



North American Spine and Pain

Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

**LOS NUEVOS PACIENTES NO PUEDEN SER PRESCRITOS OPIOIDES DURANTE SU PRIMERA VISITA
DEPENDIENDO DEL RESULTADO DE SU ASESORAMIENTO INICIAL**

Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Apt Número: _____ Zip: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Sexo: Femenina / Masculina: _____ Edad: _____

Estado civil: Viuda/o divorciada/o separada/o soltera/o casada/o

Estado de empleo actual: Por favor marque uno:

Tiempo completo tiempo parcial Desempleado jubilado Discapacidad Jubilada

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Seguro primario: _____

Nombre del suscriptor: _____ DOB: _____ SS: _____

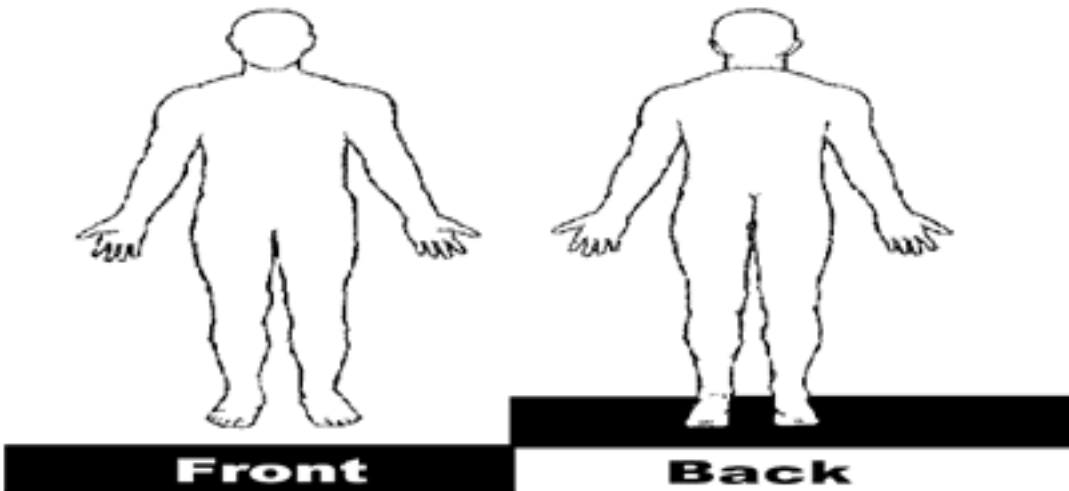
Seguro secundario: _____ ID _____ Grupo _____

Nombre del suscriptor: _____ DOB: _____ SS: _____

Seguro de prescripción: _____ ID: _____ RX BIN _____

Médico de referencia: _____

Médico de atención primaria: _____



Factores de alivio y agravantes: ¿Cómo afectan el dolor a los siguientes? (Compruebe para cada artículo)

Disminución Sin cambios Aumentar

En pie

Sentado

Caminar

Ejercicio

Relajación

Defecación

Tos/Estornudos

Nombre, ubicación y número de teléfono de la farmacia:

Alergias: Indique los nombres de cualquier medicamento al que sea alérgico:

¿Qué tipo de reacción tuviste? _____

¿Es alérgico al medio de contraste utilizado para los rayos X? Sí No

Medicamentos anteriores:

Medicamentos adicionales: _____

Historial Quirúrgico Pasado: Por favor enumere la fecha aproximada y la cirugía:

Antecedentes familiares: Por favor, especifique cualquier condición médica o psiquiátrica común en su familia que sufre con estas dolencias:

Historia Social:

¿Alguna vez has sido fumador? Sí No Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

¿Durante cuántos años fumaste? _____ ¿Uso de tabaco? (Círculo uno)
Ligero/Moderado/Pesado

¿Bebes alcohol? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

¿Tienes antecedentes de alcoholismo? Sí No hay problema actual

¿Alguna vez has abusado de los medicamentos recetados? Sí No hay problema actual

¿Abuso de cocaína o sustancia intravenosa? Sí No hay problema actual

Revisión de los síntomas: Por favor, compruebe que todos los elementos que considere aplicables a usted:

