



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

SS #: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____ Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No Estudiante

Empleador: _____ Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Retirado

¿Como supiste de nosotros? _____

Doctor Referente: _____ Teléfono de Doctor Referente: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono de Doctor Primario : _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (CUENTA)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Empleador: _____ Dirección de Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO

Nombre del Abogado: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Reconozco y entiendo que se facturará a mi cuenta una tarifa de \$ 40 por no aparecer o no cancelar mi cita.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Hoy: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Tipo de Cobertura: **Primaria**

Compania de Seguro: _____ Nombre de Subscritor: _____

Relación del Subscritor al Paciente : _____ Fecha de Nacimiento del Subscritor : _____

Identificación del Seguro: _____ Fecha Efectivo/ Dia del Accidente: _____

Tipo de Cobertura: **Secundaria**

Compania de Seguro: _____ Nombre de Subscritor: _____

Relación del Subscritor al Paciente : _____ Fecha de Nacimiento del Subscritor : _____

Identificación del Seguro: _____ Fecha Efectivo/ Dia del Accidente: _____

Afirmación del Paciente

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. También entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos cubiertos por el seguro. Autorizo el tratamiento por parte del médico de NJPSSA.

Firma del Paciente

Fecha



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre: _____

Fecha de la pérdida (si corresponde): _____

Dirección: _____

1. Yo _____, el abajo firmante, en lo sucesivo denominado "el paciente", por la presente cede todos mis derechos e intereses a NJ Pain, Spine & Sports Associates, en lo sucesivo denominado "el proveedor médico" para perseguir y obtener el pago en mi nombre. Esta asignación incluirá, pero no se limitará a, todos los derechos disponibles para mí de conformidad con las pautas del estado de Nueva Jersey.
2. Cedo al médico todos mis derechos y beneficios bajo el contrato de seguro para el pago de los servicios que he recibido. Sin embargo, con el consentimiento de ambas partes, el mismo será revocable.
3. Por lo presente autorizo y solicito que el pago de los beneficios por parte de mi compañía de seguro principal y mi seguro secundario se realice directamente al proveedor médico por los servicios que me proporcionó a mí o a mi dependiente. Entiendo que mi (s) compañía (s) de seguros pueden cubrir solo una parte de la factura total. Además, entiendo que puedo ser responsable de todos los cargos, incluidos, entre otros, el copago y los deducibles no cubiertos por mi (s) aseguradora (s).
4. Si la compañía de seguros no envía el cheque al proveedor médico, endosaré y firmaré el cheque al proveedor médico con (5) días de haberlo recibido.
5. Autorizo al proveedor médico a divulgar todos los documentos escritos a la (s) compañía (s) de seguros arriba mencionada y / o sus representantes designados a decisión del proveedor médico. Dicha divulgación será para fines de reembolso de los servicios recibidos. Por la presente libero al proveedor médico, sus funcionarios, agentes, empleados y personal clínico asociado con mi caso de la responsabilidad que pueda surgir debido a la divulgación de información a las compañías de seguros mencionadas anteriormente o sus representantes designados.
6. Yo, el paciente, por la presente entiendo y reconozco que si voluntariamente me niego a cumplir con las solicitudes razonables de la compañía de seguros, se puede negar el pago de mis facturas médicas, y seré responsable por ello.
7. Yo, el paciente, autorizo a mi abogado de lesiones corporales a pagar directamente al proveedor médico cualquier dinero adeudado en mi cuenta o que lo deduzcan de mi acuerdo hecho en mi nombre. Autorizo al proveedor médico a obtener una carta de protección para cubrir mi parte del dinero médico adeudada. En el caso de que no reciba ninguna recompensa cuando mi caso se resuelva, entiendo que seré responsable de cualquier servicio que se me brinde debido a ese accidente.
8. Yo, el paciente, por la presente reconozco que no presentaré una demanda y / o arbitraje por el pago de las facturas médicas de los proveedores anteriores a menos que el proveedor médico me lo solicite. Entiendo que el proveedor médico mencionado anteriormente tiene un abogado y cobrará el pago en mi nombre de la compañía de seguros a través del proceso de arbitraje establecido por el estado de Nueva Jersey o el estado bajo el cual se compró mi póliza.
9. Yo, el paciente, entiendo que el proveedor médico presentará apelaciones en mi nombre por cualquier servicio denegado. Cumpliré con cualquier solicitud hecha por el proveedor médico o el transportista con respecto a estas apelaciones.
10. Entiendo que como paciente debo notificar al proveedor médico de cualquier cambio en la cobertura de mi seguro. Esta asignación de beneficios se aplicará a cualquier compañía de seguros nueva que se presente durante mi tratamiento. Si no proporcionar la información correcta del seguro da como resultado la falta de pago, entiendo que seré responsable de los servicios.
11. Yo, el paciente, entiendo que si no pago el dinero asignado a mi responsabilidad, mi cuenta puede ser enviada a cobranza. Además, entiendo que si mi cuenta se reenvía a cobranza, podría ser responsable de un 30% adicional de los cargos adeudados.
12. Esta asignación de beneficios es aplicable a todas las ubicaciones del proveedor médico.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente o el Guardián: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

