

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

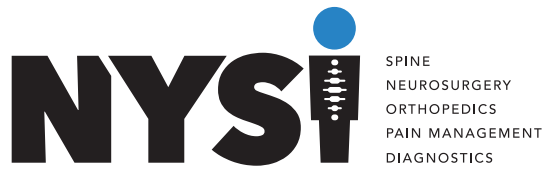
Nombre De Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Nro.Tel #: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

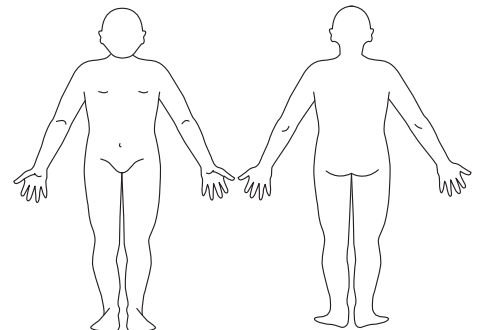
\_\_\_\_\_

¿Alguna Prueba Radiológica?: \_\_\_\_\_

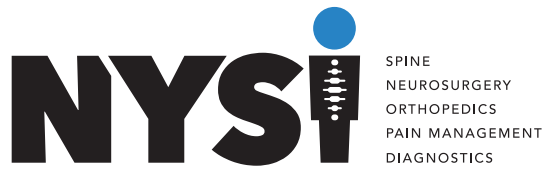
\_\_\_\_\_

¿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):