



New York  
Orthopaedic & Comprehensive  
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

Salvatore Corso, MD, FAAOS     Jeffrey Guttman, MD, FAAOS     Teresa Bianchi, DO

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social: \_\_\_\_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_ Código Posta: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono De Casa: \_\_\_\_\_

Si Es Menor A 18 Años, Nombre De Los Padre Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono Del Trabajo: \_\_\_\_\_ Sexo (Marcar Una Opción)  Masculino  Femenino

**Motivo De La Visita (Parte Del Cuerpo):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Cómo Ocurrió (NF/WC):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Estaba Relacionado Con El Trabajo?  Sí  No    ¿Tuvo Un Accidente?  Sí  No    Automovilístico?  Sí  No

Fecha En La Que Comenzaron Los Síntomas: \_\_\_\_\_  Izquierda     Derecha

¿Le Hicieron Radiografías?  Sí  No    ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

Fecha De Las Radiografías: \_\_\_\_\_

Cómo Supo De Nosotros (Marque Una Opción)

Médico De Cabecera Redes     Sociales     Publicidad     Familia/Amigos     Otros (Por Favor, Detalle)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico Remitente: \_\_\_\_\_ Número De Teléfono: \_\_\_\_\_



New York  
Orthopaedic & Comprehensive  
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

Fecha de la Consulta: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO DE NO CULPABILIDAD

Nombre del Propietario del Auto: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Reclamo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Privado : \_\_\_\_\_

# ID del Seguro Privado : \_\_\_\_\_



New York  
Orthopaedic & Comprehensive  
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.  
761 Merrick Ave. • Westbury, New York 11590 • 516-357-8777

**CESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RECUPERACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA  
NEW YORK ORTHOPAEDIC & COMPREHENSIVE MEDICAL SERVICES, P.C.**

Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Abogado: \_\_\_\_\_

YO, \_\_\_\_\_, el abajo firmante, por la presente cedo a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**, 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.

**New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 Lega)

\_\_\_\_\_  
Testigo

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

Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma Del Abogado: \_\_\_\_\_ Fechad: \_\_\_\_\_



New York  
Orthopaedic & Comprehensive  
Medical Services, P.C.

A **NYSI** Affiliate

**NEW YORK MOTOR VEHICLE NO-FAULT INSURANCE LAW ASSIGNMENT OF BENEFITS FORM  
(FOR ACCIDENTS OCCURRING IN AND AFTER 3/1/02)**

Yo, \_\_\_\_\_ (“Assignor”) Por El presente cedo a NYO&CMS, P.C., Dr. Jeffrey N. Guttman, Dr. Salvatore, J. Corso, Dr. Teresa Bianchi & Dr. Mark Decker.

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.

Escribe la 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.

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

**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)

**NEW YORK ORTHOPAEDIC & COMPREHENSIVE MEDICAL SERVICES, P.C.**  
Dr. Jeffrey N. Guttman, Dr. Salvatore, J. Corso, Dr. Teresa Bianchi, Dr. Mark Decker

\_\_\_\_\_  
(Nombre del Prestador en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Prestador)

761 MERRICK AVENUE  
WESTBURY, NEW YORK 11590

\_\_\_\_\_  
(Domicilio del Prestador)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de la Firma)