Acuerdo de Medicamentos Narcóticos y Formulario de Consentimiento

Usted ha aceptado recibir narcóticos para el tratamiento de su dolor del Dr. F. Abbasi ("Médico del dolor"). Es importante que comprenda los riesgos y las responsabilidades que conlleva este tratamiento. Lea e inicie cada declaración para expresar su comprensión. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta información o nuestra política con respecto a la prescripción de narcóticos, solicite una aclaración.

Yo, _____ entiendo que:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento voluntario para la prestación de la atención, incluidos los tratamientos, la administración de anestésicos y la realización de procedimientos diagnósticos y / o quirúrgicos. Entiendo que estoy bajo el cuidado y la supervisión de los asistentes Proveedor de Dolor y es responsabilidad del personal llevar a cabo las instrucciones del Proveedor de Dolor.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: El Proveedor puede divulgar todo o parte del registro del paciente a cualquier persona o corporación que es o puede ser responsable bajo un contrato con el proveedor o el paciente o la Administración de Financiamiento de Cuidado de la Salud y / o el abogado del paciente, por la totalidad o parte de los cargos del proveedor, que incluyen, entre otros, compañías de seguros de pacientes, trabajadores transportistas de compensación, fondos de asistencia social o el empleador del paciente si se trata de un caso de indemnización laboral.

_____ Cualquier tratamiento médico es inicialmente un ensayo y la prescripción continua de narcóticos se basa en la evidencia del beneficio. Entiendo que el objetivo de usar narcóticos es aumentar mi nivel funcional y disminuir mi dolor. Si no se logran estos objetivos, se suspenderá el medicamento.

_____ Soy consciente de que el uso de dicho medicamento tiene ciertos riesgos asociados, que incluyen, entre otros: Somnolencia o somnolencia, estreñimiento, náuseas, picazón, vómitos, aturdimiento, mareos, confusión, alergia reacción, ralentización de la frecuencia respiratoria, ralentización de los reflejos o del tiempo de reacción, enfermedad renal o hepática, disfunción sexual, dependencia física o psicológica, tolerancia a los efectos analgésicos, adicción, abstinencia y posibilidad de que el medicamento no proporcione alivio completo.

_____ El uso excesivo o mal uso de medicamentos narcóticos puede provocar riesgos graves para la salud, incluida la depresión respiratoria (detención de la respiración) o incluso la muerte.

_____ Este medicamento se controlará estrictamente y mis medicamentos se deben surtir en la misma farmacia. Si surge la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada. El nombre de la farmacia y la ubicación de la farmacia que ha seleccionado es:

Farmacia _____ Telefono# _____

_____ No puedo recibir medicamentos por teléfono, ni puedo llamar a la oficina para que se me envíe una receta médica. No se aceptarán las solicitudes de renovación anticipada.

