



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
HALIPPAUGE, 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: _____

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: _____

INFORMACIÓN DE WORKERS' COMPENSATION:

COMPAÑÍA DE SEGURO: _____

DIRECCIÓN DEL

SEGURO#: _____

WCB# _____

NOMBRE DEL AJUSTADOR: _____

NUMERO DEL AJUSTADOR #: _____

NOMBRE DEL ABOGADO: _____

NUMERO DEL TELEFONO #: _____

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 #: _____

FECCHA DEL ACCIDENTE:

NUMERO DE PÓLIZA #: _____

NUMERO DE RECLAMACIÓN #: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL ABOGADO #: _____

NUMBRE DEL TELEFONO DEL ABOGADO: _____

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: _____



LONG ISLAND SPINE SPECIALISTS, P.C.

Committed to Excellence, Committed to You.

(631) 462-2225 www.LIspine.com

PACIENTE NUEVO-INFORMACIÓN SOBRE ESCOLIOSIS

Por favor imprimir toda la información. Asegurese de llenar todo el formulario para poder asistirle mejor.
Gracias por su cooperación.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

1. Cuando notó su curvatura de la columna por primera vez? _____
2. Quien notó su curvatura por primera vez? _____
3. Se ha empeorado su curvatura con el tiempo? No Sí
4. Que tipo de tratamiento ha recibido? Ninguna (terapias, cirugías, etc.) _____

5. Si ha tenido cirugía de escoliosis, cuando, donde y quien lo hizo? _____

(Si tiene dolor o debilidad, por favor conteste las preguntas que siguen; si no, vaya a la pregunta 9.)

6. Que empeora su dolor? Sentandose Parandose Caminando Doblandose hacia adelante
Doblandose hacia atras Tosiendo Estornudando Nada
7. Que mejora su dolor? Sentandose Parandose Caminando Medicación Ejercicio Acostandose
8. Siente debilidad en sus piernas? No Sí
9. Que tipos de exámenes ha tenido? Rayos-X MRI Mielograma Tomograma Discograma Gammagrafia
10. Para mujeres – Ha empezado su ciclo menstrual? No Sí
A que edad empezó? _____. Han sido regulares? _____
11. **Estudiantes:** Por favor indicar su escuela y grado? _____
12. Está trabajando? No Sí - Nombre del trabajo: _____
Cuantos días a perdido de su trabajo o escuela en el año pasado debido a su dolor de la espalda?

13. Hay historia familiar de escoliosis? No Yes Si indicó que sí, quien? _____
14. Cuánto mide su madre biológica? _____ Padre? _____
Hermanos o hermanas? (Edades y alturas) _____

Nombre: _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA AHORA MISMO/VITAMINAS

Nombre	Dosis	Cuántas veces al día lo toma

ALERGIAS

Alergias/Sustancia	Reacción que le da

Farmacia: _____ Ciudad: _____

Tiene un doctor para su dolor? No Sí Nombre de su doctor: _____

CONDICIONES ACTUALES

No tengo condiciones actuales. Hay posibilidad que estás embarazada? No Sí Fecha de su ultimo periodo _____

CANCER/tipo _____

CARDIOVASCULARES:

- Ataque de corazón
- Presión alta
- Colesterol alta
- Soplo cardíaco
- Valvula mitral
- Coagulo de sangre
- Síndrome de Raynaud's

GASTROINTESTINALES:

- Reflujo gástrico
- Diverticulosis
- Hernia _____
- Incontinencia

Genitourinarios:

- Calculos renales
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina

DERMATOLÓGICOS: _____

HEMATOLÓGICOS:

- Anemia
- Sangrar con facilidad

HEENT: _____

- Cataratas
- Sordera
- Dificultad tragar

Immunológicos: _____

- Lupus
- El VIH
- Hepatitis
- Tuberculosis

Metabólicos/

ENDOCRINOLÓGICOS:

- Diabetes
- Tiroides altas

Musculoesqueleticos

- Osteoporosis
- Osteopenia
- Tunel carpiano

Fibromialgia

Fracturas

Neurológicos: _____

- Migrañas
- Alzheimer's

Mareos

Convulsión

Ansiedad

Depreción

Estrés

Respiratorios:

- Asma
- Bronquitis

Enfisema

Neumonía

Apnea del sueño

Enfermedades pulmonares

REPRODUCTIVOS:

Endometriosis

Quiste de ovarios

OTROS:

- _____
- _____
- _____
- _____

(Continuar a la proxima pagina)

Nombre: _____

CIRUGÍAS

No he tenido cirugías.

