

NF



NF

Datos Demográficos Del Paciente

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

¿Tienes Un Abogado? Sí No Abogado: _____

Nro. Teléfono #: _____ Dirección: _____

Nombre De Contacto De Emergencia: _____ Nro.Tel #: _____

Medico de atencion primaria: _____ Nro.Tel #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre De Farmacia: _____ Nro.Tel #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____



INFORMACIÓN DEL SEGURO

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 Adjustor: _____

Número de teléfono del Adjustor: _____

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.) _____



LEY DE SEGURO AUTOMOTOR CON RESPONSABILIDAD OBJETIVA DEL ESTADO DE NUEVA YORK
FORMULARIO DE CESIÓN DE BENEFICIOS

(PARA ACCIDENTES OCURRIDOS A PARTIR DEL 1/3/02 EN ADELANTE)
New York Spine Institute

Yo, _____, ("Cedente") por el presente cedo a Dr. Alexandre B. de Moura, Dr. Timothy Roberts,
(Print patient's name)
Dr. Angel Macagno, Dr. Rohan Desai

("Cesionario") (Escribir Nombre del Hospital o Prestador de Servicios de Salud)
Todos los derechos, privilegios y recursos de pago por los servicios de salud prestados por el cesionario a los que tengo derecho conforme al Artículo 51 (Estatuto de Responsabilidad Objetiva) de la Ley de Seguros.

Por el presente, el Cesionario certifica no haber recibido ningún pago de parte del Cedente o en su nombre y no buscará obtener pagos directamente de parte del Cedente por servicios prestados por dicho Cesionario por lesiones sufridas como consecuencia del vehículo automotor que tuvieron lugar el _____, sin perjuicio de cualquier otro acuerdo en contrario. (Escribir fecha del accidente)

El acuerdo podrá ser revocado por el cesionario cuando los beneficios no sean pagaderos basado en la falta de cobertura del cedente y/o la violación a alguna condición de la póliza debido a conductas o acciones del cedente.

CUALQUIER PERSONA QUE, DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO COMERCIAL O UNA DEMANDA POR CUALQUIER BENEFICIO DE SEGURO COMERCIAL O PERSONAL QUE CONTenga INFORMACIÓN ESENCIALMENTE FALSA U OCULTE EN LA MISMA, CON PROPÓSITOS ENGAÑOSOS, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER HECHO MATERIAL, Y CUALQUIER PERSONA QUE, EN RELACIÓN A DICHA SOLICITUD O RECLAMO, REALICE DELIBERADAMENTE O ASISTA, INCITE, PROPONGA O CONSPIRE CON OTROS PARA REALIZAR DELIBERADAMENTE, INFORMES FALSOS ACERCA DEL ROBO, DESTRUCCIÓN, DAÑO O CONVERSIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR O UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, INCURRIRÁ EN UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO, Y TAMBIÉN ESTARÁ SUJETA A UNA MULTA CIVIL QUE NO EXCEDA DE LOS CINCO MIL DÓLARES Y DEL VALOR DEL VEHÍCULO AUTOMOTOR EN CUESTIÓN O DEL RECLAMO INDICADO PARA CADA VIOLACIÓN.

(Nombre del Paciente en letra imprenta)

(Firma del Paciente)

(Domicilio del Paciente)

(Fecha de la Firma)

(Domicilio del Paciente)

NEW JERSEY SPINAL ASSOCIATES
Dr. Alexandre B. de Moura, Dr. Timothy Roberts,
Dr. Angel E. Macagno, Dr. Rohan Desai

(Firma del Prestador)

(Nombre del Prestador en letra imprenta)

(Fecha de la Firma)

761 MERRICK AVENUE, WESTBURY, NEW YORK 11590
(Domicilio del Prestador)



Cesión de Beneficios y Autorización

En consideración a los servicios profesionales prestados por New Jersey Spinal Associates y sus proveedores de atención médica afiliados Alexandre B. de Moura, Angel E. Macagno, Timothy T. Roberts, Rohan A. Desai, por la presente irrevocablemente dirijo, autorizo, cedo y doy mi consentimiento a lo siguiente:

La cesión de mis derechos para facturar, cobrar, apelar y/o arbitrar mis reclamaciones por beneficios de seguro de salud en relación con la reclamación mencionada anteriormente a los Proveedores de Atención Médica, incluyendo, pero sin limitarse a, tarifas de instalaciones quirúrgicas, suministros, médico principal, asistente, anestesia y cualquier otra tarifa relacionada con mi reclamación, de conformidad con mis derechos bajo la ley estatal y/o federal, incluyendo, pero no limitándose a, los estatutos federales de ERISA, la Ley de Autorización, Procesamiento y Pago de Reclamaciones de Salud de Nueva Jersey (HCAPPA) y la Ley de Calidad de Atención Médica de Nueva Jersey (HCQA).

La autorización a los Proveedores de Atención Médica para actuar como mis agentes con respecto a todos los aspectos relacionados con mi reclamación y para recibir cualquier y toda comunicación relacionada con dicha reclamación y cualquier apelación o arbitraje de la denegación de mi reclamación como beneficiario sustituto bajo mi póliza de seguro de salud, ya sea financiada completamente o autofinanciada.