_____ Soy responsable de hacer y mantener las citas programadas. También entiendo que puede tomar hasta 2 semanas para hacer una cita de seguimiento regular.

_____ Tomaré los medicamentos narcóticos solo según lo prescrito. Cualquier cambio debe discutirse primero y acordarse con mi Proveedor de Dolor.



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

___ Informaré a mi Proveedor de Dolor de cualquier cambio en mi condición médica, cualquier cambio en cualquier medicamento recetado y / o de venta libre (incluyendo hierbas y suplementos) que tomo y de cualquier efecto adverso que pueda experimentar de cualquiera de los medicamentos que Tomo.

— Acepto que solo mi proveedor de dolor recetará medicamentos narcóticos. No obtendré ni usaré narcóticos u otras sustancias controladas de ninguna otra fuente. Instruiré a mis otros proveedores a consultar con el Proveedor de Dolor por cualquier cambio o necesidad de medicamentos adicionales contra narcóticos. Si se informa a la clínica que otros proveedores me recetan medicamentos, Pain Provider se reserva el derecho de discontinuar la prescripción de medicamentos y / o darme de alta en la clínica.

___ Acepto informarle a mi proveedor de dolor sobre mi historial completo y uso personal de medicamentos / medicamentos

___ No usaré ninguna "droga ilegal" o alcohol ilegal mientras recibo medicamentos de mi Proveedor de Dolor. Los ejemplos incluyen, pero no están limitados, marihuana, cocaína y anfetaminas ("velocidad").

___ Me comunicaré plena y honestamente con mi proveedor de dolor sobre el carácter y la intensidad de mi dolor, el efecto del dolor en mi vida diaria y qué tan bien el medicamento ayuda a aliviar el dolor.

___ El análisis de sangre de rutina y las evaluaciones periódicas de drogas pueden ser parte de mi plan de tratamiento. Acepto hacerlos cuando mi proveedor lo solicite.

___ El proveedor que prescribe tiene mi permiso para analizar todos los detalles de diagnóstico y tratamiento para obtener el historial de recetas con las farmacias dispensadoras, mi compañía de seguros, compañías de beneficios farmacéuticos u otros profesionales que brindan mi atención médica con el propósito de mantener la responsabilidad.

___ Es un delito obtener narcóticos bajo falsos pretextos. Esto podría incluir obtener medicamentos de más de un médico, tergiversarme a mí mismo para obtener medicamentos, usarlos de una manera diferente a la prescrita o desviar los medicamentos de cualquier otra forma (es decir, vendiendo).

___ Sé que la medicación narcótica se suspenderá si ocurre algo de lo siguiente:

- Comercio, vendo o mal uso de la medicación.
- La clinica descubre que he roto alguna parte de este acuerdo.
- No solicito una prueba de sangre o de orina inmediatamente cuando me lo piden.
- Mi análisis de sangre de sangre o orina muestra la presencia de drogas ilegales.
- Mi análisis de sangre o orina muestra la presencia o ausencia de medicamentos inesperados o esperados.
- Obtengo narcóticos de fuentes distintas a las mencionadas Proveedor de Dolor.
- Cualquier miembro del personal profesional de esta clinica considera que me conviene suspender el tratamiento con narcóticos.
- Cualquier comportamiento agresivo o inapropiado hacia los proveedores o el personal.
- Perdi sistematicamente las citas programadas.

___ Se entiende que el incumplimiento de este acuerdo puede dar como resultado la cancelación de la terapia, incluida la prescripción de sustancias controladas por parte del Proveedor de Dolor.

___ He leído el Acuerdo de Medicamentos Narcóticos y sin duda entiendo todo este acuerdo. Al firmar este acuerdo, afirmo que he leído, entiendo y acepto los términos de este acuerdo.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Clinica Testigo _____

Fecha _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero Telefonico: _____

Para divulgar la información médica del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre: NJ Pain, Spine @ Sports Associates

Dirección: 2090 Route 27, Suite 103

Ciudad: North Brunswick Estado: NJ Código Postal: 08902

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

Toda la información de salud

Si No Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la (s) persona (s) mencionada (s) arriba.