Por favor elegir todas las cirugías que a tenido en el pasado y la fecha.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angioplastia _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de riñones _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones _____ |
| <input type="checkbox"/> AAA _____ | <input type="checkbox"/> Litotricia _____ | <input type="checkbox"/> Reparaciones de fracturas _____ |
| <input type="checkbox"/> Los marcapasos _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos _____ | <input type="checkbox"/> Biopsia _____ |
| <input type="checkbox"/> Procedimiento de taxi _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de oídos _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del cerebro _____ |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de nariz _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de los pulmones _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de apéndice _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de garganta _____ | <input type="checkbox"/> Cesáreas _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de tiroides _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Reparación de hernia _____ | <input type="checkbox"/> De caderas, rodillas, piernas, pies _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de próstata _____ |
| <input type="checkbox"/> Resección de colon _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía para bajar peso _____ | <input type="checkbox"/> Brazos o manos _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Del corazón _____ | |

CIRUGÍAS DE LA COLUMNA/PROCEDIMIENTOS

Nunca he tenido procedimientos para el dolor. Sí he tenido procedimientos para el dolor: (fecha) _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inyecciones epidurales _____ | <input type="checkbox"/> Bloqueos de rama medial _____ | <input type="checkbox"/> Bloqueos de facetas _____ |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones en la articulación _____ | <input type="checkbox"/> Inyecciones en puntos _____ | <input type="checkbox"/> Ablación de radiofrecuencia _____ |

Nunca he tenido cirugías de la columna. Sí he tenido cirugías de la columna. Fecha: _____ Cual tipo?

CERVICAL (CUELLO)

TORÁCICO (MITAD)

LUMBAR (PARTE ABAJO)

Discectomía _____ Laminectomía _____ Fusión _____ Estimulador _____

Cifoplastia _____ Reemplazo _____ Otros: _____

Su condición mejoró después de la cirugía? _____

HISTORIA SOCIAL

USO DE TOBACO:

Alguna vez a usado tabaco? No Jamas Sí Cigarillos al día _____ paquetes de cigarillos _____

Por cuantos años? _____. A que edad empezó? _____. Cuando paró? _____ Cigaros Pipas

Mascando tabaco Sin fumo Inhalado Edad empezado ____ Edad parado? _____

Estado civil Soltero(a) Casado(a) Divorciado Viuda Numero de hijos: _____

Yo vivo: Solo Con familia Con compañero Con un ayudante Vivo en una: Casa Apartamento

Tomas alcohol? No Sí Tipo: _____ anteriormente tomaba año que paró _____

Si marco que sí, a que frecuencia?: Diariamente Socialmente En ocasiones De vez en cuando

A tenido problemas con drogas en el pasado? No Sí Anteriormente

A recibido tratamiento? No Sí _____

(Continuar a la proxima pagina)

Nombre: _____

HISTORIAL FAMILIAR

NO TENGO HISTORIAL FAMILIAR: _____

ADOPTADO _____

Historial familiar de problemas con columna: (Por favor indicar cual miembro de su familia)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Degenerativa del disco _____ | <input type="checkbox"/> Espondilolistesis _____ |
| <input type="checkbox"/> Hernia del disco _____ | <input type="checkbox"/> Estenosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Cancer/tipo _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Escoliosis _____ | _____ |

ESTUDIOS ANTERIORES

Por favor indicar si ha tenido estos estudios y cuando lo a tenido:

	No	Sí	Cuando/Donde		No	Sí	Cuando/Donde
Rayos X de la columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mielograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tomograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Discograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Electromiografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Resonancia magnetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Radiografía de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Densidad osea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

REVISION DE SISTEMAS

Por favor indicar cuales problemas a tenido en los ultimos 2 meses.

GENERAL

- Bajo de peso inexplicable
- Cambio de apetito
- Fiebres y escalofríos
- Sudores en la noche
- Fatiga
- Dificultad dormir

OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

- Dificultad tragar
- Ronqueras
- Perdida auditiva
- Cambios de la visión

CARDIOVASCULARES

- Dolor de pecho
- Edema

RESPIRATORIOS

- Tos
- Dificultad respirar

DIGESTIVOS

- Nausea o vómito
- Dolor de estómago
- Diarrea frecuente
- Constipación frecuente
- Perdida de heces
- Sangre en las heces

PIEL

- Erupciones frecuentes
- Picazones frecuentes

NEUROLOGICOS

- Convulsiones
- Desmayos
- Vertigo/Mareos
- Dolores de cabeza

MUSCULOESQUELETICOS

- Dolores de articulación
- Dolores de los musculos

GENTOURINARIOS

- Dolor orinando
- Sangre en la orina
- Incontinencia urinaria
- Orinar frecuentemente
- Urgencia urinaria

HEMATOLOGICOS

- Contusiones faciles
- Sangrando facil

METABOLICOS

- Intolerancia al frío/calor
- Aumento de la sed

IMMUNOLOGICOS

- Fiebre del heno
- Alergias ambientales
- Alergias a comida _____
- Picaduras de abejas _____

DOMINIO DE LA MANO

- Uso la mano derecha
- Uso la mano izquierda/zurdo
- Uso los dos/ambidextro

LENTES CORRECTIVOS

- Lentes
- Contactos

(Continuar a la proxima pagina)