Aumento/pérdida de peso significativo reciente

Fiebre/ Mareo /Náuseas

Visión doble o borrosa

Dificultad para tragar vómitos

Dolor genital

Diarrea o estreñimiento

Pérdida de memoria

dolor en el pecho

Sibilancias

Palpitaciones del corazón

Dificultad de respirar

Rash

Convulsiones

Diabetes

Hipotiroidismo

la debilidad muscular

rigidez articular

Hipertiroidismo

Dificultad para caminar

Disminución del rango de movimiento

Pérdida del conocimiento

Hematomas fáciles o excesivos

Sangrado fácil o excesivo

Dificultad para orinar Hinchazón (especificar) _____

Dolor en las extremidades (especificar) _____

Cualquier información adicional:

Historial médico anterior: Marque todo lo que corresponda

Hipertensión, Enfermedad arterial coronaria, Angina o ataque cardíaco de dolor de pecho

Diabetes Asma o Sibilancia Sofocón Enfermedad renal

Enfermedad hepática Accidente cerebrovascular o problema de sangrado de epilepsia

Ansiedad de la depresión Enfermedad tiroidea VIH

Hepatitis C

Artritis – especifique la ubicación: _____

Cáncer – especifique la ubicación: _____

Otro: especificar: _____

Tratamiento Psicológico:

¿Alguna vez has tenido evaluaciones o tratamientos psiquiátricos, psicológicos o de trabajo social para cualquier problema, incluido el dolor?

Sí, ¿tratado por? _____

¿Alguna vez has considerado/ planeado / intentado suicidarse? Si o No

Si es así, ¿cuándo? _____

Trastornos del sueño:

¿Tienes dificultad para dormir? Sí No

¿Ronas? Sí No

¿Estás cansado al despertar? Sí No

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

DIVULGACIÓN DE LOS INTERESES FINANCIEROS

Los requisitos estatales y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que revelemos a los pacientes el interés financiero de un médico en un centro quirúrgico ambulatorio u otro centro de salud al que el médico remita a sus pacientes. Los siguientes médicos tienen una participación financiera del 100% en las ubicaciones de North American Spine and Pain en Nueva Jersey, Delaware y Pensilvania:

Dr. Abhijeet Rastogi, MD

Dr. Kieran Slevin, MD

Por favor, firme a continuación para reconocer que ha sido informado del interés de propiedad en las entidades anteriores:

NOMBRE DEL PACIENTE (Por favor

Imprima) _____ FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

PAGO POR SERVICIOS MÉDICOS

Por la presente asumo la responsabilidad financiera por todos los cargos Asegurados por los servicios prestados según lo permitido por la ley estatal y / o federal. Entiendo que puede estar obligado a pagar copagos, montos aplicados a deducibles y saldos de facturas no pagadas de acuerdo con los beneficios de mi póliza de seguro actual si es permisible. Si no puedo hacer el pago completo de mi tratamiento médico dentro de los 30 días, acepto llamar a la oficina de negocios y hacer arreglos de pago.

Por la presente autorizo el pago de todos los beneficios de Seguro Médico, que son pagaderos bajo los términos de mi póliza de seguro, que se pagarán directamente a North American Spine & Pain o designados por los servicios prestados. En el caso de que reciba dicho pago, acepto entregar el mismo a North American Spine & Pain dentro de los 10 días posteriores a la recepción del mismo.

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta. Autorizo al consultorio del médico a verificar la cobertura de seguro y los beneficios permitidos de acuerdo con la póliza de mi compañía de seguros.

Entiendo que en caso de impago, si dirijo a cualquier tercero que factire en North American Pain & Spine, es mi responsabilidad, de acuerdo con los beneficios de mi póliza de seguro actual pagar inmediatamente.

Además, se acuerda que en los eventos que no pago a petición, en caso de que mi cuenta sea referida a una agencia de cobro externa y/o abogado, acepto toda la responsabilidad de pagar todos los costos de cobro que no excedan el 30% de la cantidad entonces adeudada con intereses de 1.5% por mez y no exceder 18% anual y costo razonable de la corte y honorarios razonables del abogado. También acepto que cualquier acción iniciada para cobrar mi cuenta será presentada en el condado de Burlington, Nueva Jersey

Fecha: _____

firma del paciente o tutor legal: _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

POLICA DE CITAS PERDIDAS

Tenga en cuenta que al programar una consulta inicial con nuestros médicos, usted está aceptando cumplir con las políticas de facturación de nuestra práctica. Para servir mejor a todos nuestros pacientes, requerimos una notificación de 24 horas en caso de que necesite cancelar o reprogramar su cita. Si pierde o reprograma su cita con menos de 24 horas de anticipación, es posible que se le cobre 35\$ por las visitas a la oficina y 65\$ por los procedimientos. Este pago se pagará en el momento de su próxima cita. Su compañía de seguros no cubre la tarifa de cita perdida. por lo tanto, puede ser su responsabilidad pagarlo.

