



Michael Friar James Gott Rohan Desai, MD _____

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DE SU MÉDICO

Datos Demográficos Del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

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

Proporcione su dirección de correo electrónico: _____

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

Nro. S.S. #: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo Asignado al Nacer: Masculino Femenina Identidad De Género _____ Altura: _____ Peso: _____

Raza: _____ Etnia: _____ Idioma Preferido: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Pareja

¿Tienes Un Abogado? Sí No Abogado: _____

Nro. Teléfono #: _____ Dirección: _____

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

Medico de atencion primaria: _____ Nro.Tel #: _____

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

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.



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

A **NYSI** Affiliate

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor complete en totalidad

Nombre de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre del Adjustdor: _____

Número de teléfono del Adjustador: _____

Ajustador Fax: _____

Correo electrónico del ajustador: _____

No. de caso: _____ No. de caso asegurado: _____

Fecha de lesión: _____ Injured Body Parts: _____

Enumere todos los abogados que lo representan en todos los casos (terceros/NF/WC, etc.) _____



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

A **NYSI** Affiliate

**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 Michael Friar, DPT, James Gott, DPT, Rohan Desai, MD
(Imprimir el Nombre del paciente)

("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)

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

Michael Friar, DPT,
James Gott, DPT, Rohan Desai, MD

(Nombre del Proveedor Medico)

(Firma del Proveedor Medico)

761 MERRICK AVENUE, WESTBURY, NEW YORK 11590

(Fecha de la Firma)

(Domicilio del Proveedor Medico)



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

A **NYSI** Affiliate

CESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RECUPERACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA

Nombre de paciente: _____

Dirección del paciente: _____

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 legal)

Testigo

LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA CESIÓN ANTERIOR SON ENTENDIDOS Y ACEPTOS POR:

Abogado: _____

Dirección: _____

Firma del abogado: _____ Fecha _____



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

A **NYSI** Affiliate

POR FAVOR COMPLETE EN TOTALIDAD

Nombre Del Paciente: _____

Fecha Del Accidente: ____ / ____ / ____ Ocupacion: _____

Nombre y Dirección del empleador: _____

Queja Principal: _____

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

¿Cómo Y Dónde Se Lesionó? : _____

Describe: _____

¿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

¿Estas trabajando actualmente? Si No Servicio limitado: _____

¿En qué Estado ocurrió la lesión?: _____ ,

Trabajo: _____ Accidente de auto: _____ Otro: _____

¿En qué Estado ocurrió la lesión? Mejor Peor Igual

Otras Afecciones Médicas: _____

¿Alguna Alergia? : _____

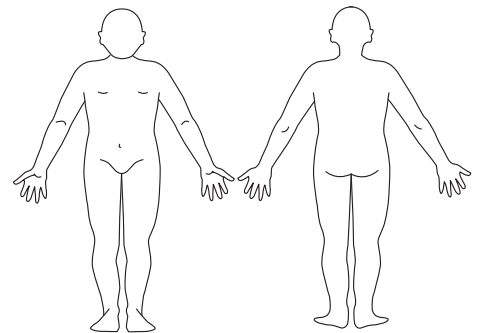
Histora Social:

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

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

¿Alguna Prueba Radiológica?: _____

Medicación actual que está tomando: _____



Revisión De Escala Y Esquema Del Dolor



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

A **NYSI** Affiliate

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Yo, el firmante, autorizo a **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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, isioterapia 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 Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**

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 Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** Comprendo que los Procedimientos y cualquier otro tratamiento que reciba aparecen indicados por el diagnóstico y/u observaciones clínicas realizadas por **New York Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.** 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 Orthopaedic & Comprehensive Medical Services, P.C.**

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

SOLO PARA PACIENTES MUJERES: Entiendo que en el curso de mi tratamiento es posible que me realicen radiografías u otras pruebas de diagnóstico. Acepto informar a los proveedores de atención médica si estoy o puedo estar embarazada antes de realizar cualquier prueba de diagnóstico.

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Relación con el paciente

Fecha

NEW YORK: MANHATTAN ■ NASSAU ■ SUFFOLK ■ BROOKLYN ■ QUEENS ■ BRONX ■ WESTCHESTER ■ ORANGE
NEW JERSEY: PASSAIC ■ ESSEX



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

A **NYSI** Affiliate

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nombre del paciente: _____

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