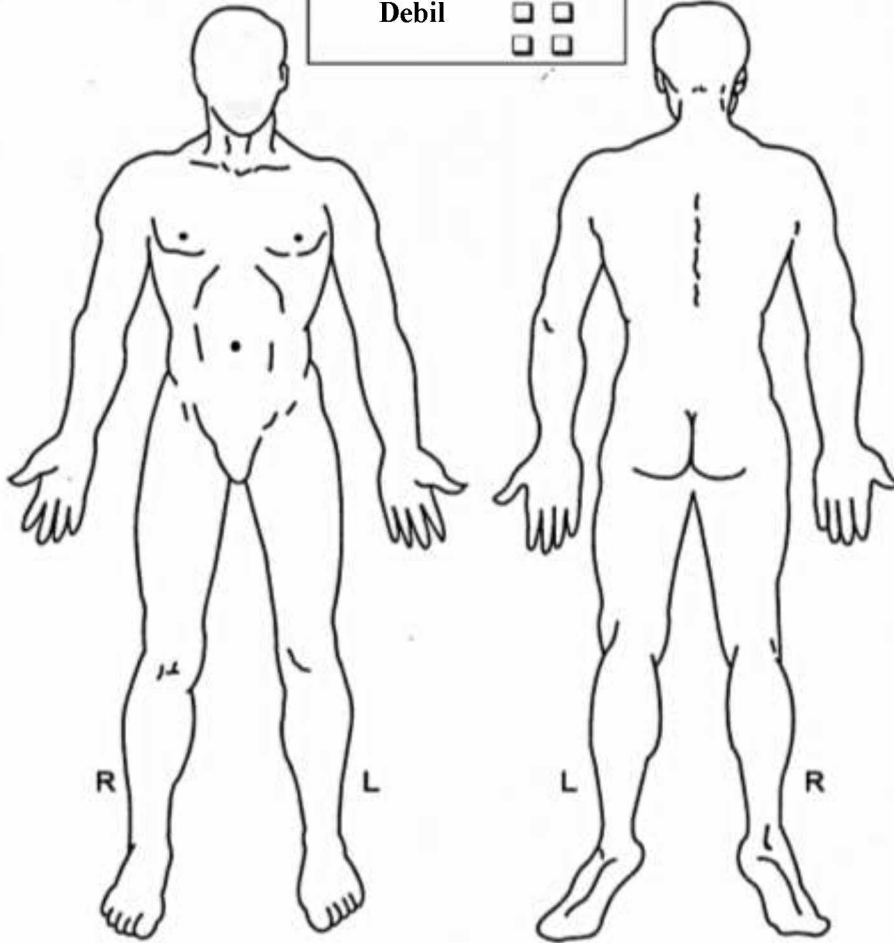
Nombre: _____

DIAGRAMA DEL DOLOR

Por favor marcar las áreas del cuerpo donde siente su dolor. Use los símbolos de abajo para marcar el tipo de sensación que tiene y donde.

Adormecido	== == == == == ==	Hormigueos	ooo ooo ooo	Quemaduras	xxx xxx xxx	Puñaladas	//// //// ////
-------------------	-------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------------	----------------------

Debil



PERFIL DEL DOLOR

9.) Por cuánto tiempo puede sentarse? No puedo 15 Minutos 30 Minutos 45 Minutos Más de 1 hora

Cuánto tiempo puede pararse? No puedo 15 Minutos 30 Minutos 45 Minutos Más de 1 hora

Por cuánto tiempo puede caminar? No puedo 15 Minutos 30 Minutos 45 Minutos Más de 1 hora

(Continuar a la proxima pagina)

Nombre: _____

10.) Cual de estas actividades empeora el dolor o lo mejora?

	Empeora el dolor	Mejora el dolor	Ninguno
Sentandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parandose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinandose hacia adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agachandose adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostandose al lado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostandose en su espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agachandose en su estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parandose despues de estar sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiando posiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosiendo/Estornudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.) Usted requiere asistencia para moverse? No Sí, Caña Un caminante Silla de ruedas

TERAPIAS

Chequear todós que aplican:

	Comentarios	Ayuda	No ayuda	No Usó
Medicamentos para dolor	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paquetes calientes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicandose hielo	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonográmas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimuladores musculares	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia física	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercicios para el cuello y espalda	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento quiropractica	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracción	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre: _____

Fecha: _____

FACTORES SOBRE NARCÓTICAS

Por favor elegir su genero: Femenina Masculino

Edad (chequear si tiene 16 - 45)

No aplica

Chequear todo lo que le aplica:

Historia familiar de abuso de sustancias: Historia de abuso sexual en la adolescencia

Alcohol No aplica

Medicamentos ilegales

Medicamentos recetados

Ninguna

Historia personal de abuso de sustancias: Enfermedades psicológicas:

Alcohol ADD, OCD, bipolar, esquizofrenia

Medicamentos ilegales Depresión

Medicamentos recetados Ninguna

Ninguna

Firma del paciente: _____



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.