



ALEXANDRE B. DEMOURA, MD PC

**DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (HOGAR) \_\_\_\_\_ (MÓVIL) \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

NRO.S.S. \_\_\_\_\_ GÉNERO M / F Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_ ETNIA: \_\_\_\_\_ IDIOMA PREFERIDO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: ( ) SOLTERO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) VIUDO ( ) SEPARADO ( ) PAREJA

ALERGIAS A MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

OTRAS CUESTIONES MÉDICAS: \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE TRABAJA? SÍ / NOTAREAS LIMITADAS: \_\_\_\_\_

¿TIENE UN ABOGADO? SÍ / NO

¿CUÁNDO OCURRIÓ LA LESIÓN? TRABAJO: \_\_\_\_\_ ACCIDENTE DE TRÁNSITO: \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

¿CÓMO OCURRIÓ LA LESIÓN/ENFERMEDAD? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ NRO.TEL. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: \_\_\_\_\_ NRO.TEL. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

**A CONTINUACIÓN, INDIQUE QUIÉN LO DERIVÓ A NUESTRO CONSULTORIO:**

MÉDICO: \_\_\_\_\_ NRO. TELÉFONO ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

ABOGADO: \_\_\_\_\_ NRO. TELÉFONO ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

POR PACIENTE: \_\_\_\_\_ INTERNET/ANUNCIO REVISTA/OTRO \_\_\_\_\_

PROPORCIONE SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: \_\_\_\_\_

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## Información del seguro

### Seguro comercial:

Seguro primario			
Aseguradora	Nro.ID seguro	Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento

Seguro secundario			
Aseguradora	Nro.ID seguro	Nombre del asegurado	Fecha de nacimiento

### Seguro contra todo riesgo:

Asegurado	Fecha del accidente	Número de reclamo NF	Número de póliza	Nombre del ajustador	Número telefónico

### Seguro de compensación de trabajadores:

No. de caso WCB	No. caso de asegurado	Fecha de lesión	Naturaleza de lesión/enfermedad	NSS de la persona lesionada	No. de código de comp. de trabajadores
<b>Asegurado</b>	NOMBRE:			DIRECCIÓN:	
<b>Empleador</b>	NOMBRE:			DIRECCIÓN:	

IRREVOCABLEMENTE CEDO MIS DERECHOS Y BENEFICIOS A ALEXANDRE B. DE MOURA, MD, PC Y NEW YORK SPINE INSTITUTE BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PRESTADOS DE PARTE DE CUALQUIER PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS EMPLEADO POR ALEXANDRE B. DE MOURA, MD, PC Y NEW YORK SPINE INSTITUTE. IRREVOCABLEMENTE AUTORIZO A BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN RESPECTO DE MIS BENEFICIOS BAJO CUALQUIER PÓLIZA DE SEGURO RELACIONADA CON CUALQUIER RECLAMO REALIZADO POR ALEXANDRE B. DE MOURA, MD, PC Y NEW YORK SPINE INSTITUTE A LOS MISMOS. IRREVOCABLEMENTE AUTORIZO A ALEXANDRE B. DE MOURA, MD, PC Y NEW YORK SPINE INSTITUTE A PRESENTAR RECLAMOS DE SEGURO EN MI REPRESENTACIÓN POR SERVICIOS QUE ME FUERAN BRINDADOS. ORDENO QUE TODOS LOS PAGOS SE DIRIGAN DIRECTAMENTE A ALEXANDRE B. DE MOURA, MD, PC Y NEW YORK SPINE INSTITUTE. IRREVOCABLEMENTE AUTORIZO A ALEXANDRE B. DE MOURA, MD, PC Y NEW YORK SPINE INSTITUTE A ACTUAR EN REPRESENTACIÓN DE MI PERSONA E INFORMAR CUALQUIER VIOLACIÓN SOSPECHADA DE RECLAMOS DE PROPIEDAD A LAS AUTORIDADES REGULATORIAS CORRESPONDIENTES.  
**ME HAN EXPLICADO ESTA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y COMPRENDO SU NATURALEZA Y EFECTO.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del proveedor: Alexandre B. de Moura, MD, PC y New York Spine Institute  
761 Merrick Avenue Westbury, NY 11590



Irrevocablemente cedo mis derechos y beneficios a Alexandre b. De Moura, md, pc y new york Spine Institute bajo cualquier contrato de seguro para el pago de servicios prestados de parte de cualquier proveedor de servicios médicos empleado por Alexandre b. De Moura, md, pc y new york Spine Institute.

