

**Datos Demográficos Del Paciente**

Por favor complete en totalidad

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Proporcione su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Hogar): \_\_\_\_\_ (Móvil): \_\_\_\_\_

Nro. S.S. #: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo Asignado al Nacer:  Masculino  Femenina Identidad De Género \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Pareja

¿El Paciente Trabaja?  Sí  No  Tareas Limitadas: \_\_\_\_\_

¿Tienes Un Abogado?  Sí  No

Abogado: \_\_\_\_\_ Nro. Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Nombre De Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Nro.Tel #: \_\_\_\_\_

Nombre De Farmacia: \_\_\_\_\_ Nro.Tel #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DE SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL**

Por favor complete en totalidad

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustdor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del Ajustador: \_\_\_\_\_

Ajustador Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del ajustador: \_\_\_\_\_

No. de caso: \_\_\_\_\_ No. de caso asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de lesión: \_\_\_\_\_ Injured Body Parts: \_\_\_\_\_

Enumere todos los abogados que lo representan en todos los casos (terceros/NF/WC, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE EN TOTALIDAD**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha Del Accidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre y Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Queja Principal: \_\_\_\_\_

¿Dónde Es El Dolor?  Cuello  Espalda  Hombro D/I  Rodilla D/I

¿Cómo Y Dónde Se Lesionó? : \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

¿Tiene Antecedente De Dolor De Cuello O Espalda?  Si  No

Tratamientos Que Ha Recibido Hasta Hoy: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia           | <input type="checkbox"/> Atención Quiropráctica         | <input type="checkbox"/> Acupuntura             |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones Epidurales | <input type="checkbox"/> Inyección En Punto Reflexógeno | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Por Imagen |

¿Estas trabajando actualmente?  Si  No  Servicio limitado: \_\_\_\_\_

¿En qué Estado ocurrió la lesión?: \_\_\_\_\_,

Trabajo: \_\_\_\_\_ Accidente de auto: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿En qué Estado ocurrió la lesión?  Mejor  Peor  Igual

Otras Afecciones Médicas: \_\_\_\_\_

¿Alguna Alergia? : \_\_\_\_\_

**Histora Social:**

¿Fuma?  No  Sí, ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_ Bebida?  No  Sí, ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_

Detalle Cualquier Operación Y/O Internación (Con Fecha): \_\_\_\_\_

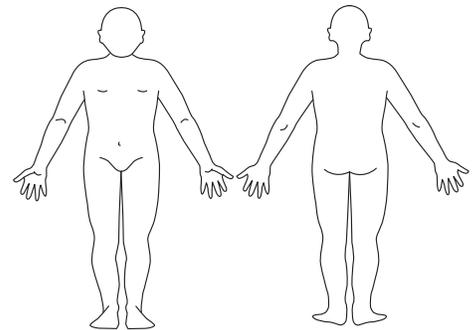
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna Prueba Radiológica?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación actual que está tomando: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Revisión De Escala Y Esquema Del Dolor



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Yo, el firmante, autorizo a New York Spine Institute a que me brinde (o al paciente menor mencionado anteriormente) atención y tratamiento médicos y físicos necesarios y adecuados para diagnosticar y/o tratar mi afección médica (o la del paciente menor) que incluye, entre otros, radiografías o resonancias magnéticas, fisioterapia o servicios quiroprácticos, la administración y/o inyección de medicamentos y productos farmacéuticos, que incluye, entre otros, inyecciones en el punto reflexógeno, y la extracción de sangre (el/los "Procedimiento/s", según consideren necesario el personal y los médicos de New York Spine Institute.

Comprendo que no me han proporcionado garantías o promesas sobre los resultados o descubrimientos esperados a partir del tratamiento o el examen en New York Spine Institute. Comprendo que los Procedimientos y cualquier otro tratamiento que reciba aparecen indicados por el diagnóstico y/u observaciones clínicas realizadas por New York Spine. Doy fe de que un miembro del personal de New York Spine me ha explicado la naturaleza de los Procedimientos recomendados, el objetivo y la necesidad de los Procedimientos recomendados, los riesgos y las complicaciones posibles de los Procedimientos recomendados y las alternativas a los Procedimientos recomendados, en caso de existir alguna. Comprendo todas las explicaciones que me han proporcionado y proporciono este consentimiento de forma voluntaria. Confirmando que he leído y comprendo completamente lo anterior, y que he tenido la oportunidad de realizar preguntas y que todas ellas fueron respondidas.

Este consentimiento cubrirá cada una de mis visitas (o del paciente menor) siempre que yo (o el paciente menor) sea un paciente activo de New York Spine Institute.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Declaro que he explicado personalmente la información anterior al paciente o a su representante.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLO PARA PACIENTES MUJERES:** Entiendo que en el curso de mi tratamiento es posible que me realicen radiografías u otras pruebas de diagnóstico. Acepto informar a los proveedores de atención médica si estoy o puedo estar embarazada antes de realizar cualquier prueba de diagnóstico.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Estimado paciente:

Debemos proporcionarle una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad que describe sus derechos y las obligaciones legales del Proveedor respecto del uso y/o divulgación de su información de salud protegida. Firme este formulario para acusar el recibo del Aviso.

Comprendo que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de **Alexandre B. De Moura, M.D., P.C. d/b/a New York Spine Institute** que detalla mis derechos y las obligaciones legales del Proveedor respecto del uso y/o divulgación de mi información de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante designado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación del representante designado con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO DEL PROVEEDOR ÚNICAMENTE**

Hemos hecho todo lo posible para obtener el acuse de recibo por escrito de recepción de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no lo logramos porque:

El tratamiento se brindó en una situación de emergencia. Volveremos a intentar obtener el acuse lo antes posible después de la emergencia.

No pudimos comunicarnos con el paciente: Motivo:

\_\_\_\_\_

El paciente se rehusó a firmar: Motivo:

\_\_\_\_\_

Otro (especifique):