Nombre del Paciente (IMPRESIÓN)

Firma del Guardián del Paciente

Fecha

Firma de Testigo



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

¿Alguna vez te han dicho o te han dicho que tienes (marque todo lo que corresponda)

Cardiovascular:

- Dolor en el pecho o Angina
- Enfermedad del corazón
- Ataque al corazón, arteria bloqueada
- Insuficiencia cardíaca congestive
- Presion alta
- Enfermedad vascular periférica
- Aborto anormal del corazón
- Marcapasos
- Angioplastia o catéter cardíaco
- Fiebre reumática
- Válvula cardíaca dañada

Respiratorio:

- Asma
- Falta de respiración
- Enfisema
- Tuberculosis
- Fuma: Ahora Pasado

Neurológico:

- Ataque de epilepsia
- Desmayos o mareos
- Carrera _____
- Dolores de cabeza / Migrañas

Gastrointestinal:

- Úlcera, Acidez estomacal, Reflujo
- Diverticulitis o colitis
- Otro _____

Cancer:

Metabólico:

- Diabetes _____
- Thyroid Disease
- Adrenal Gland Problem
- Steroid use _____

Hígado / Riñón / Sangre:

- Enfermedad del riñón
- Derivación, injerto, fistula
- Diálisis
- Enfermedad del hígado
- Vesícula biliar
- Hepatitis (Tipo _____)
- Anemia
- Facilidad de moretones o sangrado

Otro:

- Entumecimiento o dolor crónico
- Depresión o ansiedad
- Otros problemas nerviosos: _____
- Anticoagulantes (diluyente de sangre)
- Lesión al espalda / daño a los nervios
- Condición de piel
- Artritis, reumatismo
- Dentadura Postiza Plato parcial
- Lentes Audifonos

ROS: Marque la casilla si tiene alguno de los siguientes

- Falta de aliento
- Hinchazón o erupción
- Dolor abdominal
- Tos, producción de esputo, sibilancias
- Dolores de cabeza ¿Qué frecuencia? _____
- Fiebre, pérdida de peso, sudor
- Dolor en el pecho, palpitaciones
- Cambio intestinales, náuseas
- Embarazada o posibilidad
- Debilidad o parálisis de brazos o piernas
- Mareos, cambios en la visión, aturdimiento
- Cambio en los hábitos de la vejiga (frecuencia, dolor)
- Facilidad de moretones, sangrado, anticoagulantes

Historia Social/Familiar:

Madre: vivo / fallecido Causa _____

Padre: vivo / fallecido Causa _____

Dieta habitual: _____ Alcohol: bebidas por dia ____ Otro uso de drogas: _____

¿Su lesión está relacionada con un accidente? _____ en caso afirmativo, responda la pregunta 1-7; de lo contrario, pase a la pregunta número 8

1. ¿Qué tipo de vehículo estuvo involucrado en el accidente? Camión Caro Motocicleta Otro
2. ¿Eras un Conductor Pasajero Peatonal
3. Si pasajero, por favor indique su ubicación en el automóvil _____
4. ¿Tu vehículo se movió cuando ocurrió el accidente? Si No Mph? _____
5. ¿Su vehículo chocó contra otro (s) vehículo (s)? Si No Donde? _____
6. ¿Otro vehículo (s) golpeó su vehículo? Si No Donde? _____
7. Describa el accidente Incluyendo la causas que rodean las circunstancias

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Revisado por el Doctor: _____