Iniciales: _____ **Fecha:** _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Copia de sus registros médicos: Puede obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Cobramos una tarifa razonable basada en los límites de la ley estatal. Por favor, pregunte a la recepcionista para obtener información sobre nuestras tarifas.

Corrija sus registros médicos: Puede solicitarnos que corriamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacerlo. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono residencial u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente para mantener su privacidad. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables. También obtendremos esa información de usted hoy.

Pídanos que limitemos lo que compartimos o utilizamos: Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su propio bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información, para el pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Si hemos compartido o cómo hemos compartido su información: puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que pregunte, que incluye con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra en un plazo de 12 meses.

Una copia de este aviso de privacidad: Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien que actúe para usted o tome sus decisiones: Si le ha dado a alguien poder legal médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Puede presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados: puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Cumplimiento/Privacidad llamando al (609) 845-3988 o poniéndose en contacto con cualquiera de nuestras oficinas y se le dirigirá a ellos. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Sus opciones: Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos: Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado o compartir información en una situación de socorro en caso de desastre. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. En estos casos, sin embargo, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito: 1. Propósitos de marketing o 2. Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones: Normalmente usamos o compartimos su información médica para tratarlo; para ejecutar nuestras prácticas, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir el pago de planes de salud y otras entidades para que puedan pagar por usted. Se nos permite o se nos exige compartir su información para el bien público, como la salud pública y la investigación y sólo si cumplimos con las condiciones de la ley antes de hacerlo. Para obtener

más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad: Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones tales como: Prevenir enfermedades; Ayudar con las retiradas de productos; Notificación de reacciones adversas a medicamentos; Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; y prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Investigar: Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud, pero solo dentro de la ley.

Para cumplir con la ley: Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos: Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario: Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director funerario cuando alguien muere.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales: Podemos usar o compartir información médica sobre usted: Para reclamos de compensación de trabajadores; Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley; Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades: Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Le avisaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.

Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.

No usaremos ni compartiremos su información excepto como se describe aquí a menos que nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigor: 4/26/18

PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

1. Autorización

Autorizo a _____ a divulgar la información sanitaria protegida que se describe a continuación para _____.

2. Período efectivo

Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de

De:

_____ a _____. O todos los períodos pasados, presentes y futuros.

3. Extensión de la autorización

A. Autorizo la publicación de mi registro de salud completo (incluidos los registros de salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA, y tratamiento de abuso de alcohol o drogas, otra información pertinente a menos que se excluya (ver más abajo)).

B. Autorizo la publicación de mi historial completo con la excepción de la siguiente información:

- Registros de salud mental
- Enfermedades transmisibles (incluyendo VIH y SIDA)
- Tratamiento de abuso de alcohol/drogas
- Resultados de las pruebas genéticas

• Otros (especificar): _____

4. Esta información médica puede ser utilizada por la persona a la que autorizo recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, o otros propósitos que pueda dirigir.

5. Esta autorización estará en vigor y efecto hasta _____ (fecha o evento), momento en el que expira esta autorización.

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que cualquier

persona o entidad ya ha actuado en función de mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene derecho legal a impugnar una reclamación.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con este autorización puede ser divulgada por el destinatario y ya no puede ser protegida por federal es decir

Firma del paciente o representante personal: _____

Nombre impreso del paciente o representante personal y su relación con el paciente:

Iniciales del paciente: _____ Fecha: _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

