WC

NJSI
NEW JERSEY SPINAL ASSOCIATES
AN AFFILIATE OF NYSI

WC

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: _____

NEW JERSEY SPINAL ASSOCIATES
AN AFFILIATE OF NYSI

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 Adjustdor: _____

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.) _____

_____

NEW JERSEY SPINAL ASSOCIATES
AN AFFILIATE OF NYSI

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? : _____

Describa: _____

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

Tratamientos Que Ha Recibido Hasta Hoy: _____

☐ Fisioterapia ☐ Atención Quiropráctica ☐ Acupunctura
☐ Inyecciones Epidurales ☐ Inyección En Punto Reflexógeno ☐ Diagnóstico Por Imagen

¿Estas trabajando actualmente? ☐ Si ☐ No ☐ Servicio limitado: _____

¿En qué Estado ocurrió la lesión?: _____

Trabajo: _____ Acidente 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): _____

_____

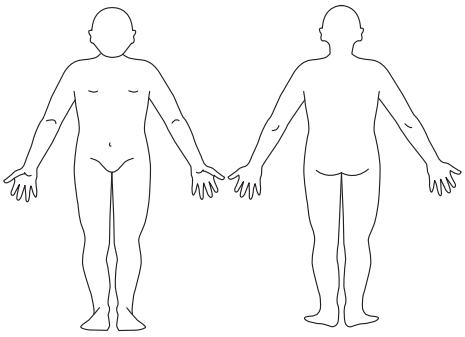
_____

¿Alguna Prueba Radiológica?: _____

_____

Medicación actual que está tomando: _____

_____



Revisión De Escala Y Esquema Del Dolor

NEW JERSEY SPINAL ASSOCIATES
AN AFFILIATE OF NYSI

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Yo, el firmante, autorizo a **New Jersey Spinal Associates** 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 Jersey Spinal Associates**.

Comprendo que no me han proporcionado garantías o promesas sobre los resultados o descubrimientos esperados a partir del tratamiento o el examen en **New Jersey Spinal Associates**. Comprendo que los Procedimientos y cualquier otro tratamiento que reciba aparecen indicados por el diagnóstico y/u observaciones clínicas realizadas por**New Jersey Spinal Associates** . 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. Confirmo 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 Jersey Spinal Associates**.

_____ _____

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 JERSEY SPINAL ASSOCIATES
AN AFFILIATE OF NYSI

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 **New Jersey Spinal Associates** 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 los antes posible después de la emergencia.

☐ No pudimos comunicarnos con el paciente: Motivo:

_____

☐ El paciente se rehusó a firmar: Motivo:

_____

☐ Otro (especifique):