

Formulario de registro de pacientes

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____ Fecha: _____

Número de teléfono del hogar del paciente: _____ Número de teléfono alternativo (celular o del trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ N.º de depto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F Número de seguro social: _____

Estado civil: Casado Soltero
 Divorciado Viudo

Idioma de preferencia: _____

Empleador del paciente: _____

Situación laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado
 Jubilado Estudiante Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ Vínculo con el paciente: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro primario: _____

Seguro secundario: _____

Identificación del seguro primario: _____

Identificación del seguro secundario: _____

El paciente está asignado/es titular de la póliza: S N

El paciente está asignado/es titular de la póliza: S N

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (SI NO ES EL PACIENTE): solicitaremos escanear su identificación y tarjeta del seguro

Está asignado/es titular de la póliza: _____ Vínculo con el paciente: _____

Dirección: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Su empleador: _____

INFORMACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO

Médico remitente: _____

Proveedor de atención médica primaria: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Proveedor de ortopedia/tratamiento contra el dolor: _____

Neurólogo: _____

ESTA CONSULTA ESTÁ RELACIONADA CON:

COMPENSACIÓN LABORAL

Fecha de la lesión: _____ N.º de denuncia: _____

ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO

Fecha del accidente: _____ N.º de denuncia: _____

Nombre del representante de denuncias: _____

Compañía de seguro: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de facturación: _____

Nombre del gestor del caso: _____

Teléfono: _____ Fax: _____



Información personal

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____

Ocupación _____ Estado civil: _____ Nombre de pareja/cónyuge: _____

Raza: Asiático Negro o afroestadounidense Nativo americano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco / Caucásico Otra: _____

Etnia: ¿Se identifica con un origen étnico? En caso afirmativo, aclare: _____

Nombres/especialidades/ubicaciones de otros médicos que lo atienden, incluido su último médico de atención primaria: _____

Información médica

Enumere cualquier **MEDICAMENTO** que esté tomando actualmente, recetado o sin receta (use el reverso de la página si es necesario e indíquelo):

Medicamento	Dosis	Vía de administración	Frecuencia

Cualquier **alergia** a medicamentos o alimentos (detalle las reacciones): _____

Farmacia de su preferencia (**nombre/dirección/número**): _____

Fecha del último examen físico completo: _____ Fecha del último análisis de sangre: _____

¿Ha asistido a fisioterapia en los últimos 12 meses?

En caso afirmativo:

¿A dónde asistió? _____

¿Cuántas sesiones realizó? _____

Indique la fecha aproximada de su última sesión de fisioterapia: _____

Marque todas y cada una de las afecciones que correspondan, incluso si está tomando medicamentos para dichas afecciones.

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Alergias/Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre/coágulos <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo(s) de cáncer _____ Año en que se le diagnosticó cáncer _____	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o 2 <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica	<input type="checkbox"/> Osteopenia/Osteoporosis <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel <input type="checkbox"/> Enfermedad del estómago/colon <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---	---

Por favor indique cualquier CIRUGÍA a la que se haya sometido (incluya la cirugía, parte del cuerpo, mes/año):

Información social

Consumo de tabaco: ¿Usted fuma? _____ En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos/puros por día?: _____

Cantidad de años que lleva fumando: _____ ¿Mastica tabaco? _____

Consumo de alcohol: ¿Bebe alcohol? _____ En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____ ¿Cuánto por semana? _____

Consumo de drogas: ¿Tiene historial de consumo de drogas ilegales? _____ En caso afirmativo, ¿de qué tipo(s)? _____ ¿Cuándo? _____

¿Hace ejercicio? _____ ¿Qué actividades realiza y con qué frecuencia por semana? _____

SÍNTOMAS: Marque cualquier síntoma que haya experimentado en los últimos 30 días:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal |
| <input type="checkbox"/> Alérgico/Inmunológico | <input type="checkbox"/> Genitourinario | <input type="checkbox"/> Respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza y cuello | <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea |
| <input type="checkbox"/> Dolor torácico | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Pereza |
| <input type="checkbox"/> Visión doble | <input type="checkbox"/> Hematológico/Linfático | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Fácil aparición de hematomas o sangrado | <input type="checkbox"/> Hipertensión Urticaria | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas |
| <input type="checkbox"/> Endocrino | <input type="checkbox"/> Tegumentario | <input type="checkbox"/> Retención urinaria |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva Fatiga | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos |
| <input type="checkbox"/> Fiebre/Escalofríos | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Cambios de peso |
| <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Resuello |

Aviso de prácticas de privacidad

Querido paciente:

Tal y como lo exige la normativa de privacidad establecida por la HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos), le proporcionamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Queremos asegurarle que estamos totalmente comprometidos a proteger su privacidad. Acuse recibo del Aviso de prácticas de privacidad de New Jersey Brain and Spine firmando a continuación.

Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de New Jersey Brain and Spine.

FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

NOMBRE DE PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a New Jersey Brain and Spine a compartir mi información de salud personal con la(s) persona(s) u organización(es) que he nombrado en este formulario. Entiendo que dicha persona u organización puede volver a compartir mi información médica personal y es posible que ya no esté protegida por la ley.

Nombre: _____ Vínculo con el paciente: _____

Nombre: _____ Vínculo con el paciente: _____

FIRMA DE PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

NOMBRE DE PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PERSONAL



AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SEGURO
(Por favor lea y firme)

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Todos los servicios profesionales prestados corren a cargo del paciente. Se completarán los formularios necesarios para agilizar los pagos de la compañía de seguros. El paciente es responsable de todos los honorarios, deducibles y copagos independientemente de la cobertura del seguro, a menos que lo prohíban contratos de seguro anteriores. Se espera que usted pague por los servicios en el momento en que se prestan, a menos que se haya llegado a otro arreglo de antemano.

Autorizo a Comprehensive Neurosurgical, DBA New Jersey Brain and Spine, a apelar a mi compañía de seguros en mi nombre.

Por la presente autorizo a New Jersey Brain and Spine a proporcionar a las compañías de seguros, a sus representantes o al abogado designado y a los médicos que lo soliciten, cualquier información sobre mi enfermedad y tratamientos (los de mis dependientes). Por la presente asigno a New Jersey Brain & Spine todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. Acepto que si mi compañía de seguros me envía un cheque por los servicios prestados a mí o a mis dependientes por New Jersey Brain & Spine, endosaré este cheque y lo enviaré a New Jersey Brain and Spine en un plazo de cinco días.

Además, por la presente cedo a New Jersey Brain and Spine todos mis derechos conforme a mi contrato de seguro, incluidos todos mis derechos regidos por los estatutos y normativas de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluidos, sin limitación alguna, mis derechos para "recuperar las prestaciones" en virtud de la Sección 502(a)(1)(B) de ERISA, mis derechos a cobrar multas civiles legales en virtud de la Sección 502(c)(1)(B) de ERISA; y mis derechos a ejercer reclamos por el incumplimiento fiduciario en virtud de las Secciones 502(a)(2) y 502(a)(3) de ERISA.

Entiendo que soy responsable del copago, deducible o de cualquier monto que no cubra mi seguro. Si se requiere algún procedimiento de cobro para cubrir algún saldo pendiente, entiendo que seré responsable de dichos costos, incluidos los honorarios de abogados del 33.33 % del saldo impago. Estos costos exceden cualquier saldo por los servicios prestados.

FIRMA DE PACIENTE

FECHA

FIRMA DE LA PERSONA ASEGURADA

FECHA



ASIGNACIÓN LEGAL DE LAS PRESTACIONES, CESIÓN DE DERECHOS PARA EJERCER LA LEY ERISA Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS RELACIONADOS CON MI SEGURO MÉDICO Y/O PLAN DE PRESTACIONES MÉDICAS (INCLUIDO EL INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO Y LA DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS MÉDICOS Y DEL PLAN

Nombre de paciente _____ Identificación de paciente: _____

Nombre de la persona asegurada _____ Identificación de la persona asegurada: _____