Fecha: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

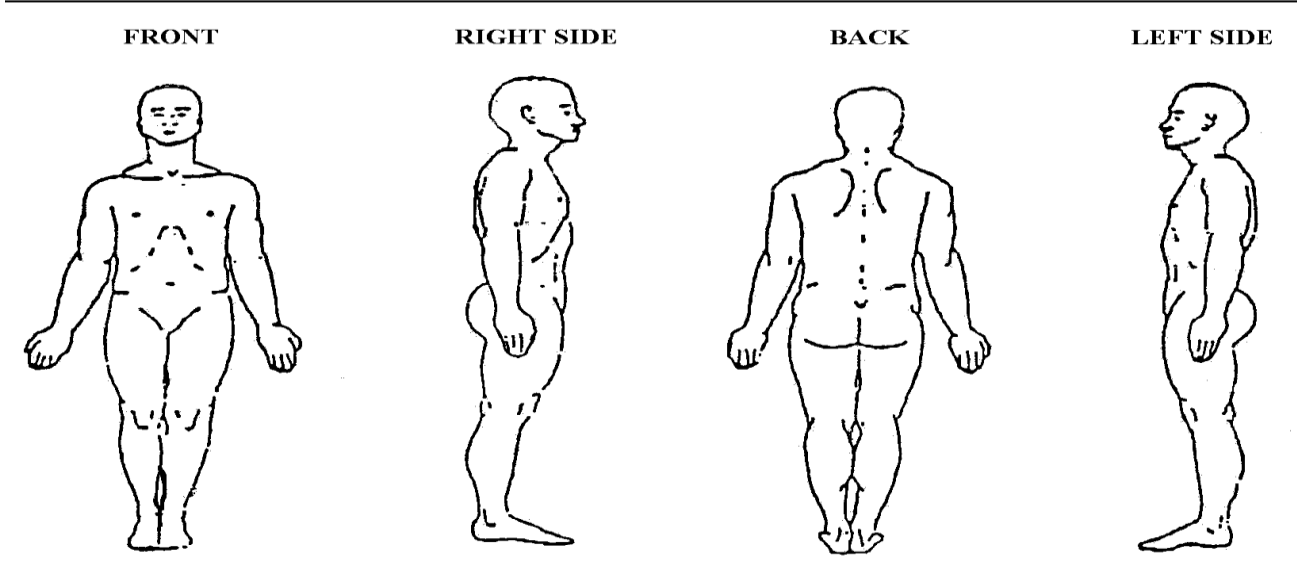
2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (Continuado)

8. Por favor marque las áreas en el siguiente diagrama donde está teniendo dolor:



9. ¿Dónde está localizado el dolor? _____
10. ¿Su dolor irradia a cualquier parte? ____ Si ____ No Donde? _____
11. ¿Cuándo empezó? _____
12. ¿Cuánto tiempo has tenido el dolor? _____
13. Comenzo: ____ Gradualmente ____ Repentinamente ____ No es seguro
14. ¿Con qué frecuencia ocurre el dolor? Constante Muchas veces al día De vez en cuando Menos que a diario
15. ¿Ha cambiado el dolor desde que comenzó? Mejorando Empeorando No cambio
16. ¿Cómo comenzó? _____
17. ¿Qué mejora el dolor?
- En pie Sentado Caminando Acostado Flexionándose hacia adelante Arqueando hacia atrás
- Tos /estornudos Usando baño Otro _____
18. ¿Qué empeora el dolor?
- En pie Sentado Caminando Acostado Flexionándose hacia adelante Arqueando hacia atrás
- Tos/estorudos Usando baño Otro _____
19. Marque todos lo que describen su dolor:
- Dolor Ardiente Calambres Estremecimiento Palpitante Agudo Disparo
- Puñalada Entumecido Pesado Sensible Terrible Fatigoso Agotador
- Nauseabundo Temeroso Castigoso Cruel
20. ¿Cuál es su nivel actual de dolor en una escala de 0 a 10, donde 0 es sin dolor y 10 es grave? _____
21. ¿Qué exámenes has hecho?
22. MRI CT Radiografía EMG Otro _____
23. ¿Qué tratamiento has probado para tu dolor?
- ____ Ejercicio ____ Masaje ____ Quiropráctico ____ Acupuntura ____ Faja ____ Terapia física
- ____ Paquete caliente ____ Paquete frio ____ Bloqueo de nervio ____ Psicólogo ____ Psiquiatra ____ Cirugia

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Revisado por el Doctor: _____

Fecha: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA (Continuado)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Hoy: _____

