



ACUERDO DE FIADORES – (CONTRACTO DE REGISTRO MEDICO/SEGUROS)

Responsabilidad Del Individuo Para Servicios No Cubiertos : En consideración de los servicios por Long Island Spine Specialists, P.C. el paciente que firme, la promete pagar para Long Island Spine Specialists, cualquier co-pago, co-seguro o deducible por la cobertura de mi seguro de salud. Además, me comprometo a pagar todos los servicios que no están cubiertos por mi plan de seguro médico. En caso de denegación o cancelación de los beneficios, o en caso de fallo para informarle de cualquier cambio en mi cobertura de seguro, que suscribe, entiendo que soy responsable por el pago total por los servicios prestados.

POLIZA DE CITAS PERDIDAS Y CANCELACIONES-En caso de que no se presente o no cancele su cita programada, habrá un cargo de responsabilidad personal de \$50 que se debe pagar en el momento de su próxima visita, en adicional de cualquier cargo de co-pago o servicio.

A PARTIR DEL PLANES DE LA RED: Si Long Island Spine Specialists, P.C. no participa con mi plan, se le enviará una factura a mi compañía de seguros en mi nombre. Sin embargo, en caso de que mi seguro no pague mi reclamo dentro de los 45 días, voy a ser responsable de la cantidad total adeudada. Entiendo que el pago de mi compañía de seguros debe ser enviado al Long Island Spine Specialists, P.C. Se me ha dado y entiendo la póliza FUERA DE LA RED.

En el caso de negación de No-Fault, de Workers' compensation Board, Workers' Compensation Carrier o la terminación de mis beneficios ortopédicos, el abajo firmante, soy responsable por el pago total de cualquier y todos los servicios prestados.

Podres, Divorciados / separados, de un menor de edad: Entiendo que como el padre que consiente en el tratamiento de un niño menor de edad, yo soy responsable del pago de los servicios prestados Long Island Spine Specialists, P.C., no estará involucrado con los conflictos de separación o divorcio.

Medicare: Long Island Spine Specialists, P.C. se presentarán las reclamaciones de medicare. Seré responsable por el deducible y el 20 por ciento de co-seguro, que se puede facturar a un seguro secundario, si tengo uno.

Asignación Del Beneficio Ingresos: Por este medio asigno a: Long Island Spine Specialists, P.C. todo el dinero y / o beneficios a los que tengo derecho de mi pagador aseguradora / HMO / tercero, la política de Compensación de Trabajadores, agencias gubernamentales, o los que son financieramente responsable de mi atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS: Yo autorizo a Long Island Spine Specialists, P.C. para liberar a mi favor aseguradora / HMO / de terceros, agencias gubernamentales, o quien financieramente sea responsable de mi atención médica, toda la información necesaria para justificar el pago de dicha atención médica y, en caso necesario, de los propósitos de aprobación previa de pre - certificación. Es, sin embargo, claramente entendido que no habrá obligación del paciente a pagar por los servicios, que son facturados de manera incorrecta.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo autorizo a Long Island Spine Specialists, P.C. usar y divulgar mi identificación individual Información de Salud Protegida de la manera descrita Yo entiendo que mi Información de Salud Protegida puede ser revelada por la persona o entidad que recibe mi Información de Salud Protegida de LISS, y que a continuación, puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. La ley estatal puede o no puede prohibir tal re-divulgación por la persona o entidad que recibe mi identificación individual Información de Salud Protegida de LISS. Firmo esta autorización voluntariamente Se me ha facilitado la oportunidad de revisar el acuerdo de Información de Salud Protegida en su totalidad y / o acceder a él desde la página web LISS.

ESTA AUTORIZACIÓN CUBRE LOS SIGUIENTES DE SU INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA:

Reclamaciones / información de facturación, de drogas / abuso de alcohol, expedientes de salud mental, el envío de material de marketing y / o correspondencia de la oficina médica a la dirección de correo electrónico proveída por mí, confirmación de citas a través de mensajes en el contestador automático, hoja de registro.

UNA AUTORIZACIÓN ADICIONAL SE NECESITARÁ PARA: REGISTROS MÉDICOS - OBTENER LOS RESULTADOS DE LOS EXAMINES DE SIDA/VIH.

