

Alexandre B. deMoura, M.D., P.C.
Datos Demográficos Del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

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

Proporcione su dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: (Hogar): _____ (Móvil): _____

Nro. S.S. #: _____ Género: M F Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____ Raza: _____ Etnia: _____

Idioma Preferido: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja

¿El Paciente Trabaja? Sí No Tareas Limitadas: _____

¿Tienes Un Abogado? Sí No

Abogado: _____ Nro. Teléfono #: _____

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

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

Nombre De Farmacia: _____ Nro.Tel #: _____

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

A Continuación, Indique Quién Lo Derivó A Nuestro Consultorio

Médico Abogado por paciente Internet/anuncio de revista/etc.



INSURANCE INFORMATION

Please fill out in entirety

SEGURO COMERCIAL

SEGURO PRIMARIO/GARANTE

Nombre de la compañía de seguros: _____

Nro. ID seguro: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Ocupación de los asegurados: _____

Titulares de pólizas Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros: _____

Seguro Teléfono: (Hogar): _____

Identificación de miembro: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Grupo #: _____ Titulares de pólizas Fecha de nacimiento: _____

Please provide the front desk with a copy of ALL your insurance cards



Comprendo que “el **The 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, 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

Alexandre B. de Moura, MD, PC. / New York Spine Institute 761 Merrick Avenue, Westbury, NY 11590

Nombre del paciente: _____

Número de registro médico/Número de identificación: _____

ANTECEDENTE

Nombre Del Paciente: _____

Fecha Del Accidente: _____ / _____ / _____

Ocupacion y empleadora: _____

Queja Principal:: _____

¿Dónde Es El Dolor? Cuello Espalda Hombro D/I Knee Rt / Lt

¿Cómo Y Dónde Se Lesionó? : _____

Describe: _____

¿Cuándo Ocurrió La Lesión? Trabajo: Accidente De Tránsito: Otro: _____

Tuvo Algún Accidente De Tránsito Antes Si No

¿Tiene Antecedente De Dolor De Cuello O Espalda? Si No

Tratamientos Que Ha Recibido Hasta Hoy: _____

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Atención Quiropráctica | <input type="checkbox"/> Acupuntura |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones Epidurales | <input type="checkbox"/> Inyección En Punto Reflexógeno | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Por Imagen |

Otras Afecciones Médicas: _____

¿Alguna Alergia? : _____

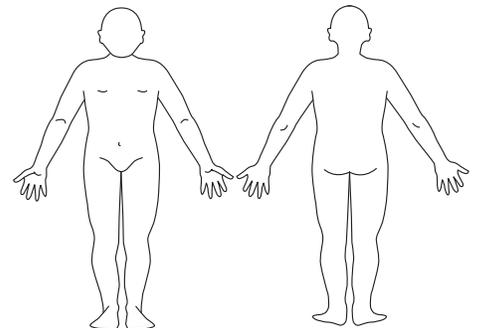
Social History:

¿Fuma? No Sí, ¿Cuánto?: _____ Bebida? No Sí, ¿Cuánto?: _____

Detalle Cualquier Operación Y/O Internación (Con Fecha): _____

¿Alguna Prueba Radiológica?: _____

¿Alguna Alergia? : _____



Revisión De Escala Y Esquema Del Dolor