal Representative

Signature of Claimant or Legal Representative

Date

If Authorization signed by a legal representative on behalf of claimant, state relationship to claimant _____ and basis for authority (e.g. claimant is a minor; patient is deceased and representative is the claimant in a workers' compensation proceeding or represents the estate) _____

TO THE HEALTH PROVIDER: Keep the original of this Authorization on file. A copy must be given to the patient/claimant upon request. DO **NOT** SEND TO THE NEW YORK STATE WORKERS' COMPENSATION BOARD.

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA****[This form has been approved by the New York State Department of Health]**

Patient Name	Date of Birth	Social Security Number
Patient Address		

I, or my authorized representative, request that health information regarding my care and treatment be released as set forth on this form: In accordance with New York State Law and the Privacy Rule of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), I understand that:

1. This authorization may include disclosure of information relating to **ALCOHOL** and **DRUG ABUSE, MENTAL HEALTH TREATMENT**, except psychotherapy notes, and **CONFIDENTIAL HIV* RELATED INFORMATION** only if I place my initials on the appropriate line in Item 9(a). In the event the health information described below includes any of these types of information, and I initial the line on the box in Item 9(a), I specifically authorize release of such information to the person(s) indicated in Item 8.
2. If I am authorizing the release of HIV-related, alcohol or drug treatment, or mental health treatment information, the recipient is prohibited from redisclosing such information without my authorization unless permitted to do so under federal or state law. I understand that I have the right to request a list of people who may receive or use my HIV-related information without authorization. If I experience discrimination because of the release or disclosure of HIV-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at (212) 480-2493 or the New York City Commission of Human Rights at (212) 306-7450. These agencies are responsible for protecting my rights.
3. I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider listed below. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
4. I understand that signing this authorization is voluntary. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits will not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
5. Information disclosed under this authorization might be redisclosed by the recipient (except as noted above in Item 2), and this redisclosure may no longer be protected by federal or state law.
6. **THIS AUTHORIZATION DOES NOT AUTHORIZE YOU TO DISCUSS MY HEALTH INFORMATION OR MEDICAL CARE WITH ANYONE OTHER THAN THE ATTORNEY OR GOVERNMENTAL AGENCY SPECIFIED IN ITEM 9 (b).**

7. Name and address of health provider or entity to release this information:

8. Name and address of person(s) or category of person to whom this information will be sent:

9(a). Specific information to be released:

- ☐ Medical Record from (insert date) _____ to (insert date) _____
- ☐ Entire Medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.
- ☐ Other: _____ Include: (Indicate by Initialing)

_____ **Alcohol/Drug Treatment**
_____ **Mental Health Information**
_____ **HIV-Related Information**

Authorization to Discuss Health Information

- (b) ☐ By initialing here _____ I authorize _____
Initials Name of individual health care provider
to discuss my health information with my attorney, or a governmental agency, listed here:

(Attorney/Firm Name or Governmental Agency Name)

10. Reason for release of information:

- ☐ At request of individual
☐ Other:

11. Date or event on which this authorization will expire:

12. If not the patient, name of person signing form:

13. Authority to sign on behalf of patient:

All items on this form have been completed and my questions about this form have been answered. In addition, I have been provided a copy of the form.

Signature of patient or representative authorized by law.

Date: _____

* **Human Immunodeficiency Virus that causes AIDS.** The New York State Public Health Law protects information which reasonably could identify someone as having HIV symptoms or infection and information regarding a person's contacts.