Por favor, limitar el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida a:

Firma de paciente o representante autorizado

Nombre

Fecha



LONG ISLAND SPINE SPECIALISTS, P.C.
Committed to Excellence, Committed to You.

Representante De Cita

Yo, _____, acuerdo nombrar a
Nombre del paciente

Long Island Spine Specialists, P.C., proveedor de cuidado del salud, o un especialista de reembolso para actuar como mi representante en relación con mi reclamación.

Yo autorizo al proveedor arriba mencionado de apelar a cualquier reclamación en mi nombre, así como , realizar cualquier solicitud, obtener información de apelación, para llevar a cabo y emitir dicho recurso, y para recibir cualquier notificación en relación a la apelación.

Yo entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser revelada a un representante en Long Island Spine Specialists, P.C.

Nombre del paciente, dirección, y el numero de telefono.

Firma del paciente

Fecha de firma

Spanish Appointment of Representative Billing rb- 07-05-2016

LONG ISLAND SPINE SPECIALISTS, P.C.

Aviso de Referido Para Proveedores Externo Reconocimiento Divulgación **PLAN DE SALUD, HOSPITAL Y OTROS PROVEEDORES**

Por la presente, recibo esta notificación por Long Island Spine Specialists, P. C. del plan de salud su práctica y cada participante profesional de la salud La práctica es un proveedor participante como, la notificación de los hospitales, sus participantes y, en particular, a mi profesional de la salud, que este afiliado. Por la presente reconozco mi participante de salud participa con:

LISS Participamos con MEDICARE, AGEWELL, MAGNACARE, NYSHIP, BRIGHTON HEALTHCARE, BCBS, UHC, OXFORD, Y AETNA
Aceptamos Workers' Compensation and No-Fault

Si mi plan no está en la lista, entonces Long Island Spine Specialists, P.C. no participa con mi plan, yo entiendo que como un paciente, que puedo ser citada para recibir o pueden requerir los servicios o las pruebas con los proveedores externos o instalaciones adicionales, para incluir el trabajo de laboratorio, patología, radiología, anestesiología, la monitorización intraoperatoria, y los posibles cirujanos co - ayudante fuera.

Además de las instalaciones a continuación, la presente dice que voy a recibir una notificación por los proveedores específicos de Anestesiología, compañeros o asistentes de cirujanos y monitorización intraoperatoria, Si se programa un procedimiento o cirugía. Esta información será enviada por correo electrónico o por correo a mí, si me han citado de un procedimiento. La notificación incluirá el nombre o razón de la cita, dirección postal, número de teléfono y el estado participando de cualquier proveedor de atención médica. Por la presente reconozco que puedo solicitar la cantidad o una cantidad estimada del costo o sus afiliados que me van a facturar. Debe comunicarse con los afiliados directamente a revisar sus honorarios. Para discutir los honorarios LISS consulte nuestra cuentas de paciente cuentas de enlace en nuestra oficina Commack, o llame a 631-462-2225, ext. 263. Por la presente reconozco que los servicios prestados por un proveedor no participante puede resultar en costos no cubiertos por mi plan de atención de la salud. Soy consciente de que la práctica y sus profesionales de la salud se reservan el derecho de cambiar sus / sus afiliaciones (Con terceros pagadores, hospitales u otros proveedores) en cualquier momento. También soy consciente de que puedo solicitar una lista actualizada de los planes de salud con los que LISS y cada profesional de la salud práctica que son proveedores participante, así como, sus hospitales afiliados y otros proveedores. Entiendo que puedo consultar con mi compañía de seguros, si prefiero un proveedor dentro de la red.

Long Island Spine Specialists, P.C. (La Practica) está afiliada a las siguientes instalaciones médicas:

