

PROGRESSIVE SPINE & ORTHOPAEDICS

INFORMACION PERSONAL:

APPELLIDO : _____ NOMBRE: _____

NUMERO: _____ CELULAR: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

ESTADO CIVIL: _____ MASCULINO/FEMENINO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

MEDICO GENERAL: _____

FARMACIA: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

ESTADO DE EMPLEO: _____

DIRECCION DE EMPLEO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

COMO SUPO DE NOSOTROS? _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO:

NOMBRE DEL SEGURO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADOR: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

NUMERO DE POLIZA: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

DIRECCION DEL SEGURO: _____

PROGRESSIVE SPINE & ORTHOPAEDICS

SEGURO MEDICO SECUNDARIO: _____

NOMBRE DEL ASEGURADOR: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADOR: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

NUMERO DE POLIZA: _____

NUMERO DE GRUPO: _____

DIRECCION DEL SEGURO: _____

ACCIDENTE DE TRABAJO/ACCIDENTE DE TRANSITO:

NOMBRE DEL SEGURO: _____

NUMERO DE CASO: _____

FECHA DE ACCIDENTE: _____

DIRECCION DE SEGURO: _____

TASADOR/ENCARGADO/ENFERMERA DEL CASO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ EXT _____

INFORMACION DEL ABOGADO:

