

### 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

¿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.



761 Merrick Ave. • Westbury, New York 11590 • 516-357-8777

**CESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE RECUPERACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA**

Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Abogado: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, el abajo firmante, por la presente cedo a **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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.

**Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 **Alexandre de Moura, M.D., PC, DBA New York Spine Institute**, 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 Se Encuentran Comprendidos Y Convenidos Por:**

Abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma Del Abogado: \_\_\_\_\_ Fecgado: \_\_\_\_\_

**DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE**

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? : \_\_\_\_\_

Historia Social:

¿Fuma?  No  Sí, ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_ Bebida?  No  Sí, ¿Cuánto?: \_\_\_\_\_

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

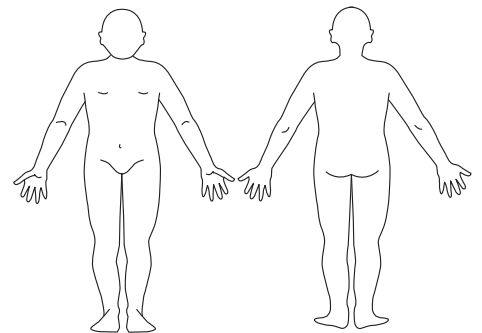
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

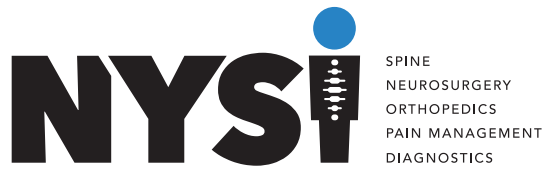
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿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

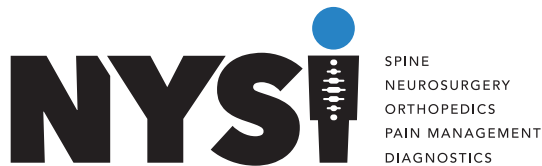
**SOLO PARA PACIENTES MUJERES:** Entiendo que en el curso de mi tratamiento es posible que me realicen radiografías u otras pruebas de diagnóstico. Acepto informar a los proveedores de atención médica si estoy o puedo estar embarazada antes de realizar cualquier prueba de diagnóstico.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**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 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):