- **HUNTINGTON HOSPITAL**
270 PARK AVENUE
HUNTINGTON, NY 11743
631-351-2000
- **ST. CATHERINE OF SIENA MEDICAL CENTER**
50 ROUTE 25 A
SMITHTOWN, NEW YORK 11787
631-862-3000
- **GOOD SAMARITAN HOSPITAL MEDICAL CENTER**
1000 MONTAUK HIGHWAY
WEST ISLIP, NEW YORK 11795
631-376-3000
- **THE CENTER FOR ADVANCED SPINE & JOINT SURGERY**
125 KENNEDY DRIVE, SUITE 300
HAUPPAUGE, NEW YORK 11788
934-223-4500
- **NORTH SHORE SURGI-CENTER**
989 WEST JERICO TURNPIKE
SMITHTOWN, NEW YORK 11787
631-864-7100
- **SOUTH SHORE SURGI-CENTER**
53 BRENTWOOD ROAD, SUITE F
BAY SHORE, NEW YORK 11706
631-647-5550
- **ST. FRANCIS HOSPITAL**
100 PORT WASHINGTON BLVD.
ROSLYN, NEW YORK 11576
516-562-6000
- **SOUTH SHORE UNIVERSITY HOSPITAL**
301 EAST MAIN STREET
BAY SHORE, NY 11706
631 -968-3000
- **SUFFOLK SURGERY CENTER**
1500 WILLIAM FLOYD PARKWAY
SHIRLEY, NEW YORK 11967
631-205-9090

Firma del Paciente o Guardián Legal

Nombre del Paciente

Fecha



FORMULARIO DE SEGURO

FECHA: _____

Referido por: Dr. _____

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

Domicilio: _____ Masculino ☐ Femenino ☐
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) ☐

Idioma Preferido: _____ Raza: _____ Nacionalidad: _____

Numero de telefono #: _____ Numero de celular#: _____

Correo electrónico: _____

¿Tu vez tu correo electrónico?: Diariamente ☐

Semanal ☐ Otro ☐

Empleador/Dirección/Numero de telefono

Médico Primario /Dirección/Numero de telefono

INFORMACION DE SEGURO

PRIMARIO:

NOMBRE DEL SEGURO: _____

DIRECCIÓN: _____

NUMERO DEL SEGURO#: _____

POSEEDOR DE LA PÓLIZA: _____

SECUNDARIO:

NOMBRE DEL SEGURO: _____

DIRECCIÓN: _____

NUMERO DEL SEGURO #: _____

POSEEDOR DE LA PÓLIZA: _____

INFORMACIÓN DE WORKERS' COMPENSATION:

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

DIRECCIÓN DEL

SEGURO#: _____

WCB# _____

NOMBRE DEL AJUSTADOR: _____

NUMERO DEL AJUSTADOR #: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

NUMERO DEL TELEFONO #: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA #: _____

GRUPO #: _____

FECHA NACIMIENTO DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA #: _____

GRUPO #: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

EMPLEADOR EN EL TIEMPO DE LA LESIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

NUMERO DE TELEFONO#: _____

NUMERO DEL CASO#: _____

ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJO: _____

FECHA DE GOLPE: _____

INFORMACIÓN DE NO-FAULT:

TEMBIÉN DEBE DE PROVEER SU SEGURO PRIMARIO. NO EXCEPCIONES.

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

DIRECCIÓN DEL SEGURO #: _____

NOMBRE DEL AJUSTADOR: _____

NUMERO DEL AJUSTADOR/SEGURO #: _____

FECHA DEL ACCIDENTE:

NUMERO DE PÓLIZA #: _____

NUMERO DE RECLAMACIÓN #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL ABOGADO #: _____

NUMERO DEL TELEFONO DEL ABOGADO: _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: _____



LONG ISLAND SPINE SPECIALISTS, P.C.

FORMULARIO INICIAL DEL PACIENTE

FECHA: _____ REFERIDO POR: _____

☐ DOCTOR ☐ QUIROPRACTICO ☐ AMIGO/FAMILIAR

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO SOCIAL #: _____ MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Compruebe (✓) casillas lo siguiente? Este problema esta relacionado con un accidente en el trabajo? ☐ No ☐ Si.

Este accidente es por medio de compesacion de trabajo? ☐ No ☐ Si. Este como ocurio el accidente? _____

Usted a perdido dias de trabajo por este problema? ☐ No ☐ Si. Cuantos dias? _____ Primera fecha perdida: _____

Título de trabajo cuando se lesiono: _____ Actividades de trabajo habituales: _____

Nombre del Empleador: _____ Numero de Telefono: _____

Direccion del Empleador: _____

Este problem esta relacionado con un accidente de automovil? ☐ No ☐ Si. Fecha del accidente: _____

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO HA TENIDO EL DOLOR? _____

¿EL DOLOR EMPEORA? _____

¿Uste mira un especialista del dolor? ☐ No ☐ Si Nombre: _____

SU MEDICAMENTOS ACTUAL: _____

¿Toma Aspirina? ☐

¿Toma aceite de pescado? ☐

¿Toma vitamin e? ☐

El Nombre de la Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono #: _____

ALÉRGICO A LOS MEDICAMENTOS: _____

La alergia al latex ☐

Alergia a los mariscos ☐

La alergia alimentaria ☐

HIPAA

Autorizo a LISS para discutir sobre mi estado médico o cuestiones de facturación del seguro con la persona designada abajo.

