

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.



Información Del Seguro

Seguro contra todo riesgo:

Número de reclamo NF: _____ Número de póliza: _____

Fecha del accidente: _____ / _____ / _____

Nombre del ajustador: _____

Asegurado: Si No

Nombre: _____

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

Empleador: _____

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



Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA, New York Spine Institute
761 Merrick Ave. • Westbury, New York 11590 • 516-357-8777

**CESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RECUPERACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA
ALEXANDRE DE MOURA, M.D., PC, DBA, NEW YORK SPINE INSTITUTE**

Paciente: _____

Dirección: _____

Abogado: _____

YO, _____, el abajo firmante, por la presente cedo a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, cualquier cantidad vencida y pagadera, recibida por mí o en mi nombre, de cualquier fuente para cualquier tratamiento médico y/o los honorarios para los servicios prestados a mí y/o a mi abogado.

Autorizo y ordeno a mi abogado a deducir e inmediatamente pagar a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine** Institute, los honorarios que correspondan y sean pagaderos por las cantidades cedidas que se me pueden entregar o se pueden entregar a mi abogado en cualquier recuperación resultante de cualquier demanda o litigio. Además, ordeno a mi abogado a contactar a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, para determinar la cantidad exacta adeudada antes de que se me pague la cantidad de cualquier recuperación resultante de cualquier demanda o litigio. Además, ordeno a mi abogado que asesore a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, previa solicitud, del estado de mis litigios y/o cualquier demanda que pueda resultar en una recuperación monetaria de la cual los honorarios vencidos y pagaderos a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, pueden ser pagados. Si mi abogado es reemplazado por otro abogado, ordeno que el abogado saliente no envíe mi expediente hasta que se firme un acuse de recibo por escrito por mi nuevo abogado y se lo envíe al abajo firmante reconociendo los términos y condiciones establecidos en esta cesión.

Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine, acuerda proporcionar una cooperación razonable en relación con la obtención del pago de todas las demandas de seguros en la medida requerida por la ley.

En caso de incumplimiento de esta cesión por parte del paciente y/o el abogado del paciente, se entiende que el paciente seguirá siendo responsable de todos los honorarios legales necesarios para obtener información de los seguros y/o cobrar cualquier cantidad debida a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, más el gasto de litigio y/o arbitraje.

Se entiende que este acuerdo, de ninguna manera, no hace que el pago de los honorarios vencidos y pagaderos a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, dependa de asegurar una recuperación en cualquier litigio o en cualquier demanda de seguros que pueda tener. Entiendo que sigo siendo personalmente responsable de todos los honorarios para el tratamiento médico, así como para los servicios prestados en mi nombre a mi abogado y que soy personalmente responsable del pago de los mismos. Además, reconozco que esta cesión no impide, de ninguna manera, ni impide de otro modo que **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, exija el pago en cualquier momento después de la prestación de dichos servicios, tal como se incluyen en esta cesión.

(Firma del Paciente o Tutor Legal)

Testigo

Los Términos Y Condiciones De La Cesión Anterior Se Encuentran Comprendidos Y Convenidos Por:

Abogado: _____

Dirección: _____

Firma Del Abogado: _____ Fecha: _____

LEY DE SEGURO AUTOMOTOR CON RESPONSABILIDAD OBJETIVA DEL ESTADO DE NUEVA YORK
FORMULARIO DE CESIÓN DE BENEFICIOS

(PARA ACCIDENTES OCURRIDOS A PARTIR DEL 1/3/02 EN ADELANTE)
New York Spine Institute

Yo, _____, (“Cedente”) por el presente cedo a Dr. Alexandre B. de Moura, Dr. Adam Landskowsky,
(Print patient's name)

Dr. Timothy Roberts Dr. Peter G. Passias, Dr. Angel Macagno, Dr. John Ventrudo, Dr. Nicholas Post & Dr. Alan Greenfield

(“Cesionario”) (Escribir Nombre del Hospital o Prestador de Servicios de Salud)

Todos los derechos, privilegios y recursos de pago por los servicios de salud prestados por el cesionario a los que tengo derecho conforme al Artículo 51 (Estatuto de Responsabilidad Objetiva) de la Ley de Seguros.

Por el presente, el Cesionario certifica no haber recibido ningún pago de parte del Cedente o en su nombre y no buscará obtener pagos directamente de parte del Cedente por servicios prestados por dicho Cesionario por lesiones sufridas como consecuencia del vehículo automotor que tuvieron lugar el _____, sin perjuicio de cualquier otro acuerdo en contrario. (Escribir fecha del accidente)

El acuerdo podrá ser revocado por el cesionario cuando los beneficios no sean pagaderos basado en la falta de cobertura del cedente y/o la violación a alguna condición de la póliza debido a conductas o acciones del cedente.

CUALQUIER PERSONA QUE, DELIBERADAMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO COMERCIAL O UNA DEMANDA POR CUALQUIER BENEFICIO DE SEGURO COMERCIAL O PERSONAL QUE CONTENGA INFORMACIÓN ESENCIALMENTE FALSA U OCULTE EN LA MISMA, CON PROPÓSITOS ENGAÑOSOS, INFORMACIÓN RELATIVA A CUALQUIER HECHO MATERIAL, Y CUALQUIER PERSONA QUE, EN RELACIÓN A DICHA SOLICITUD O RECLAMO, REALICE DELIBERADAMENTE O ASISTA, INCITE, PROPONGA O CONSPIRE CON OTROS PARA REALIZAR DELIBERADAMENTE, INFORMES FALSOS ACERCA DEL ROBO, DESTRUCCIÓN, DAÑO O CONVERSIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR O UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, INCURRIRÁ EN UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, LO QUE CONSTITUYE UN DELITO, Y TAMBIÉN ESTARÁ SUJETA A UNA MULTA CIVIL QUE NO EXCEDA DE LOS CINCO MIL DÓLARES Y DEL VALOR DEL VEHÍCULO AUTOMOTOR EN CUESTIÓN O DEL RECLAMO INDICADO PARA CADA VIOLACIÓN.

(Nombre del Paciente en letra imprenta)

(Firma del Paciente)

(Domicilio del Paciente)

(Fecha de la Firma)

(Domicilio del Paciente)

NYSI - NEW YORK SPINE INSTITUTE
Dr. Alexandre B. de Moura, Dr. Peter G. Passias,
Dr. John Ventrudo, Dr. Angel E. Macagno,
Dr. Alan Greenfield, Dr. Adam Landskowsky,
& Dr. Nicholas Post, Dr. Timothy Roberts

(Firma del Prestador)

(Nombre del Prestador en letra imprenta)

(Fecha de la Firma)

761 MERRICK AVENUE, WESTBURY, NEW YORK 11590

(Domicilio del Prestador)

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? : _____

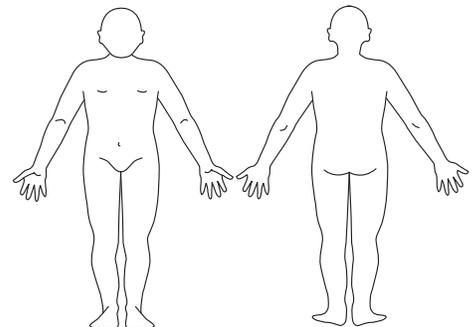
Social History:

¿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