Derechos de los pacientes

1. El paciente tiene derecho a recibir atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho a conocer el nombre del médico responsable de coordinar su atención.
3. El paciente tiene derecho a obtener información de su médico en términos que puedan entenderse razonablemente. La información puede incluir, pero no se limita a su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y alternativas médicamente significativas para la atención o el tratamiento que pueden estar disponibles. Cuando no sea médicamente aconsejable compartir información específica con el paciente, la información debe ponerse a disposición de una persona adecuada en su nombre. Cuando las alternativas médicas deben incorporarse al plan de atención, el paciente tiene derecho a conocer el nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de los procedimientos y/o tratamientos.
4. El paciente tiene derecho a obtener la información necesaria de su médico para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento y / o tratamiento. La información necesaria incluye, pero no se limita a, el procedimiento y/o tratamiento específico, la duración probable de la incapacidad, los riesgos médicamente significativos involucrados y las disposiciones para la atención de emergencia.
5. El paciente tiene el derecho de esperar que este centro acreditado de cirugía ambulatoria proporcione evaluación, servicios y / o referencias como se indica para situaciones urgentes. Cuando sea médicamente permisible, el paciente o la(s) persona(s) de apoyo designada recibirán información completa y explicación sobre la necesidad y las alternativas para transferirse a otro centro. La instalación a la que el paciente va a ser trasladado debe haber aceptado primero al paciente para su traslado.

6. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

7. El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación financiera y/o profesional que exista entre este centro y otras instituciones educativas y de atención médica en lo que respecta a su atención. El paciente tiene derecho a obtener información sobre cualquier relación profesional que exista entre las personas que participan en su procedimiento o tratamiento.

8. El paciente tiene derecho a ser advertido si este centro acreditado de cirugía ambulatoria propone participar o realizar experimentos humanos que afecten su cuidado o tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en proyectos de investigación.

9. El paciente tiene derecho a toda consideración por privacidad a lo largo de su experiencia de atención médica, incluyendo pero no limitado a, lo siguiente. Confidencialidad y conducta discreta durante las discusiones de casos, consultas, exámenes y tratamientos. Aquellos que no estén directamente involucrados en su cuidado deben tener el permiso del paciente para estar presente. Todas las comunicaciones y registros relacionados con el cuidado del paciente serán tratados como confidenciales.

10. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de la atención, incluyendo, pero no limitado a lo siguiente. El derecho a saber de antemano qué horarios de cita y médicos están disponibles y dónde. El derecho a tener acceso a la información de su médico con respecto a los requisitos continuos de atención médica después del alta.

11. El paciente tiene derecho a acceder y examinar una explicación de su factura independientemente de la fuente de pago.

12. El paciente y la(s) persona(s) de apoyo designada(s) tienen derecho a saber qué reglas y regulaciones del centro se aplican a su conducta como paciente e invitado durante todas las fases del tratamiento.

Responsabilidades del paciente

Es responsabilidad del paciente participar plenamente en las decisiones que involucran su propia atención médica y aceptar las consecuencias de estas decisiones si se producen complicaciones.

Es responsabilidad del paciente dar seguimiento a las instrucciones de su médico, tomar medicamentos cuando se les prescriba y hacer preguntas que se surjan con respecto a su propia atención médica.

Es responsabilidad del paciente proporcionar el nombre de la persona de apoyo en caso de emergencia, y tener esta persona de apoyo disponible cuando se le aconseje hacerlo.

Dirija cualquier inquietud o queja de atención médica a:

El Oficial de Privacidad: Sanjay Cheulkar, Teléfono: (609) 845-3988: Email: info@naspacmd.com

Y la Oficina del Defensor del Pueblo Beneficiario de Medicare Teléfono: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Sitio web:<http://www.medicare.gov/claims-andappeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html>

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

Estimado paciente:

Aunque enviaremos toda la información necesaria a su compañía de seguros para el reembolso oportuno, su compañía de seguros puede enviarle pagos de seguros (cheques) directamente a usted. Sin embargo, enviaremos un poder limitado firmado y una asignación de beneficios en su nombre que les requerirá que nos envíen los cheques para el pago de sus tratamientos.

Los pagos que se le envíen por nuestros tratamientos, ya sea de compañías de seguros primarias o secundarias, deben usarse para pagar cargos pendientes a North American Spine & Pain.

Si recibe un cheque, deposite el cheque del seguro y envíenos un cheque personal o envíenos el cheque del seguro lo antes posible.

Usted seguirá siendo financieramente responsable de todos los cargos pendientes si decide conservar el cheque.

Gracias.