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Firma: _____

Historial Médico

Nombre: _____

➔ Compruebe (✓) la caja si usted tiene cualquiera de las condiciones siguientes:

- ☐ **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** – (problemas de corazón, presión alta, marcapasos) Liste detalles: _____
- ☐ **DERMATOLÓGICOS** – (erupciones de la piel, psoriasis, otros) Liste detalles: _____
- ☐ **GASTROINTESTINAL** – (estómago, Intestino, úlceras, otros) Liste detalles: _____
- ☐ **GENITOURINARIO** – (problemas urinarios, enfermedad del riñon, otros) Liste detalles: _____
- ☐ **CABEZA, OREJAS, OJOS, NARIS, GARGANTA** – (amigdalitis, infección en los senos, migrañas, otros) liste detalles: _____
- ☐ **HEMATOLÓGICA** – (anemia, enfermedad hemorrágico, otros) liste detalles: _____
- ☐ **CONDICIONES INMUNOLÓGICA – ENFERMEDAD DE INFECCIONES** (lupus, tuberculosis, HIV, hepatitis, other) liste detalles: _____
- ☐ **ENDOCRINO/METABÓLICO** – (diabetes, condiciones del tiriodes, otros) liste detalles: _____
- ☐ **MUSCULOESQUELÉTICO** – (bursitis, gota, artritis, otros) liste detalles: _____
- ☐ **CONDICIONES NEOPLÁSICA** – (cancer, tumores, otros) liste detalles: _____
- ☐ **NEUROSQUIATRICO** – (depresion, dolor de cabeza, convulsiones, TIA, ansieda, otro.) liste especificamente: _____
- ☐ **RESPIRATORIO** – (asma, enfermedad pulmonar, otro problemas de respirar) liste detalles: _____
- ☐ **MUJERES – PROBLEMAS DE SALUD** – (ovarios quísticos, dismenorrea, otros) liste detalles: _____
- ☐ **OTRO** – (INDICAR POR FAVOR) : _____

CIRUGÍA DE LA ESPALDA /HISTORIAL DE PROCEDIMIENTOS (EPIDURALS (ESIs), FACET, TRIGGER POINT INJECTIONS, OR ANY SPINE SURGERY)

PROCEDIMIENTOS	AÑO	NOMBRE DEL DOCTOR	COMENTARIOS

HISTORIAL QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTOS	AÑO	NOMBRE DEL DOCTOR	COMENTARIOS

Historial Familiar

Nombre: _____

Si han fallecido por favor compruebe (✓): MADRE ☐ - Edad _____

PADRE ☐ - Edad _____

¿Algun familiar que le ha dado el diagnostico del los siguiente? ➡ Por favor compruebe (✓) por la condición que corresponde.

☐ **Madre** Escoliosis ☐ Estenosis ☐ Degenerativa del Disco ☐ Hernia de Disco ☐ Osteoporosis ☐ Cancer ☐ Artritis ☐

☐ **Padre** Escoliosis ☐ Estenosis ☐ Degenerativa del Disco ☐ Hernia de Disco ☐ Osteoporosis ☐ Cancer ☐ Artritis ☐

☐ **Hermano** Escoliosis ☐ Estenosis ☐ Degenerativa del Disco ☐ Hernia de Disco ☐ Osteoporosis ☐ Cancer ☐ Artritis ☐

☐ **Hermana** Escoliosis ☐ Estenosis ☐ Degenerativa del Disco ☐ Hernia de Disco ☐ Osteoporosis ☐ Cancer ☐ Artritis ☐

☐ **Abuelos** Escoliosis ☐ Estenosis ☐ Degenerativa del Disco ☐ Hernia de Disco ☐ Osteoporosis ☐ Cancer ☐ Artritis ☐

☐ **Otros** Escoliosis ☐ Estenosis ☐ Degenerativa del Disco ☐ Hernia de Disco ☐ Osteoporosis ☐ Cancer ☐ Artritis ☐

HISTORIAL DEL TRABAJO

➡ Por favor compruebe (✓) que aplica con uste.