Irrevocablemente autorizo a brindar toda la información respecto de mis beneficios bajo cualquier póliza de seguro relacionada con cualquier reclamo realizado por Alexandre b. De Moura, md, pc y new york Spine Institute a los mismos.

Irrevocablemente autorizo a Alexandre b. De Moura, md, pc y new york Spine Institute a presentar reclamos de seguro en mi representación por servicios que me fueran brindados.

Ordeno que todos los pagos se dirijan directamente a Alexandre b. De Moura, md, pc y new york Spine Institute. Irrevocablemente autorizo a Alexandre b. De Moura, md, pc y new york Spine Institute a actuar en representación de mi persona e informar cualquier violación sospechada de reclamos de propiedad a las autoridades regulatorias correspondientes.

Me han explicado esta asignación de beneficios y comprendo su naturaleza y efecto.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_



Nassau ■ 761 Merrick Avenue • Westbury, NY 11590 • (516) 357-8777 • (516) 357-0087  
New Jersey ■ 9226 Kennedy Blvd. Suite 2 • North Bergen, NJ 07047 • (516) 357-8777 • (516) 357-0087  
Manhattan ■ 521 Park Avenue • New York, NY 10065 • (212) 213-5470 • (516) 357-0087  
Manhattan ■ 230 W. 79th Street - Suite 123N • New York, NY 10024 • (212) 213-5470 • (516) 357-0087  
Manhattan ■ 265 Madison Avenue - 4th Floor • New York, NY 10016 • (212) 213-5470 • (516) 357-0087  
Queens ■ 47-01 Queens Boulevard – Suite 403 • Sunnyside, NY 11104 • (718) 261-0480 • (516) 357-0087  
Queens ■ 96-14 Sixty-Third Drive • Rego Park, NY 11374 • (718) 261-0480 • (516) 357-0087  
Queens ■ 111-20 Queens Boulevard • Forest Hills, NY 11375 • (718) 261-0480 • (516) 357-0087  
Brooklyn ■ 2132 Ralph Avenue • Brooklyn, NY 11234 • (718) 261-0480 • (516) 357-0087  
Brooklyn ■ 3907 4th Avenue • Brooklyn, NY 11232 • (718) 261-0480 • (516) 357-0087  
Suffolk ■ 2033 Deer Park Avenue • Deer Park, NY 11729 • (516) 357-8777 • (516) 357-0087  
[www.nyspine.com](http://www.nyspine.com)

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Yo, el firmante, autorizo a New York Spine Institute 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 York Spine Institute.

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

\_\_\_\_\_  
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

### PARA PACIENTES FEMENINOS ÚNICAMENTE:

Comprendo que durante mi tratamiento es posible que deba realizarme radiografías u otras pruebas diagnósticas. Acepto informar a los proveedores de atención médica si estoy o estuviese embarazada antes de someterme a cualquier prueba diagnóstica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Comprendo que “**el NEW YORK SPINE INSTITUTE**” participa únicamente con el siguiente seguro:

- **MEDICARE**
- **COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES**
- **TODO RIESGO**

El resto de los proveedores de **NEW YORK SPINE INSTITUTE**, que incluye **RMI**, Administración del dolor, Fisioterapia, Quiropraxia y radiografías **NO** participan en ninguna compañía de seguro que no sea **MEDICARE**.

Comprendo que si mi seguro no aparece en la lista anterior, utilizaré mis beneficios **FUERA DE LA RED** por servicios brindados por New York Spine Institute.

Comprendo que es política de New York Spine Institute aceptar los pagos de mi seguro como pagos completos, y solo seré responsable por mi deducible, copago y coseguro. **El New York Spine Institute** aceptará el porcentaje pagado por el seguro después de que se alcance el deducible.

Comprendo que si mi seguro no proporciona beneficios **FUERA DE LA RED**, seré responsable del pago total, a menos que se acuerde lo contrario con el departamento de facturación.

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que puedo recibir los pagos directamente de mi aseguradora por los servicios recibidos en New York Spine Institute. En tal caso, enviaré inmediatamente esos pagos al New York Spine. De lo contrario, seré responsable del pago total. Los pagos pendientes después de treinta (30) días posteriores a la recepción de los pagos de la aseguradora tendrán un recargo financiero mensual de 1.5%. Comprendo que New York Spine Institute puede buscar una forma de recuperar los pagos por los servicios prestados.