North American Spine and Pain

Fecha: _____ iniciales: _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

ASIGNAMIENTO DE BENEFICIOS Y PODER LIMITADO DE ATTORNEY

Formulario de Asignación de Beneficios y Liberación

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo la asignación de los beneficios y derechos disponibles para mí bajo mi plan de seguro con la compañía de seguros que aparece en la copia de la tarjeta de seguro actual que he proporcionado a North American Spine & Pain (en adelante "NASPAC") para servicios médicos y atención que me brinda el NASPAC. Por la presente autorizo que el pago se realice directamente a NASPAC por todos mis beneficios de seguro médico cubiertos de todos los pagadores de Terceros, incluido mi empleador en el caso de un caso de Compensación del Trabajador. Además, entiendo que soy financieramente responsable de los servicios denegados por no estar cubiertos. Certifico que la información de seguro que he proporcionado a NASPAC es verdadera y precisa y que soy responsable de mantener dicha información actualizada. Soy plenamente consciente de que tener un seguro médico no me exime de mi responsabilidad de asegurar que los cargos por los servicios profesionales y la atención que NASPAC (en adelante "cargos") se paguen en su totalidad. También entiendo que mi compañía de seguros no puede pagar al 100% del monto de los cargos y que puedo ser responsable de todos y cada uno de los cargos no pagados a NASPAC por mi compañía de seguros, incluyendo cualquier parte pagada y no aplicada a los beneficios dentro de la red para cualquier servicios de twork. Acepto pagar el monto total de todos y cada uno de los cargos de conformidad con las tarifas programadas de **NASPAC, cuyas copias están disponibles para mí previa solicitud antes del tratamiento.**

Autorizo a NASPAC a divulgar (1) la información necesaria para asegurar el pago de beneficios y/o (2) registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya hecho a otros proveedores médicos. Esta información puede estar relacionada con (a) la edad; (b) historia clínica, condición y/o atención; (c) salud física y/o mental; (d) ocupación; (e) ingresos; (f) avocaciones; (g) registros de conducción; y/o (h) otras características personales. Esta autorización se extiende a la información sobre el consumo de alcohol, drogas y/o tabaco; el diagnóstico y/o tratamiento de la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; y el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales.

Autorizo a NASPAC a presentar reclamos en mi nombre a mi compañía de seguros. Estoy totalmente de acuerdo y entiendo que la presentación de una reclamación no me exime de mi responsabilidad de garantizar que todos los cargos se paguen en su totalidad. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

Designo, autorizo y nombro irrevocablemente a NASPAC como mi verdadero y legal abogado de hecho. Este poder es proporcionado con el propósito limitado de recibir todos los pagos adeudados bajo mi plan de seguro a causa de los servicios médicos y la atención que NASPAC me presta o que me den a mí. Por la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi abogado de hecho de conformidad con la autoridad otorgada en el presente documento. Autorizo a mi compañía de seguros a ceder y transferir todos y cada uno de mis beneficios y derechos de plan aplicables a NASPAC, incluido el

derecho a recibir cualquier documento y recurso del plan aplicable y a presentar apelaciones y/o litigios en mi nombre. Esta autorización incluye cualquier derecho que me adeude permisible bajo las leyes estatales y federales.

Instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que pague NASPAC directamente. Esto incluye cualquier evento en el que NASPAC pueda estar fuera de la red. **Entiendo que bajo ERISA, tengo el derecho y la autoridad de dirigir a dónde se envía el pago por los servicios prestados.** Si mi póliza actual prohíbe el pago directo a NASPAC; bajo mis derechos por las regulaciones estatales y federales de ERISA, instruyo y dirijo a mi compañía de seguros para proporcionar documentación de SPD que indique dicha cláusula de no asignación a mí y NASPAC a petición y inmediatamente si está en disputa. Tras la prueba de no asignabilidad, instruyo a mi compañía de seguros para que me haga el cheque y lo envíe directamente a NASPAC para los beneficios de gastos profesionales y /o médicos permitidos y de otra manera pagaderos a mí bajo mi póliza de seguro actual como pago hacia los cargos totales. Estoy de acuerdo y entiendo que cualquier fondo que reciba de mi compañía de seguros por servicios y cuidados prestados por NASPAC será firmado inmediatamente y enviado directamente a NASPAC. Si mi compañía de seguros me envía un cheque para el pago directamente, acepto entregar inmediatamente el cheque a NASPAC, ya que entiendo que NASPAC tiene derecho a la posesión inmediata del cheque.