PARA: COMPAÑÍA DE SEGUROS / ADMINISTRADOR DEL PLAN / FIDUCIARIO DEL PLAN

Al considerar el monto de los gastos médicos en los que se incurrirá, yo, quien firma abajo, tengo cobertura de seguro y/o de prestaciones de atención médica para empleados a través de la compañía mencionada anteriormente, y por la presente asigno y transmito directamente al/a los proveedor(es) de atención médica mencionado(s) anteriormente, **como mi(s) representante(s) autorizado(s) designado(s)**, todas las prestaciones médicas y/o el reembolso del seguro, si lo hubiera, que de otro modo me correspondería pagar por los servicios prestados por dicho(s) proveedor(es), independientemente del estado de participación en la red de atención administrada por dicho(s) proveedor(es). Entiendo y acepto que soy legalmente responsable de todos y cada uno de los cargos totales reales expresamente autorizados por mí, independientemente de cualquier seguro correspondiente o pago de prestaciones. **Por la presente autorizo al/a los proveedor(es) mencionado(s) anteriormente a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos en virtud de HIPAA.** Por la presente autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y a mi abogado, a divulgar a dicho(s) proveedor(es) todos y cada uno de los documentos del plan, póliza de seguro y/o información de liquidación previa solicitud por escrito de dicho(s) proveedor(es) para poder reclamar dichas prestaciones médicas, el reembolso o cualquier recurso correspondiente. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de reclamos de seguro y/o prestaciones de salud para empleados. Por la presente, transmito al/a los proveedor(es) mencionado(s) anteriormente, en la máxima medida permitida por la ley, incluidos, entre otros, cualquier reclamo por prestaciones en virtud de ERISA, incumplimiento del deber fiduciario en virtud de ERISA y reclamo en virtud de ERISA por multas legales por no presentar documentos o información de conformidad con §502(a)(1)(B), §502(a)(3) y §502(c)(1)(B) de ERISA, conforme a cualquier plan de salud grupal de empleados que corresponda, pólizas de seguro o pólizas públicas, cualquier reclamo por prestaciones, reclamo por responsabilidad civil o extracontractual, derechos de acción, protección judicial adecuada, recurso por recargo u otro derecho que pueda tener ante dichos planes de salud grupales, entidades de seguros médicos o aseguradoras extracontractuales, con respecto a todos y cada uno de los gastos médicos legalmente incurridos a raíz de los servicios médicos que recibí del/de los proveedor(es) mencionado(s), y en la máxima medida permitido por la ley para reclamar o embargar dichas prestaciones médicas, liquidación, reembolso del seguro y cualquier recurso correspondiente, incluido, entre otros, (1) obtener información sobre el reclamo en la misma medida que el asignatario; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o leyes; (4) realizar cualquier solicitud, dar o recibir cualquier notificación sobre procedimientos de apelación; y (5) cualquier acción administrativa y judicial por parte de dicho(s) proveedor(es) para presentar dicho reclamo, derecho de acción o derecho contra cualquier parte responsable o plan(es) de salud grupal para empleados, incluyendo, de ser necesario, entablar una demanda por parte de dicho(s) proveedor(es) contra cualquier parte responsable o plan de salud grupal para empleados a mi nombre con capacidad derivada pero a expensas de dicho(s) proveedor(es). A menos que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales en virtud de PPACA, ERISA, Medicare y las leyes federales o estatales correspondientes. Una fotocopia de esta asignación tiene la misma validez que la original. He leído y entiendo completamente este acuerdo. En caso de que esta asignación se prohíba en parte o en su totalidad en virtud de alguna disposición contra la asignación de mi póliza/plan, por favor informe y comunique a mis proveedores/New Jersey Brain and Spine por escrito sobre dicha disposición contra la asignación en un plazo de 30 días posteriores a la recepción de mi asignación, de lo contrario, lo más probable es que esta asignación entre en vigor y se anule dicha disposición contra la asignación.

ANEXO A LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Para: **New Jersey Brain and Spine**

Reconozco la posibilidad de que un cheque y/o cheques me sean enviados directamente a mí en lugar de a usted, mi proveedor. Entiendo que ese dinero no me corresponde aunque el cheque esté escrito a mi nombre. Entiendo que usted factura a mi compañía de seguros como cortesía hacia mí, pero el dinero pagado por la compañía de seguros le pertenece enteramente a usted. Por lo tanto, me comprometo a enviarle ese dinero directamente a usted de forma inmediata y, a más tardar 48 horas después de recibir dicho dinero. No intentaré negociar qué parte del dinero le envío. En cualquier caso, reconozco y acepto que soy legalmente responsable de cualquier cargo por el servicio que me presten y que pagaré todos los honorarios, incluidos los copagos o deducibles, si corresponde.

AVISO: Lea atentamente los acuerdos anteriores y asegúrese de comprender todos los términos y condiciones antes de firmar a continuación. Si hay algo que no comprende, revise el contenido con el personal antes de firmar. Mediante su firma, usted confirma que ha leído y comprende completamente todos los acuerdos, términos y condiciones detallados anteriormente. Acordado y aceptado por:

FIRMA DE PACIENTE _____

NOMBRE EN IMPRENTA DE PACIENTE _____

FECHA _____

FIRMA DE TESTIGO _____

NOMBRE EN IMPRENTA DE TESTIGO _____

FECHA _____