X \_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**FECHA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de registro médico/Número de identificación: \_\_\_\_\_

### ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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 Alexandre B. De Moura, M.D., P.C. d/b/a New York Spine Institute 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):
-



## Acuerdo del paciente para sustancias controladas

1. **Tratamiento interdisciplinario;** Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar de forma activa en todos los aspectos de mi tratamiento, según recomendación de la Dra. Deborah Mottahedeh, D.O. o cualquier médico empleado por New York Spine Institute, que incluye pruebas y terapias psicológicas, seguimiento, fisioterapia, terapia ocupacional, evaluación de sustancia química. De lo contrario, comprendo que mi tratamiento en New York Spine Institute puede finalizar.
2. **Estilo de vida;** Comprendo que el objetivo principal del tratamiento es mejorar mi capacidad de funcionar y/o trabajar. Teniendo en cuenta este objetivo, y que se me administra medicamento fuerte para alcanzar este objetivo, acepto colaborar teniendo mejores hábitos de salud, específicamente realizando ejercicios, controlando mi peso y el uso de Tabaco y alcohol. Comprendo que únicamente a través de un estilo de vida más saludable puedo esperar que mi tratamiento tenga el resultado más favorable.
3. **Tolerancia física y adicción;** Mi médico me ha informado exhaustivamente sobre la dependencia física a los medicamentos. Comprendo que si he recibido un medicamento durante varias semanas o más, he desarrollado dependencia física ante ciertos medicamentos. Cuando deje de tomar ese medicamento, debo hacerlo gradualmente, y bajo la supervisión de mi médico para minimizar los síntomas de abstinencia. Se que algunas personas pueden desarrollar dependencia psicológica (adicción) de un medicamento.
4. **Efectos de medicamentos;** Comprendo que los efectos secundarios de los medicamentos pueden incluir mareos, somnolencia, sudoración excesiva y alteración de la consciencia. Comprendo que mi capacidad de manejar y/u operar maquinaria pesada puede verse afectada, y que no realizaré tareas potencialmente peligrosas antes de comprender cómo me afectará el medicamento. Comprendo que puede provocarme lesiones a mi o a terceros.

**(Hombres únicamente)** Comprendo que el uso crónico de opioides se ha asociado con niveles bajos de testosterona en hombres. Esto puede afectar mi estado de ánimo,

resistencia, deseo sexual y rendimiento físico y sexual. Comprendo que mi médico puede analizar mi sangre para ver si mi nivel de testosterona es normal.

**(Mujeres únicamente)** Comprendo que el uso crónico de opioides se ha asociado con niveles bajos de hormonas sexuales y puede derivar en una disminución de la fertilidad. Si deseo quedar embarazada o creo que estoy embarazada mientras tomo este analgésico, me comunicaré inmediatamente con mi médico obstetra y este consultorio para informarles. Comprendo que, si llevo adelante un embarazo mientras tomo estos medicamentos, el bebé dependerá físicamente de opioides. Comprendo que el uso de opioides generalmente no se asocia con un riesgo de defectos de nacimiento. Sin embargo, los defectos de nacimiento pueden ocurrir sin importar si la madre toma o no medicamentos y siempre existe la posibilidad de que mi hijo tenga un defecto de nacimiento si tomo opioides.