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

DIRECCION: _____

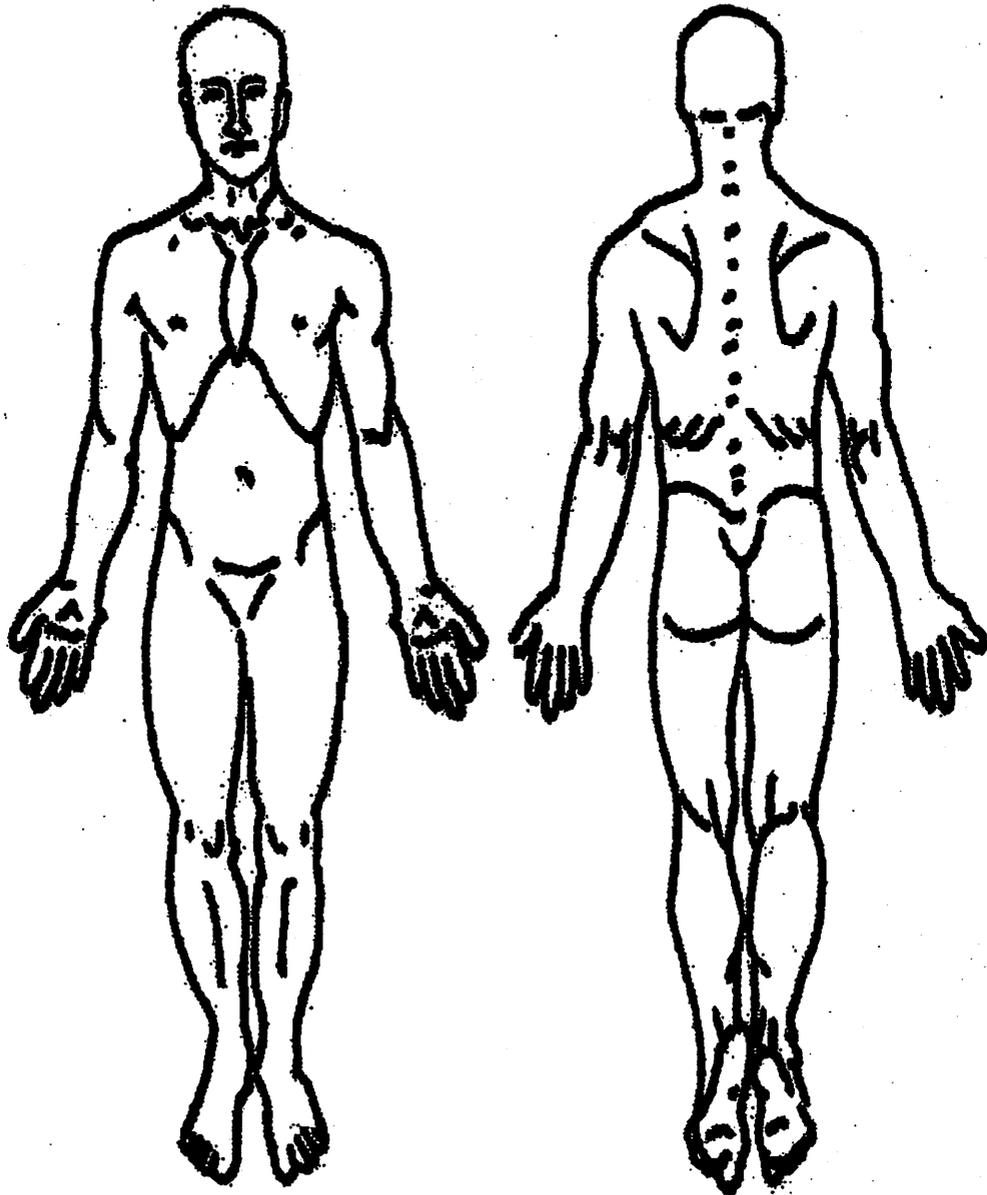
NUMERO DE TELEFONO: _____

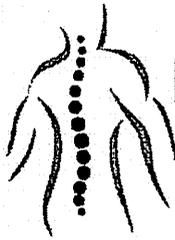
PROGRESSIVE SPINE & ORTHOPAEDICS

POR FAVOR MARQUE LAS AREAS DEL CUERPO DONDE SIENTA LAS SIGUIENTES SENSACIONES. USE LOS SIMBOLOS APROPIADOS PARA LAS AREAS DE RADIACION (INCLUYENDO TODAS LAS AREAS AFECTADAS).

ENTUMECIMIENTO/AGUJAS ++++

DOLOR >>>>





**PROGRESSIVE
SPINE & ORTHOPAEDICS**

440 Curry Avenue, Suite A
Englewood, NJ 07631
T: (201) 227-1299
F: (201) 567-1449

HIPPA

ACTO DE PRIVACIDAD

- Reconocimiento de recepción de aviso de privacidad: Reconozco haber recibido hoy una copia del aviso de políticas de privacidad del proveedor. Doy mi consentimiento para el uso por parte del proveedor de información médica protegida como se describe en el aviso para el tratamiento, pago, de las operaciones de atención médica. Entiendo que debo proporcionar una autorización separada antes de que se puedan hacer otras divulgaciones.

-Recordatorio/Notificación: Es posible que le llamemos para recordarle su cita o notificarle o los resultados de las pruebas. ¿Está de acuerdo, que podemos dejar mensaje de voz, identificarnos a nosotros mismos y al médico, así como notificarle de una cita entrante. No dejaremos los resultados de las pruebas en su contestador automático.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Solicitud de Restricciones: Solicito que mi información médica protegida sea revelada a la siguiente persona o instalación:

Por favor enliste:

Firma: _____

Fecha: _____



440 Curry Avenue, Suite A
Englewood, NJ 07631
T: (201) 227-1299
F: (201) 567-1449

ASSIGNMENT OF BENEFITS

Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro médico que de otro modo se me pagarán, que se hagan directamente a Progressive Spine & Orthopaedics.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o pertinente necesaria para determinar estos beneficios por servicios pagaderos prestados por Progressive Spine & Orthopaedics.

Autorizo a Progressive Spine & Orthopaedics a presentar apelaciones en mi nombre por cualquier beneficio denegado a mi compañía de seguros médicos.

También autorizo a Progressive Spine & Orthopaedics a perseguir todos los recursos legales disponibles para el cobro de todos y cada uno de los honorarios y costos adeudados y adeudados a causa de los servicios

profesionales prestados a mí por Progressive Spine & Orthopaedics. Con esta autorización confiero expresamente a Progressive Spine & Orthopaedics, el derecho a presentar una demanda contra cualquier parte que pueda ser responsable del pago de las tasas y costos incurridos a causa de los servicios profesionales prestados a mí, y de ejercer los mismos derechos y recursos que tengo que cobrar todas esas sumas, sin limitación, incluyendo los costos de la demanda y honorarios razonables de abogado.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Relación diferente al paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

ser representado por Progressive Spine & Orthopaedics en una apelación por una determinación de UM adversa según lo permitido por la N.J.S.A. 26:2S-11 y dar acceso a mi información personal de salud al DOBI, a sus contratistas de atención médica del Programa Independiente de Apelaciones de Atención Médica y a los contratistas independientes que revisen la apelación. Mi consentimiento de representación y autorización de acceso a información personal expira en 24 meses, pero puedo revocarlos antes.

dar acceso a mi información personal de salud al DOBI, a sus contratistas del Programa Independiente de Arbitraje de Reclamos y a El capítulo 32 del sistema de albitraje independiente, cualquier otro contratista independiente, cuando sea requerido, para realizar el proceso de arbitraje. Mi autorización de acceso a información con el propósito de arbitraje de reclamos, expirará en 24 meses.

Firma: _____ Número del seguro: _____

Fecha: _____

Relación con el(la) paciente: Soy el(la) paciente Soy el representante personal (proporcione datos de contacto en la parte posterior)

*Si el(la) paciente es menor de edad o es incapaz de leer y llenar el formulario por incapacidad mental o física, su representante personal debe llenar el formulario.

Proveedor de atención médica: El(la) paciente o su representante personal DEBE recibir una copia por ambos lados/páginas de este documento DESPUÉS DE QUE se haya llenado, firmado y fechado la PÁGINA 1.