La autorización a los Proveedores de Atención Médica para iniciar, procesar y resolver cualquier y todas las apelaciones y/o arbitrajes y/o acciones legales relacionadas con la denegación de mi reclamación, incluyendo, pero sin limitarse a, apelaciones internas con la aseguradora, entidades o agencias de revisión externa, así como arbitrajes y litigios ante tribunales estatales o federales, incluyendo pero no limitado a reclamaciones bajo los estatutos federales de ERISA, la Ley HCAPPA y la Ley HCQA de Nueva Jersey.

La autorización a los Proveedores de Atención Médica para obtener y/o divulgar cualquier Información de Salud Privada según lo contemplado por HIPAA, limitada a mi reclamación de beneficios de seguro y cualquier apelación relacionada. He firmado una autorización HIPAA por separado al respecto.

La autorización a los Proveedores de Atención Médica para presentar una queja con respecto a cualquier denegación de mis reclamaciones (ante el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey, el Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en lo que respecta a planes ERISA, así como cualquier otra agencia gubernamental con jurisdicción sobre mi reclamación y/o el asegurador).

La autorización para que los beneficios de seguro, en su totalidad, sean pagados directamente a los Proveedores de Atención Médica a los cuales pueda tener derecho bajo mis reclamaciones.

Por la presente también cedo a New Jersey Spinal Associates, LLC todos mis derechos bajo mi contrato de seguro, incluyendo todos mis derechos regidos por los estatutos y regulaciones de la Ley de Seguridad de Ingreso de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo, sin ninguna limitación, mis derechos para "recuperar beneficios" bajo la Sección 502(a)(1)(B) de ERISA, mis derechos para recuperar sanciones civiles bajo la Sección 502(c)(1)(B) de ERISA; y mis derechos para presentar reclamaciones por incumplimiento fiduciario bajo las Secciones 502(a)(2) y 502(a)(3) de ERISA.

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



CESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RECUPERACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA

Nombre de paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Abogado: _____

YO, _____, el abajo firmante, por la presente cedo a **Dr. Alexandre B. de Moura, Dr. Angel Macagno, Dr. Tomothy Roberts, Dr. Rohan A. Desai**, cualquier cantidad vencida y pagadera, recibida por mí o en mi nombre, de cualquier fuente para cualquier tratamiento médico y/o los honorarios para los servicios prestados a mí y/o a mi abogado.

Autorizo y ordeno a mi abogado a deducir e inmediatamente pagar a **New Jersey Spinal Associates**, los honorarios que correspondan y sean pagaderos por las cantidades cedidas que se me pueden entregar o se pueden entregar a mi abogado en cualquier recuperación resultante de cualquier demanda o litigio. Además, ordeno a mi abogado a contactar a **New Jersey Spinal Associates**, para determinar la cantidad exacta adeudada antes de que se me pague la cantidad de cualquier recuperación resultante de cualquier demanda o litigio. Además, ordeno a mi abogado que asesore a **New Jersey Spinal Associates**, previa solicitud, del estado de mis litigios y/o cualquier demanda que pueda resultar en una recuperación monetaria de la cual los honorarios vencidos y pagaderos a **New Jersey Spinal Associates**, pueden ser pagados. Si mi abogado es reemplazado por otro abogado, ordeno que el abogado saliente no envíe mi expediente hasta que se firme un acuse de recibo por escrito por mi nuevo abogado y se lo envíe al abajo firmante reconociendo los términos y condiciones establecidos en esta cesión.

New Jersey Spinal Associates, acuerda proporcionar una cooperación razonable en relación con la obtención del pago de todas las demandas de seguros en la medida requerida por la ley.

En caso de incumplimiento de esta cesión por parte del paciente y/o el abogado del paciente, se entiende que el paciente seguirá siendo responsable de todos los honorarios legales necesarios para obtener información de los seguros y/o cobrar cualquier cantidad debida a **New Jersey Spinal Associates**, más el gasto de litigio y/o arbitraje. Se entiende que este acuerdo, de ninguna manera, no hace que el pago de los honorarios vencidos y pagaderos a **New Jersey Spinal Associates**, dependa de asegurar una recuperación en cualquier litigio o en cualquier demanda de seguros que pueda tener. Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de todos los honorarios para el tratamiento médico, así como para los servicios prestados en mi nombre a mi abogado y que soy personalmente responsable del pago de los mismos. Además, reconozco que esta cesión no impide, de ninguna manera, ni impide de otro modo que **New Jersey Spinal Associates**, exija el pago en cualquier momento después de la prestación de dichos servicios, tal como se incluyen en esta cesión.

(Firma del paciente o tutor legal)

Testigo

LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CESIÓN ANTERIOR SON ENTENDIDOS Y ACEPTOS POR:

Abogado: _____

Dirección: _____

Firma del abogado: _____ Fecha _____



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? : _____

Describe: _____

¿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

¿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? : _____

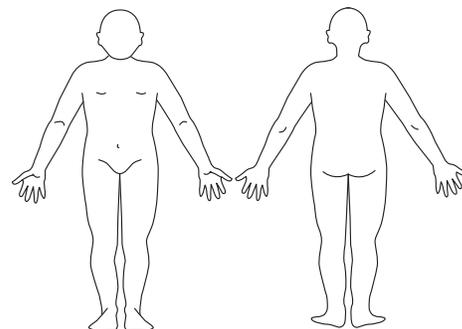
Historia Social:

¿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 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. 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 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



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 lo antes posible después de la emergencia.

No pudimos comunicarnos con el paciente: Motivo:

El paciente se rehusó a firmar: Motivo:

Otro (especifique):