

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: _____



nybsj.com | (631) 600-9400

Assignment of Benefits Form

Nombre del Asegurado: _____

Nombre del Paciente: _____

_____ Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado, incluido Medicare si soy beneficiario de Medicare, se realice en mi nombre al proveedor que se encuentra a continuación, para cualquier servicio que me brinde el proveedor mencionado debajo.

_____ Autorizo el acceso a cualquier información médica de otro tipo necesario para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados con el proveedor. CMS, mi compañía de seguros u otra entidad si así lo solicita. El proveedor mantendrá en sus archivos la autorización original.

_____ Entiendo que soy financieramente responsable del proveedor por cualquier cargo que no esté cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar al proveedor sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura total o del saldo de la factura según lo determine el proveedor y/o mi aseguradora de atención médica. Si se deniega el pago de las reclamaciones presentadas de cualquier parte de ellas.

_____ Entiendo que al firmar este formulario acepto la responsabilidad financiera como se explica arriba para todos los pagos por servicios recibidos.

_____ Yo autorizo mi proveedor a compartir toda la información adquirida durante el examen médico tratamiento para la presentación de reclamaciones de seguros. Las fotocopias de esta autorización deben considerarse efectivas y válidas como la original.

- El paciente emitió y explico la Declaración de derechos del paciente sobre los centros de diagnóstico y tratamiento del NYSDOH (Clínicas) en si idioma preferido.

Nombre de la persona que firma a continuación: _____

Relación con el asegurado: _____

Firma del Asegurado o Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____



nybsj.com | (631) 600-9400

CARTA DE AUTORIZACION PARA COBRO EN TARJETA DE DEBITO/CREDITO

Nuestra practica ha pasado por muchos cambios. Estaremos encantados de presenta reclamas a su compañía de seguros y aceptar pagos de aquellas compañías de seguros con las que estamos fuera de la red. Como su proveedor, queremos para continuar brindándole una excelente atención, pero para poder hacerlo es necesario asegurar el reembolso por nuestros servicios. Por favor lea lo siguiente

Yo, _____, autoriza a New York Brain, Spine & Joint, a cobrar lo siguiente tarjeta de crédito/debito descrita al monto igual a lo que establece mi seguro, es mi responsabilidad.

_____ Entiendo que el manta no debe exceder el monto que mi seguro considera como mi responsabilidad.

_____ Entiendo que me enviaran un correo electrónico/llamada telefónica informándome de la fecha de mi visita y el monto a cargar a mi tarjeta de crédito/debito antes de ser cobrada. Se enviará un recibo a pedido.

_____ Entiendo que esta autorización de tarjeta de crédito/debito solo se utilizara en caso de que mi seguro no pague por cualquier servicio proporcionado por New York Brain, Spine & Joint. Esto puede incluir, entre otros, **deducibles, coseguros, copagos, citas porno presentarse, citas-canceladas, cancelaciones de pólizas u servicios no cubiertos por mi póliza.**

_____ Entiendo que, si mi tarjeta de crédito es rechazada y/o no procesa el pago, se me enviara una factura per-correo con un recargo de \$15 agregado a mi saldo

Nombre de Titular de la Tarjeta: _____

Teléfono # _____

Dirección de Titular de la Tarjeta: _____

Tipo de Tarjeta: _____ MasterCard _____ Visa _____ AMEX _____ Discovery

Numero de Tarjeta: _____ **Fecha de expiración:** _____

Código de Seguridad: _____

Correo Electrónico: _____

Entiendo completamente la autorización anterior y doy mi consentimiento a New York Brain, Spine & Joint para cobrar mi tarjeta de crédito mencionada anteriormente.

Firma: _____

Nombre y Apellido: _____ **Fecha:** _____

Formulario de Consentimiento de Garantía de Pago

Muchas compañías de seguros, incluidas las autorizaciones de atención administrada, exigen una autorización por escrito para tratamiento y visitas de seguimiento. Es su responsabilidad como paciente obtener todo lo necesario como autorizaciones de su compañía de seguros antes de recibir servicios médicos.

Si no ha recibido aprobación previa para el servicio o se te ha negado la autorización, o si no tiene beneficios fuera de la red, usted es totalmente responsable de todos los cargos. Además, usted será responsable de todos los deducibles, coseguros, copagos, cualquier servicio que no este cubierto por su plan de seguro y cualquier servicio que no esté cubierto por su plan de seguro y cualquier servicio que tenga su compañía de seguros determinada no ser “clínicamente necesaria”.

Los copagos se cobran en el momento del servicio cuando pueden ser anticipados. Todos los cheques devueltos incurrirán en un cargo de servicio de \$50 además de cualquier cargo cobrado por nuestra institución bancaria.

Entiendo que no pagar una factura a tiempo (después de haber enviado 3 facturas) puede resultar en una revisión adicional de una agencia de colección y entiendo que seré además responsable de cualquier tarifa adicional o honorarios legales asociado con el cobro de cualquier saldo de la visita y cualquier procedimiento relacionado se recopilaran en el momento de la prestación de los servicios en base a la mejor información disponible para la práctica.

Nombre de Paciente (Print): _____

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Política de Cancelación de Cirugía y no Presentación

Citas Medicas

Cuando programamos citas, reservamos tiempo e recursos profesionales para satisfacer las necesidades individuales de nuestros pacientes, incluido el tiempo para una consulta individual. Cuando un paciente falla para presentarse a una cita o cancelar dentro de las 24 horas posteriores a la cita, nuestro valioso recurso estará inactivo. Mas importante aún, se pierde una oportunidad de atención al paciente.

Entendemos que hay ocasiones en las que un paciente debe faltar a una cita debido a circunstancias imprevistas o un conflicto de programación fuera de su control. En este evento le pedimos que llame nuestra oficina y cancelar su cita no menos de 24 horas después de la visita programada. Esta cortesía permite al personal de mi consultorio programar una cita para otro paciente que también necesita atención médica.

Cirugía

también entendemos el estrés financiero que rodea la atención médica y nuestro objetivo es trabajar con cada paciente sin importar las circunstancias. Dada la naturaleza sensible de la programación quirúrgica y los recursos que se gastan para reservar tiempo y personal en la sala de operación. Hay una tarifa de \$2,000.00 para todas las cirugías canceladas una vez que se haya confirmado la fecha de la cirugía y una tarifa de \$3,000.00 para una cancelación dentro de las 2 semanas posteriores al día indicado.

Sus firmas reconocen que comprende que no cancelar una cita o una cirugía una vez seleccionada la fecha puede generar cargos adicionales que no están cubiertos por el seguro médico y reflejan el costo de dicha cancelación para New York Brain, Spine & Joint.

Gracias por su comprensión.

Nombre del Paciente (Print): _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____