Esta es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo mi póliza de seguro. He acordado pagar cualquier saldo de los cargos por encima de cualquier pago de seguro. Autorizo a NASPAC a recibir cualquier cheque de mi compañía de seguros en mi cuenta, avalarlos para su depósito y depositar y aplicar los ingresos para el pago en mi cuenta. Además, autorizo a NASPAC a depositar los cheques recibidos en mi cuenta cuando se me hacen.

Autorizo la divulgación de cualquier información pertinente a mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador y/o abogado involucrado en este caso. Autorizo a NASPAC a ser mi representante personal, lo que le permite: (1) presentar todas y cada una de las apelaciones cuando mi compañía de seguros me niega los beneficios a los que tengo derecho; (2) presentar todas y cada una de las solicitudes de información sobre beneficios de mi compañía de seguros; y (3) iniciar quejas formales a cualquier agencia estatal y/o federal que tenga jurisdicción sobre mis beneficios; y (4) iniciar y defender cualquier litigio en mi nombre.

Entiendo y acepto que soy responsable del pago total de los cargos totales si mi compañía de seguros se ha negado a pagar el 100% de mis beneficios basados en cargos facturados dentro de los noventa días de cualquier apelación o solicitud de información. En caso de que mi cuenta sea referida a un abogado o agencia externa para su cobro, acepto pagar los honorarios razonables de los abogados de NASPAC y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas tendrán intereses a un tipo máximo no superior al 30% de interés por anum. Entiendo y acepto que las multas impuestas contra mi compañía de seguros serán pagadas a NASPAC por actuar como mi representante personal.

Autorizo a NASPAC y a sus asociados a proporcionarme atención médica y tratamiento según los estándares actuales. Cualquier acción derivada de esta Asignación de Beneficios Formulario y Liberación será instituido, procesado y mantenido en el Condado de Burlington, Nueva Jersey. Una fotocopia de este Formulario y Liberación de Asignación de Beneficios se considerará efectiva y válida como el original. Si alguna parte o disposición de este Formulario y Liberación de Asignación de Beneficios se considerará nula o inválida, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y efecto.

Firma: _____

Fecha ____/____/____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICAR LA INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE POR CORREO DE VOZ O CORREO ELECTRÓNICO

Entiendo que los miembros del equipo norteamericano de Spine & Pain a veces tendrán que ponerse en contacto conmigo.

- **Todo permiso a North American Spine & Pain para dejar un mensaje con información médica relevante en mi teléfono celular - Teléfono celular y / o Correo electrónico con respecto a la comunicación de mi atención médica, tales como instrucciones relacionadas con el tratamiento , necesidades clínicas, de facturación y/o de cita.**
- **No doy permiso a North American Spine & Pain para dejar un mensaje en mi teléfono residencial, teléfono celular, teléfono de trabajo o correo electrónico con respecto a la comunicación de mi atención médica, tales como instrucciones relacionadas con el tratamiento, clínica, facturación y / o necesidades de cita. Entiendo que la selección de esta opción puede resultar en una comunicación retrasada de los detalles relacionados con el tratamiento de información pertinente, confirmaciones de citas, comunicaciones de facturación o devueltas de llamadas. Entiendo que seré responsable de hacer un seguimiento para obtener esta información.**

Enumere a continuación cualquier persona(s) a la que autorice el acceso a su información médica y/o nos autorice a dejar un mensaje detallado con respecto a todos los aspectos de su atención médica, historial financiero u otra información pertinente a su tratamiento, pago o nuestra Operaciones

Nombre: _____ **Número de contacto:** _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Número de contacto: _____

Entiendo que puedo cambiar y/o revocar esta autorización en cualquier momento notificando a North American Spine and Pain por escrito completando un formulario actualizado. Esta autorización expira previa notificación por escrito.

Firma del paciente: _____

Si el paciente es menor de 18 años y no es un menor emancipado, se requiere un nombre y una firma de padre/tutor: Atestiguo que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente, no son un menor emancipado, y tengo la autoridad legal para ejecutar la liberación anterior.

Nombre: _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

ACUERDO DE SUBSTANCE CONTROLADA

Yo, _____ tel: (_____)_____ Estoy de acuerdo en acatarlo si me imponen sustancias condicionadas al tiempo o según sea necesario. He sido completamente abierto con mi médico de manejo del dolor y he revelado cualquier historia de abuso de sustancias anteriores y todos los medicamentos actualmente prescritos por otros médicos.