Medicamentos previos probados (marque a todos los que correspondan)

NSAIDS

- Aspirin
- Ibuprofen
- Advil
- Motrin
- Naprosyn

Medicina del sueño

- Ambien
- Restoril
- Benedryl
- Halcion

Antidepresivos

- Elavil
- Amityptilline
- Prozac
- Effexor
- Zoloft
- Deseryl
- Paxil
- Pamelor
- Serozone
- Desipiramine
- Remeron

Narcóticos

- Vicodin
- Darvocet
- Tylenol 3
- Tylox
- Codeine
- Percocet
- Percodan
- MS Contin
- Cxycontin
- Demerol
- Morphine
- Methadone
- Dilaudid

Relajación

- Flexeril
- Valium
- Xanax
- Ativan
- Librium

Medicamentos para el dolor

- Neurontin
- Klonopin
- Dilantin
- Baclofen
- Ultram
- Prozacin
- Mexitil
- Prazocin

Indique si tiene Alergias:

Alergias

Reacción

Indique todas las Cirugías anteriores:

Cirugías

Fecha

Medicamentos que toma en el hogar (incluidos analgésicos)

<u>Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Con qué frecuencia</u>	<u>Ultimo dosis</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Reconozco que me ofrecieron el Aviso de Prácticas de Privacidad de la práctica médica nombrada en la parte superior de la página.

Impresión del paciente: _____

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

SSN: _____

Para representante personal del paciente (si corresponde):

Impresión del representante personal: _____

Fecha: _____

Firma del representante personal: _____

Relación con el paciente: _____

Solo para uso del consultorio medico:

Firma del empleado de la práctica: _____

Fecha: _____

La siguiente es una autorización para servicios diversos que utiliza esta oficina. Haremos todo lo posible para cumplir con sus instrucciones. Por favor provea la siguiente información:

Recordatorio de cita / Resultados de pruebas (laboratorio, radiografías, etc.):

Si necesitamos comunicarnos con usted con respecto a una cita o los resultados de laboratorio, haremos todo lo posible para comunicarnos con usted personalmente. Si no podemos comunicarnos con usted personalmente, solo le dejaremos un mensaje pidiéndole que llame a nuestra oficina durante el horario comercial habitual. Marque todos los elementos a continuación que se apliquen a su caso.

¿Podemos enviarle una tarjeta de recordatorio de cita a su domicilio? Si No

¿Podemos llamar para recordarle una cita o sobre los resultados de las pruebas? Si No

Llárame a los siguientes números:

Telefono de Casa: _____ Telefono Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____

Si recibimos un contestador automático / correo de voz, ¿podemos dejar un mensaje? Si No

Si contamos con un familiar, ¿podemos dejar un mensaje? Si No

Política para discutir su información médica con miembros de su familia: Nuestra oficina nunca discutirá su información médica con un miembro de la familia a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo. Indique los miembros de la familia autorizados para hablar sobre su atención médica marcando todos los elementos que se aplican a usted y proporcionando el nombre (s) cuando corresponda.

- Esposo(a) _____
- Pariente) _____
- Hijo(a) _____
- Hermano(a) _____
- Otro(a) _____



NJ Pain, Spine & Sports Associates

2090 Route 27, Suite 103
North Brunswick, NJ 08902
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

288 North Broad Street, Suite 1A
Elizabeth, NJ 07208-3711
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

100 Village Ct., Suite 102
Hazlet, NJ 07730
Tel: (732) 565-3777 Fax: (609) 228-7269

RECORDATORIO DE CITA POR TEXTO FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, autorizo a New Jersey Pain, Spine & Sports Associates a enviar recordatorios de citas electrónicamente por mensaje de texto a mi teléfono móvil. Entiendo que este servicio se ofrece de forma gratuita. Sin embargo, se pueden aplicar tarifas de mensajería de texto estándar de mi operador de telefonía móvil.

Nombre del Paciente

MÓVIL#

OPERADOR DE TELEFONÍA MÓVIL

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del pariente/ guardián: _____ Fecha: _____