

## DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 2nd Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ☐ Mujer ☐ Hombre

Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Dir. para correo (si diferente): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ☐ Autorizo dejar mensaje Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ☐ Puede dejar mensaje

Estado Marital: ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_ Dirección de compañía: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con paciente: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

### Información del responsable (Si el paciente es mayor)

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente a la de paciente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_



nybsj.com | (631) 600-9400

## Información del Segura:

¿Es una **Comp. de trabajo** o reclamo **sin-culpa**? ☐ No ☐ Si (Si es si, vaya a la sección correspondiente).

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_

## Compensación de Trabajo

¿Si es así, cuál es su número de reclamo? \_\_\_\_\_ Fecha de lesión o accidente: \_\_\_\_\_

Carrier (transportador): \_\_\_\_\_

Carrier (transp.) del caso # \_\_\_\_\_ Nombre de ajustador: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de presentación de reclamos: \_\_\_\_\_

## No-Fault (sin culpa):

¿Si es así, cual es el número de reclamo? \_\_\_\_\_ Fecha de lesión o accidente: \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_ Carrier (transportador): \_\_\_\_\_

Nombre de ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Presentación de reclamos: \_\_\_\_\_

¿Está siendo representado por un abogado en esta visita? ☐ Si ☐ No Si es así, nombre la firma: \_\_\_\_\_

Numero de Abogado: \_\_\_\_\_ Nombre de Abogado: \_\_\_\_\_

## Medico Referente

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Atención Primaria

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta, hasta donde tengo conocimiento. Como parte responsable, acepto que al menos que se indique lo contrario, cualquier manta no cubierto por mi seguro, será mi responsabilidad.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in      Peso: \_\_\_\_\_ lbs

Estado de fumar: ☐ Nunca ☐ Anterior ☐ Actual todos los días ☐ Actual algunos días ☐ Desconocido

¿Tiene usted un marcapasos o un desfibrilador? ☐ Yes ☐ No Si es así, ¿cuál es el fabricante? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted otros dispositivos médicos implantados? ☐ Yes ☐ No Si es así, por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia? ☐ Yes ☐ No Si es así, enumerar alergias y reacciones: \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS (ROS)

(Marque todas las opciones que correspondan. Si no hay ninguna, indique "Ninguna" o "Negativo")

**CONSTITUTIONAL:** ☐ Fiebre ☐ Escalofríos ☐ Pérdida de peso ☐ Fatiga ☐ Sudores nocturnos ☐ Malestar general ☐ Debilidad  
☐ Ninguno

**HEENT:** ☐ Dolor de cabeza ☐ Cambios en la visión ☐ Visión doble ☐ Pérdida de audición ☐ Zumbido en los oídos ☐  
Congestión nasal ☐ Dolor de garganta ☐ Ninguno

**RESPIRATORIO:** Dificultad para respirar ☐ Tos ☐ Sibilancias ☐ Opresión en el pecho ☐ Apnea del sueño ☐ Ninguno

**CARDIOVASCULAR:** ☐ Dolor en el pecho ☐ Palpitaciones ☐ Hinchazón en las piernas ☐ Hipertensión ☐ Dificultad para  
respirar al acostarse ☐ Ninguno

**GASTROINTESTINAL:** ☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐ Diarrea ☐ Estreñimiento ☐ Reflujo ácido ☐ Dolor abdominal ☐ Ninguno

**GENITOURINARIO:** ☐ Micción frecuente ☐ Urgencia urinaria ☐ Incontinencia ☐ Dolor al orinar ☐ Disfunción eréctil ☐ Ninguno

**MUSCULOESQUELÉTICO:** ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Dolores musculares ☐ Rigidez ☐ Dolor de espalda ☐ Dolor de  
cuello ☐ Hinchazón ☐ Ninguno

**PSIQUIÁTRICO:** ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Cambios de humor ☐ Trastornos del sueño ☐ Pensamientos suicidas ☐ Ninguno

**NEUROLÓGICO:** ☐ Entumecimiento ☐ Hormigueo ☐ Debilidad ☐ Mareos ☐ Convulsiones ☐ Pérdida de memoria ☐ Problemas  
de equilibrio ☐ Dolores de cabeza ☐ Ninguno

**ENDOCRINO:** ☐ Sed excesiva ☐ Micción frecuente ☐ Intolerancia al calor ☐ Intolerancia al frío ☐ Cambios de peso ☐ Ninguno

**HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:** ☐ Moretones fáciles ☐ Tendencia a sangrar ☐ Ganglios inflamados ☐ Anemia ☐ Ninguno



nybsj.com | (631) 600-9400

## Autorización de Divulgación de Información Protegida

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por la presente autorizo al consultorio médico mencionado anteriormente a utilizar, divulgar u obtener la siguiente información protegida:

- Todos los registros médicos
- Historial Médico Específico - especifique \_\_\_\_\_
- Imágenes Médicas (CD) – especifique \_\_\_\_\_
- Otro – especifique \_\_\_\_\_

Estos registros pueden obtenerse de:

Por favor envíe por correo/fax o correo electrónico a New York Brain Spine & Joint

- 1175 Montauk Highway Suite 3, West Islip, NY 11795
- Fax: 631-500-9444
- Email: medicalrecords@mneurosurgery.com

Al firmar este formulario, usted consiente el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago y atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones que ya hayamos realizado con base en su consentimiento previo. El consultorio proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que los usos y las divulgaciones ya realizados con base en mi autorización original no pueden revocarse. Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi autorización sea divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por las Normas de Privacidad de HIPAA. Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque únicamente para crear información médica para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización. Recibiré una copia de esta autorización después de firmarla. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma: \_\_\_\_\_ Letra de Imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para el tratamiento

### 1. CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir la atención médica, el tratamiento y los servicios que los médicos, enfermeros practicantes, asistentes médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud afiliados a New York Brain, Spine & Joint consideren necesarios o recomendables. Esto puede incluir, entre otros:

- Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico por imágenes
- Administración de medicamentos
- Procedimientos médicos menores

Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han dado garantías alguna respecto a los resultados de los tratamientos o exámenes.

### 2. ACEPTACION DE LOS RIESGOS

Entiendo que todos los tratamientos y procedimientos médicos pueden conllevar riesgos, entre los que se incluyen, entre otros, reacciones adversas, complicaciones o resultados imprevistos. Tengo derecho a hacer preguntas y a recibir información adicional sobre cualquier tratamiento que se me proponga.

### 3. RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Acepto asumir la responsabilidad financiera de todos los servicios prestados, independientemente de que estén cubiertos o no por mi seguro. Autorizo a New York Brain, Spine & Joint a divulgar la información necesaria para tramitar las reclamaciones al seguro y a solicitar el pago directamente a mi compañía de seguros cuando corresponda.

### 4. DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LA HIPAA Y LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Confirmando que se me ha entregado o que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de New York Brain, Spine & Joint, en el que se explica cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica de conformidad con la legislación estatal y federal, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

### 5. CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN

Doy mi consentimiento para que New York Brain, Spine & Joint se ponga en contacto conmigo por teléfono, mensaje de voz, correo electrónico, mensaje de texto o correo postal en relación con citas, resultados de pruebas, cuestiones de facturación y otras comunicaciones relacionadas con la atención médica, a menos que indique lo contrario por escrito.

### 6. DERECHO A NEGARSE O A RETIRAR EL CONSENTIMIENTO

Entiendo que tengo derecho a negarme a cualquier tratamiento o procedimiento y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento.

### 7. AUTORIZACIÓN

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido este formulario de consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que acepto los términos descritos anteriormente.

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si procede): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Garante/Parte responsable (si es diferente):** \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento de responsabilidad financiera**

\_\_ Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo incurrido por los servicios médicos prestados por New York Brain, Spine & Joint/Link Medical Services PLLC que no sean pagados por mi aseguradora u otro tercero pagador.

Autorizo a New York Brain, Spine & Joint/Link Medical Services PLLC a cobrar en la tarjeta de crédito/débito que se indica a continuación la responsabilidad financiera del paciente, incluyendo, entre otros:

- Copagos
- Deducibles
- Cantidades de coseguro
- Servicios no cubiertos o excluidos
- Reclamaciones de seguro denegadas que se determinen como responsabilidad del paciente
- Saldos restantes tras la tramitación del seguro
- Cargos por citas perdidas («No-Show»)
- Cargos por cancelación tardía
- Cargos por cancelación de cirugías de acuerdo con la política de la clínica
- Otros cargos autorizados por el paciente relacionados con los servicios prestados

\_\_\_ Entiendo que New York Brain, Spine & Joint/Link Medical Services PLLC presentará reclamaciones a mi compañía de seguros como cortesía cuando sea aplicable. Sigo siendo el responsable último de todos los cargos que se consideren de mi responsabilidad tras la resolución del seguro.

