

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 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 : _____

Asegurado: Si No

Nombre: _____

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

Empleador: _____

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

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 proveedo :

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

ANTECEDENTE

Nombre Del Paciente: _____

Fecha Del Accidente: _____ / _____ / _____

Ocupacion y empleadora: _____

Queja Principal:: _____

¿Dónde Es El Dolor? Cuello Espalda Hombro D/I Rodilla D/I

¿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: _____

- Fisioterapia Atención Quiropráctica Acupuntura
 Inyecciones Epidurales Inyección En Punto Reflexógeno Diagnóstico Por Imagen

Otras Afecciones Médicas: _____

¿Alguna Alergia? : _____

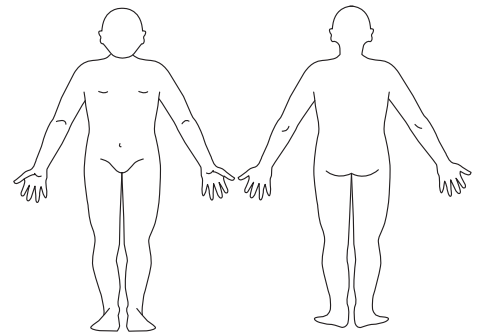
Histora Social:

¿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



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

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 lo antes posible después de la emergencia.

No pudimos comunicarnos con el paciente: Motivo:

El paciente se rehusó a firmar: Motivo:

Otro (especifique):