Ocupación: _____

☐ **RETIRADO** Desde: _____. (de la fecha) ☐ **Desempleado**

☐ **ESTA INCAPACITADO POR EL SEGURO SOCIAL** ☐ SI ☐ NO

¿Ha fallado anteriormente algunos días del trabajo por el dolor de espalda? Si ☐ No ☐ Primer día que fallo: _____

HISTORIAL SOCIAL

➡ Por favor compruebe (✓) que aplica con usted.

Estado Civil: ☐ soltero (a) ☐ casado (a) ☐ divorciado (a) ☐ separado (a) ☐ viudo (a) Hijos : Si ☐ No ☐

Arreglos de vivienda: ☐ solo(a) ☐ con esposo (a) ☐ con compañero (a) ☐ con familia ☐ vida asistida ☐ asilo de ancianos

Tobaco: No ☐ Si ☐ si es asi, cuanto: _____ paquetes por el día.

Ex fumador ☐ si es asi, cuanto: _____ paquetes por el día. Años que ha fumado _____ Fecha : _____ (año)

Consume Alcohol: No ☐ Si ☐ - SOCIAL ☐ DIARIAMENTE ☐ Cuanto: _____.

Drogas ilícitas: No ☐ Yes ☐ Que sustancia? _____

¿Alguna vez ha sido tratado por adicción a las drogas o el alcohol? No ☐ Si ☐ ¿Que Sustancia? _____ ¿Cuando? _____

Condiciones Actuales

NOMBRE: _____

Si ha tenido algunos de las siguiente condiciones en **LOS ULTIMOS DOS MESES**, por favor compruebe (✓).

SINTOMAS CONSTITUCIONALES

- Fiebre/Escalofríos ☐
- Pérdida de peso ☐
- Aumento de peso ☐
- Cansancio ☐

HEENT

- Dolor de cabeza ☐
- Dificultad para tragar ☐
- Pérdida de la visión ☐
- Pérdida de audición ☐

RESPIRATORIO

- Dificultad para respirar ☐
- Tos ☐

CARDIOVASCULARES

- Dolor de pecho ☐
- Presion alta ☐
- Edema ☐

GASTROINTESTINAL

- Náusea/Vomitós ☐
- Dolor abdominal ☐
- Diarrea ☐
- Constipación ☐
- INCONTINENCIA INTESTINAL ☐

GENITOURINARIO

- Incontinencia urinaria ☐
- Dolor al orinar ☐
- Sangre en la orina ☐
- Micción frecuente ☐

REPRODUCTIVO

Información de salud significativo
Masculino: _____
Femenino: _____

DERMATOLÓGICOS

- Erupción ☐
- Picazón ☐

HEMATOLÓGICA

- Hematomas ☐
- Sangrar con facilidad ☐
- Cóagulo de sangre ☐

IMMUNOLÓGICA

- Fiebre de heno ☐
- Alergias ambientales ☐
- Alergias a picaduras de abejas ☐

METABÓLICO/ENDOCRINO

INTOLERANCIA AL CALOR/FRÍO ☐

NEUROLÓGICA

MAREO ☐

Por favor marque sus respuestas.

Marque Uno: Eres Derecha o Zurdo Ambidextro (capaz de utilizar las dos manos con la misma facilidad)

¿Uste usa Lentes? Si No ¿Uste usa lentes de contacto? Si No

He respondido a las preguntas lo mejor que pueda.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA _____

POR FAVOR IMPRIMIR SU NOMBRE: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Los ultimos cuatro digitos del seguro social #: _____ Fecha de nacimiento : _____ Tienes alguna formulario que necesitas ser llenado hoy ? _____