5. **Obtener sustancias controladas** de médicos de New York Spine Institute únicamente; No solicitaré ni aceptaré medicamentos con sustancias controladas de ningún otro médico o individuo mientras reciba este medicamento de mis médicos de New York Spine Institute. No recibiré sustancias controladas de otros médicos, amigos o familiares, a menos que me indiquen tomarlo mientras estoy en un hospital.
6. **Tomar medicamentos de acuerdo con lo indicado;** No incrementaré, modificaré ni suspenderé mi dosis de medicamento con sustancia controlada sin la aprobación de un médico de New York Spine Institute. Si me excedo en el uso de mi medicamento y me quedo sin este antes de tiempo, padeceré dolor y síndrome de abstinencia. La abstinencia es un síndrome parecido a la gripe severa causado por la interrupción repentina de opioides.
7. **Almacenamiento de medicamentos;** Me aseguraré de almacenar todas las sustancias controladas recetadas en un lugar seguro lejos del alcance de los niños y las mascotas, y bajo llave para evitar posibles hurtos.
8. **Medicamentos perdidos o robados;** Soy responsable de mis medicamentos con sustancias controladas. Si pierdo la receta, la dejo en el lugar equivocado o me la roban, comprendo que **NO** será reemplazada. No aceptamos informes de la policía ni otros informes como evidencia.
9. **Compartir medicamentos;** Comprendo que queda estrictamente prohibido compartir mis medicamentos con otros individuos. Los medicamentos debe recibirlos únicamente el paciente al que se los recetaron.
10. **“Drogas de la calle”;** No tomaré drogas de la “calle”. Comprendo que si tomo cualquier droga no recetada la Dra. Mottahedeh, D.O. y cualquier otro médico empleado por New York Spine Institute pueden expulsarme.
11. **Pruebas de drogas;** Me someteré a pruebas de orina y/o saliva para detectar drogas de forma aleatoria, según lo requieran los médicos, enfermeras y/o asistentes médicos de New York Spine Institute. Si se observan sustancias ilícitas o evidencia de medicaciones

que alteran la mente no prescritas por los médicos de New York Spine Institute en mi orina o saliva, o no se observan los niveles esperados de medicamentos prescritos, todas las recetas de sustancias controladas se discontinuarán según el criterio de los médicos de New York Spine Institute.

12. **Citas;** Comprendo que la reposición de mis sustancias controladas se realizará únicamente durante una cita programada. Los pacientes deben concurrir a sus citas para ser evaluados respecto de la necesidad de continuar tomando el medicamento. Las recetas se entregarán únicamente al paciente a quien se recetan. Las recetas no se enviarán a los pacientes que llamen a farmacias.
13. **Alta del New York Spine Institute;** Comprendo que violar las condiciones anteriores puede resultar en la discontinuación de mis sustancias controladas y el alta del New York Spine Institute. Además, esta información puede ser divulgada a otros individuos involucrados en mi atención, como mi proveedor de atención primaria y los consultorios médicos locales.
14. **Autorización para información;** Al firmar este formulario, estoy autorizando a New York Spine Institute a comunicarse con mis otros médicos, farmacias y/o compañía aseguradora para verificar el cumplimiento de estas pautas. Informaré a mi médico sobre el resto de los medicamentos y tratamientos que recibo.
15. **Farmacia;** Solo utilizaré una farmacia dedicada para obtener todas mis recetas para todas las sustancias controladas que me prescribieron, y esta información estará disponible para todos los médicos, enfermeras, asistentes médicos y otro personal paramédico del New York Spine Institute.

**Mi firma a continuación indica que he leído y comprendo las pautas anteriores.**

**Nombre del paciente (IMPRESA):** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la farmacia:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTE**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DEL ACCIDENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QUEJA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

¿DÓNDE ES EL DOLOR? ( ) CUELLO ( ) ESPALDA ( ) OTRO \_\_\_\_\_

¿CÓMO Y DÓNDE SE LESIONÓ? \_\_\_\_\_

DESCRIBA: \_\_\_\_\_

¿TUVO ALGÚN ACCIDENTE DE TRÁNSITO ANTES? ( ) SÍ ( ) NO

¿TIENE ANTECEDENTE DE DOLOR DE CUELLO O ESPALDA? ( ) SÍ ( ) NO

TRATAMIENTOS QUE HA RECIBIDO HASTA HOY: ( ) FISIOTERAPIA  
 ( ) ATENCIÓN QUIROPRÁCTICA  
 ( ) ACUPUNCTURA  
 ( ) INYECCIONES EPIDURALES  
 ( ) INYECCIÓN EN PUNTO REFLEXÓGENO  
 ( ) DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

OTRAS AFECCIONES MÉDICAS \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN Y NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTE SOCIAL: ¿FUMA? ( ) NO ( ) SÍ, ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

¿BEBE? ( ) NO ( ) SÍ, ¿CUÁNTO? \_\_\_\_\_

DETALLE CUALQUIER OPERACIÓN Y/O INTERNACIÓN (CON FECHAS) \_\_\_\_\_

¿ALGUNA PRUEBA RADIOLÓGICA? \_\_\_\_\_

¿ALGUNA ALERGIA? \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE ESCALA Y ESQUEMA DEL DOLOR**