1. Los medicamentos serán tomados según las indicaciones de mi médico. Tendré suficiente medicación para durar hasta mi próxima visita. Si me quedo sin medicamentos antes de mi próxima cita, NO SE PUEDE AUTORIZAR NINGUNA MEDICAMENTO ADICIONAL.
2. Entiendo que necesito tener una cita mensual con mi médico o enfermero practicante para el manejo de medicamentos. Entiendo además que las cuestiones de recarga sólo se debatirán por teléfono los lunes y jueves en una situación urgente. Las llamadas telefónicas no se devolverán en los problemas de recarga otros días de la semana. Las recargas NUNCA se hacen durante los fines de semana.
3. Entiendo que las recetas de sustancias controladas generales NO PUEDEN ser telefoneadas o por fax a una farmacia. Todas las recetas **deben** ser cumplimentadas en el estado de Nueva Jersey.
4. Entiendo que las recetas de sustancias controladas son mi responsabilidad. Si algo sucede con mis recetas (perdido, robado, tirado por el inodoro, etc.), soy personalmente responsable. En tales circunstancias, las recetas no serán reescritas ni reordenadas.

5. Entiendo que debo obtener TODAS mis recetas para sustancias controladas sólo de la columna y el dolor de América del Norte mientras está bajo su cuidado. Notificaré a mi médico del dolor si recibo una sustancia controlada de cualquier otro médico o fuente. Si violo y obtengo una sustancia controlada de cualquier otra fuente, o si doy o vendo cualquier sustancia o recetas controladas, entonces he violado este acuerdo.

6. Si le parece al médico que no hay beneficios demostrables a mi función diaria o calidad de vida de la sustancia controlada, poco a poco reduciré mis medicamentos según lo prescrito por el médico. No responsabiliza a North American Spine & Pain o a ningún miembro del personal de North American Spine & Pain por problemas causados por mal uso, abuso o interrupción de sustancias controladas.

7. Informaré a mi médico inmediatamente si desarrollo efectos secundarios graves, o a una sala de emergencias debido al dolor, o si me quedo embarazada, porque si tengo la edad fértil, podría dar a luz a un niño dependiente físico de una sustancia controlada. Estos problemas serán revisados con mis médicos de manejo del dolor.

8. Entiendo que si desarrollo otra condición de dolor (dolor de dientes, dolor abdominal, etc.) esto no me permite auto-aumentar mis medicamentos. Voy a ver a mi médico local, revelar todos los medicamentos que estoy tomando e informar de la columna vertebral y el dolor de América del Norte de cualquier medicamento adicional que se han ordenado antes de tomarlos.

9. Los signos de adicción y dependencia psicológica se interpretarán como una necesidad de destete y desintoxicación.

10. Acepto someterme a un análisis de orina y/o sangre para documentar los niveles sanguíneos apropiados de analgésicos prescritos y para detectar el uso de medicamentos no prescritos en cualquier momento.

Entiendo que puedo ser dado de alta de North American Spine & Pain por cualquier resultado positivo para drogas ilegales, por una muestra de orina que tiene una lectura de temperatura por debajo de 90 grados, por negarse a dar una muestra de orina cuando se solicita o por no aparecer en designado laboratorio fuera del sitio en la cantidad asignada de tiempo que se me da para llegar allí.

Iniciales: _____

11. Existe riesgo de sedación excesiva cuando las sustancias controladas se combinan con sedantes, hipnóticos o depresores como el alcohol. Por lo tanto, acepto evitar el uso simultáneo de tales sustancias no prescritas.

12. Reconozco que el dolor crónico representa un problema complejo que puede beneficiarse de las estrategias de fisioterapia, psicoterapia y modificaciones del comportamiento para asegurar un mayor funcionamiento y mejores habilidades de afrontamiento. También

reconozco que mi participación activa es extremadamente importante, participaré activamente en TODOS los aspectos del Programa de Manejo del Dolor y/o cualquier recomendación que me den para tratamiento adicional.

13. Entiendo que mi médico de manejo del dolor puede necesitar discutir mi cuidado con los miembros de la familia u otros médicos. Permitiré dicha comunicación, pero sólo con mi consentimiento previo y siempre y cuando mantenga la confianza de mi relación médico-paciente.