Por favor, utilizar los simbolos para describir los sintomas a continuacion

DOLOR ^ ^ ^ ^

PUNZADAS // //

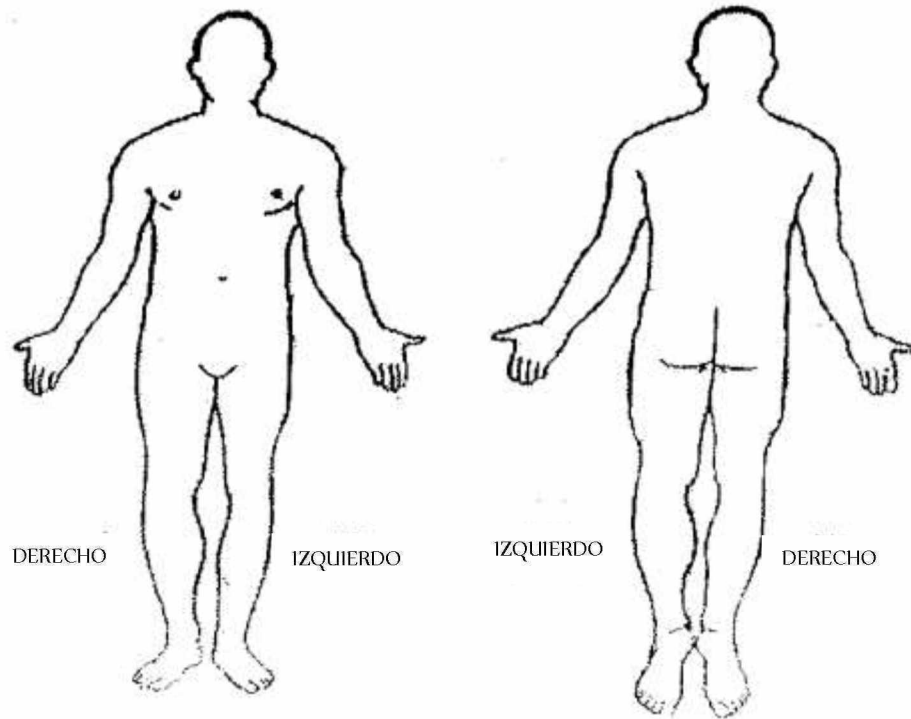
Hormigueo = =

QUEMA X X X X

ENTUMECIMIENTO 0 0 0 0 0

ESPASMO S S S S S S S

DEBILIDAD □ □ □ □



¿COMO ES DE MALO SU DOLOR AHORA? INDICAR SU NIVEL DE DOLOR 1 A 10

SIN DOLOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 EL PEOR DOLOR

¿QUE POSICIONES O ACTIVIDADES EMPEORA EL DOLOR O LO MEJORA?

	PEOR	MEJOR	COMENTARIOS
DOBLAR			
DEFECACIÓN			
TOSER			
ACTIVIDADES GENERALES			
REMEDIOS CASEROS			
ACOSTADOS			
SENTADO			
PARADO			
CAMINANDO			

¿CUÁNTO TIEMPO SE PUEDE SENTAR SIN DOLOR O EL MÍNIMO DOLOR? _____ MINUTOS.

¿CUÁNTO TIEMPO PUEDE ESTAR PARADO (A) SIN DOLOR O EL MÍNIMO DOLOR? _____ MINUTOS.

¿QUE DISTANCIA PUEDE CAMINAR SIN DOLOR O EL MINIMO DOLOR?
0-50 PIES ☐ 50-200 PIES ☐ 200-500 PIES ☐ 500+ PIES ☐ ½ millas+ ☐

¿SE REQUIERE UNA CANA O CAMINANTE? ☐ Si ☐ No

¿SE REQUIERE UNA SILLA DE RUEDAS? ☐ Si ☐ No

¿USTED USA UN SUPORTE PARA EL CUELLO O LA ESPALDA? ☐ Si ☐ No

POR FAVOR INDIQUE CUÁL PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO QUE SE HAN SOMETIDO PARA SU PROBLEMA. INCLUIR LA FECHA.

EXAMEN	FECHA	EXAMEN	FECHA
PLAIN X-RAY		EMG/NVC/ SSEP	
BONE SCAN		MRI	
MYELOGRAM		BONE DENSITY/ DEXA SCAN	
CT SCAN		FACET BLOCKS	
DISCOGRAM		OTHER- INDICATE	

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Factores y riesgos sobre la medicinas narcóticas (Opioide).