\_\_\_ Entiendo que el pago atrasado puede dar lugar a una revisión de cobro, y seré responsable de cualquier gasto de cobro o legal relacionado. Los cargos por la visita y los procedimientos relacionados se cobrarán en el momento del servicio basándose en la mejor información disponible para la clínica.

Los copagos se cobran en el momento del servicio cuando se pueden anticipar. Todos los cheques devueltos incurrirán en un cargo por servicio de \$50.00, además de cualquier cargo que imponga nuestra institución bancaria.

Las cuentas con saldos pendientes pueden estar sujetas a medidas de cobro de conformidad con la legislación aplicable. El paciente puede ser responsable de los costos razonables de cobro cuando lo permita la ley.

### **Responsabilidad de autorización del seguro**

Entiendo que ciertos planes de seguro requieren derivaciones, autorizaciones previas o aprobaciones para los servicios.

Si bien la clínica puede ayudar cuando sea posible, obtener las autorizaciones requeridas sigue siendo mi responsabilidad, a menos que se acuerde lo contrario por escrito. Si la autorización es denegada, no está disponible o no hay beneficios disponibles, entiendo que puedo ser responsable financieramente de los servicios prestados.

**Autorización para la tarjeta registrada**

\_\_\_\_ Autorizo a New York Brain, Spine & Joint/Link Medical Services PLLC a mantener de forma segura la información de mi tarjeta de crédito/débito en el archivo y a procesar los cargos relacionados con mi cuenta por los montos que me corresponda pagar.

Siempre que sea razonablemente posible, la clínica podrá notificarme antes de procesar cargos no rutinarios; sin embargo, el hecho de no proporcionar un aviso previo no invalidará esta autorización para los montos debidamente adeudados.

Si no se puede procesar un cargo, entiendo que sigo siendo responsable del pago y que se me puede facturar directamente.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que la revocación no me exime de la responsabilidad financiera por los cargos incurridos antes de la fecha de revocación.

**Información de la tarjeta de crédito/débito**

**Nombre del titular de la tarjeta (tal como**

**aparece en la tarjeta):**

---

**Dirección de facturación:**

---

---

**Tipo de tarjeta:**

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Discover ☐ AMEX ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Número de tarjeta:**

---

**Fecha de vencimiento (MM/AA):** \_\_\_\_\_

**CVV/Código de seguridad:** \_\_\_\_\_

**Código postal de facturación:** \_\_\_\_\_

**Reconocimiento**

Al firmar a continuación, reconozco que:

1. He leído y entiendo esta autorización.

2. Acepto la responsabilidad financiera por los cargos no pagados por el seguro o que se deban de otro modo según la política de la clínica.
3. Autorizo a New York Brain, Spine & Joint/Link Medical Services PLLC a procesar el pago utilizando la tarjeta indicada anteriormente para los cargos autorizados.
4. Reconozco haber recibido la Política de citas, ausencias y cancelación de cirugías de la clínica.

**Firma del paciente/responsable:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (si corresponde):** \_\_\_\_\_

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



**ACUSE DE RECIBO / ACCESO A LAS POLÍTICAS Y DIVULGACIONES DE LA CLÍNICA**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Reconozco que se me ha proporcionado acceso a, o se me ha ofrecido la oportunidad de revisar, los siguientes documentos y divulgaciones mantenidos por este consultorio:

- **Aviso de prácticas de privacidad (NPP)**
- **Política de ausencias y cancelaciones**
- **Divulgación de autorremisión por parte del médico o proveedor (PHL §18 / Aviso de autorremisión, si corresponde)**

Entiendo que estos documentos describen información importante sobre las prácticas de privacidad, las políticas de la consulta, los derechos de los pacientes, las expectativas de programación de citas y las divulgaciones de los proveedores. Entiendo que puedo solicitar una copia de estos documentos en cualquier momento y que puedo hacer preguntas sobre su contenido.

Al firmar a continuación, confirmo haber recibido o tenido acceso a estos materiales y entiendo que es mi responsabilidad revisarlos.

**Firma del paciente/representante legal:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente (si corresponde):**

☐ El propio      ☐ Padre      ☐ Tutor      ☐ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

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