14. Entiendo que puedo ser contactado al azar y se me pide que participe en un procedimiento de conteo de píldoras. Se me dará 24 horas para presentarme a la práctica con todas mis sustancias controladas prescritas de la práctica o se me puede pedir que lo haga antes de mi próxima visita sin previo aviso. Si no puedo presentarme a la práctica dentro de las 24 horas que se me han pedido, presentaré a la farmacia más cercana dentro de las 24 horas y seguiré las instrucciones que me ha proporcionado el personal médico que me contacta.

15. Entiendo que mi compañía de seguros será facturada por cualquier prueba que North American Spine & Pain considere necesaria junto con mi cuidado. Si mi compañía de seguros no paga por las pantallas de medicamentos u otras pruebas, seré responsable de pagar por estos yo mismo, directamente al laboratorio que se me asigna si es apropiado bajo mis obligaciones de pago.

Entiendo perfectamente que si no cumpro con los párrafos anteriores, entonces puedo (a discreción de mi médico del dolor) ya no recibir ningún tipo de medicamento de sustancia controlada de North American Spine & Pain. Entiendo que si tengo un problema o preguntas con cualquiera de los párrafos anteriores, puedo hacer una cita para discutir esto con mi médico y recibir aclaraciones.

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Firma del testigo: _____

Firma del médico: _____

Firma del Empleado: _____

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

DIRECTIVA AVANZADA

La ley de Nueva Jersey exige que todos los centros de atención médica pregunten a cada uno de sus pacientes si tienen una directiva anticipada (que a veces también se conoce como un "testamento vital"). En North American Spine and Pain, hemos hecho de esta pregunta parte del proceso de admisión. Además, solicitamos que si usted tiene una directiva anticipada, **lleve una copia de la misma a North American Spine and Pain antes o en su próxima cita programada.**

Una directiva anticipada es utilizada por una persona para indicar una opción voluntaria e informada de aceptar, rechazar o elegir entre cursos alternativos de tratamiento médico y permite a la persona dar instrucciones por escrito a quienes lo cuidan, indicando el tipo de atención médica que desearía recibir o rechazar en caso de que él o ella se vuelva incapaz de expresar estas decisiones.

Existen dos tipos diferentes de directivas avanzadas:

Una Directiva de Proxy – Este es un documento en el que un adulto competente designa a un pariente o amigo de confianza para tomar decisiones de atención médica en su nombre cuando no puede tomar estas decisiones.

- 1. Una Directiva de Instrucción –** En este documento, un adulto competente proporciona instrucciones por escrito sobre el tipo de tratamiento médico que desea o no desea que se realice para él o ella en qué circunstancias.

Un folleto que contiene información sobre directivas anticipadas está disponible en la División de Envejecimiento, si desea recibir el folleto, por favor haga su solicitud a:

Estado de NJ

División de Servicios Humanos

La División del Envejecimiento

101 South Broad Street

CN 807

Trenton

POR FAVOR ENVIAR O TRAER UNA COPIA DE SU DIRECTIVA AVANZADA A NORTH AMERICAN SPINE Y PAIN ANTES DE SU PUNTO ESTABLECIDO.

North American Spine and Pain

404 Creek Crossing Blvd

Hainesport, NJ 08036

P 609-845-3988

F 609-288-6078

www.naspacmd.com

RECONOCIMIENTO DE RECIBIR AVISOS

Por la presente reconozco que North American Spine and Pain me ha proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA y reconozco que pueden usar y divulgar mi información médica para fines autorizados por la HIPAA, como el propósito de tratarme, obtener el pago por los servicios prestados a mí, y la realización de operaciones y servicios de atención médica de rutina.

También reconozco que se me ha brindado la oportunidad de determinar medios alternativos de comunicación por correo de voz y avisos electrónicos. También se me ha brindado la oportunidad de determinar qué información me gustaría que se excluya de la divulgación como mi derecho y a la que North American Spine and Pain puede divulgar mi información como mi elección, que incluirá información hasta e incluyendo información de salud (PHI).

Por la presente también reconozco que se me ofreció y acepto información escrita sobre directivas avanzadas. También he firmado un poder notarial limitado para permitir la asignación de mis beneficios a North American Spine and Pain con el fin de que reciban el pago directo de mi compañía de seguros por mi tratamiento cuando sea necesario.

Reconozco que estoy de acuerdo en traer o prever que una escolta me lleve a casa el día de un procedimiento.

También he recibido y aceptado información sobre mis derechos como paciente (Derechos del Paciente).

Fecha: _____ Nombre del paciente impreso o tutor legal: _____