Por Favor Seleccione su Género:

Mujer

☐

Hombre

☐

Edad (seleccione si 16-45 años)

☐

No Aplica:

☐

Por Favor llenar lo siguiente:

Antecedentes Familiares de abuso de sustancias:

Alcohol:

☐

Medicamentos Ilegales:

☐

Medicamentos recetados:

☐

Ninguna:

☐

Antecedentes personales de abuso de sustancias:

Alcohol:

☐

Medicamentos Ilegales:

☐

Medicamentos recetados:

☐

Ninguna:

☐

Antecedentes de abuso sexual en la pre adolescencia

☐

No Aplica:

☐

Enfermedades psicológicas:

ADD, OCD, Bipolar, Esquizofrenia

☐

Depresión

☐

Ninguna:

☐

Firma Del Paciente _____

Este cuestionario fue desarrollado por Lynn R. Webster, MD para evaluar los Riesgo de medicinas Narcóticas (Opioide).
Webster LR, Webster RM. Predecir comportamientos aberrantes en pacientes con tratamiento de medicinas Narcóticas:
preliminar con validación sobre los riesgos de medicinas Narcóticas (Opioide). Pain Medicine 2005; 6(6):432-42

(PÁGINA 6)



LONG ISLAND SPINE SPECIALISTS, P. C.
Comprometidos con la excelencia. Comprometidos con usted.

Long Island Spine Specialists, P.C.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

**Según lo requerido por la Ley de Transferencia y Responsabilidad
de Seguro Médico del 1996 (HIPAA por sus siglas en inglés)**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceder y controlar su información médica protegida. La "información médica protegida" se refiere a información sobre usted, incluyendo información demográfica o que lo pueda identificar como persona, información relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados.

Uso y divulgación de la información protegida de salud: Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestra organización, nuestro personal de oficina u otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el fin de proporcionarle servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar el funcionamiento de la organización y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos su información médica protegida para proporcionar, coordinar o administrarle servicios atención médica y cualquier otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica domiciliaria que le brinde atención médica en casa. También, su información médica protegida podría ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica protegida a su plan de seguro médico para obtener la aprobación para la cobertura de equipo o suministros médicos para usted.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o revelar, según sea necesario, su información médica protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra organización. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a: actividades de evaluación de la calidad, actividades de control de calidad de los empleados, actividades de acreditación u otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica protegida a agencias de acreditación como parte de una encuesta de acreditación. También es posible que le llamemos por su nombre mientras se encuentre en nuestras instalaciones. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y verificar el estado de su equipo.

Podemos usar o revelar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización:

Cuando lo requiera la ley, en asuntos de salud pública según lo requiera la ley, en casos de enfermedades contagiosas, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos, procedimientos legales, cumplimiento de la ley, en caso de actividades criminales, reclusos, actividad militar, seguridad nacional e indemnización laboral. Usos y divulgaciones requeridas: Bajo la ley, debemos revelarle a usted cuando sea requerido por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán sólo con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar, a menos que lo exija la ley.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito excepto en la medida en que su médico o esta organización hayan tomado alguna medida basándose en el uso o divulgación indicados en la autorización.

Sus derechos: Lo siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de ver y hacer copias de su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede ver ni copiar los siguientes registros; notas de psicoterapia; información recopilada con razonable anticipación de, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, e información médica protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso de la misma.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea divulgada a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

Nuestra organización no está obligada a aceptar las restricciones que usted pueda solicitar. Si nuestra organización cree que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. Usted entonces tiene el derecho de usar a otro profesional de la salud.

Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en un lugar alternativo. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nuestra parte, si así lo solicita, incluso si usted ha acordado aceptar este aviso de manera alternativa, por ejemplo, electrónicamente.

Usted puede tener derecho a que nuestra organización enmiende su información médica protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. Usted también tiene el derecho de objetar o retirar su consentimiento como se indica en esta notificación.

Quejas: Usted puede quejarse con nosotros o con el secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado de alguna manera sus derechos de privacidad. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad de su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener su privacidad y proporcionarle este aviso acerca de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida. Si usted tiene alguna pregunta u objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro gerente de oficina.

Las **empresas asociadas con las que podemos hacer negocios,** como un servicio de contestador o un servicio de entrega, sólo reciben información suficiente para proporcionarle el servicio necesario. No le proporcionamos información médica a los mismos.

Agradecemos sus comentarios: Por favor, no dude en llamarnos si tiene alguna pregunta sobre cómo protegemos su privacidad. Nuestro objetivo es siempre proporcionarle servicios de la más alta calidad.