



Datos Demográficos Del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Dirección: _____ Apto. # _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Proporcione su dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: (Hogar): _____ (Móvil): _____

Nro. S.S. #: _____ Género: ☐ M ☐ F Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

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: _____



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

INFORMACIÓN DEL SEGURO
Por favor complete en totalidad

SEGURO PRIMARIO/GARANTE

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nro. ID seguro: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Ocupación de los asegurados: _____

Titulares de pólizas Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros: _____

Seguro Teléfono: (Hogar): _____

Identificación de miembro: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Grupo #: _____ Titulares de pólizas Fecha de nacimiento: _____

Por favor, proporcione en recepción una copia de TODAS sus tarjetas de seguro.



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.
A **NYSI** Affiliate

Comprendo que “el **The NEW YORK SPINE INSTITUTE**” participa únicamente con el siguiente seguro:

- ☐ **MEDICARE**
- ☐ **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES**
- ☐ **TODO RIESGO**

El resto de los proveedores de **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, que incluye **RMI**, Administración del dolor, Quiropraxia y radiografías NO participan en ninguna compañía de seguro que no sea **MEDICARE**.

Comprendo que si mi seguro no aparece en la lista anterior, utilizaré mis beneficios **FUERA DE LA RED** por servicios brindados por New York Spine Institute.

Comprendo que es política de New York Spine Institute aceptar los pagos de mi seguro como pagos completos, y solo seré responsable por mi deducible, copago y coseguro. El **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** aceptará el porcentaje pagado por el seguro después de que se alcance el deducible.

Comprendo que si mi seguro no proporciona beneficios **FUERA DE LA RED**, seré responsable del pago total, a menos que se acuerde lo contrario con el departamento de facturación.

Yo, _____, comprendo que puedo recibir los pagos directamente de mi aseguradora por los servicios recibidos en New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. En tal caso, enviaré inmediatamente esos pagos al New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. De lo contrario, seré responsable del pago total. Los pagos pendientes después de treinta (30) días posteriores a la recepción de los pagos de la aseguradora tendrán un recargo financiero mensual de 1.5%. Comprendo que New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C. puede buscar una forma de recuperar los pagos por los servicios prestados.

X _____

FIRMA

____ / ____ / ____

FECHA

Michael Friar, DPT, James Gott, DPT

Nombre del paciente: _____

Número de registro médico/Número de identificación: _____



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE

Nombre Del Paciente: _____

Fecha Del Accidente: _____ / _____ / _____

Ocupacion y empleadora: _____

Queja Principal:: _____

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

¿Cómo Y Dónde Se Lesionó? : _____

Describe: _____

¿Cuándo Ocurrió La Lesión? ☐ Trabajo: ☐ Accidente De Tránsito: ☐ Otro: _____

Tuvo Algún Accidente De Tránsito Antes ☐ Si ☐ No

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

Tratamientos Que Ha Recibido Hasta Hoy: _____

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Fisioterapia | ☐ Atención Quiropráctica | ☐ Acupuntura |
| ☐ Inyecciones Epidurales | ☐ Inyección En Punto Reflexógeno | ☐ Diagnóstico Por Imagen |

Otras Afecciones Médicas: _____

¿Alguna Alergia? : _____

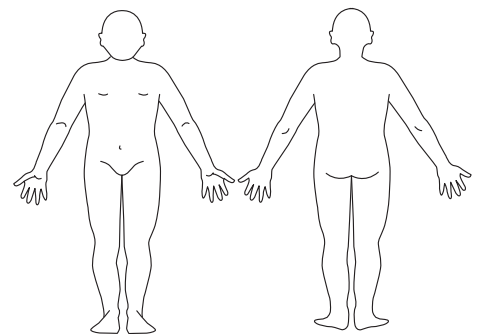
Historia Social:

¿Fuma? ☐ No ☐ Sí, ¿Cuánto?: _____ Bebida? ☐ No ☐ Sí, ¿Cuánto?: _____

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

¿Alguna Prueba Radiológica?: _____

¿Alguna Alergia? : _____



Revisión De Escala Y Esquema Del Dolor



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Yo, el firmante, autorizo a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** Doy fe de que un miembro del personal de **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**

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

NEW YORK: MANHATTAN ■ NASSAU ■ SUFFOLK ■ BROOKLYN ■ QUEENS ■ BRONX ■ WESTCHESTER ■ ORANGE
NEW JERSEY: PASSAIC ■ ESSEX



New York
Orthopaedic & Comprehensive
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre de 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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):