

## Información del Paciente

**\*Porfavor presente TODAS las tarjetas de seguro médico y licencia de conducir al momento de su visita.  
COMPLETE TODOS LOS CAMPOS lo mejor posible.**

Nombre: \_\_\_\_\_ (Inicial Segundo Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de trabajo: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico referente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Plan de Seguro Primario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Titular del plan de seguro principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección postal del titular del plan (si diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Teléfono del titular del plan: \_\_\_\_\_ Celular del titular del plan: \_\_\_\_\_

Plan de seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Titular del plan de seguro secundario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Patient Release: DEBE SER FIRMADA POR EL PACIENTE:** Entiendo que Nu-Spine, LLC preparará cualquier papeleo necesario para ayudarme a realizar el cobro de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado para pagarse directamente a Nu-Spine, LLC será cargado a mi cuenta. Entiendo que cualquier persona que presente a sabiendas una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa o que presente a sabiendas información fraudulenta, como identificación personal o información de seguro no válida, está sujeta a sanciones civiles y penales. Entiendo y acepto que todos los servicios que se me presten se facturarán a mi seguro y que soy responsable del pago. Por la presente también autorizo al personal de Nu-Spine, LLC a divulgar cualquier información pertinente a mi caso con respecto a la enfermedad, condición o discapacidad y su tratamiento, a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso. También doy permiso para dejar mensajes en los números de teléfono de las compañías de seguros y / o de los abogados con respecto a mi expediente Y en los números de teléfono de la casa o del trabajo antes mencionados con respecto a la programación de citas y atención.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Accidente de automóvil / Compensación de trabajadores

Si está siendo visto como resultado de un caso de Accidente de Auto o Compensación al Trabajador,  
**COMPLETE TODOS LOS CAMPOS lo mejor posible.**

Nombre: \_\_\_\_\_ (Inicial Segundo Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_

¿Tuviste un accidente?:

Automovilístico  Compensación de Trabajadores  Caída  Levantamiento  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente / lesión: \_\_\_\_\_ Ubicación del accidente / lesión: \_\_\_\_\_

¿Eras el:  Conductor  Pasajero  Peatón  Otro: \_\_\_\_\_ ?

### **INFORMACIÓN DEL ABOGADO**

Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono del abogado: \_\_\_\_\_

Firma del Abogado: \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

No. de reclamo: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del representante de reclamaciones: \_\_\_\_\_

Teléfono del representante de reclamaciones: \_\_\_\_\_

Administrador del caso: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Patient Release: DEBE SER FIRMADA POR EL PACIENTE:** Entiendo que Nu-Spine, LLC preparará cualquier papeleo necesario para ayudarme a realizar el cobro de la compañía de seguros y que cualquier monto autorizado para pagarse directamente a Nu-Spine, LLC será acreditado en mi cuenta. Entiendo que cualquier persona que presente a sabiendas una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa o que presente a sabiendas información fraudulenta, como identificación personal o información de seguro no válida, está sujeta a sanciones civiles y penales. Entiendo y acepto que todos los servicios que se me presten se facturarán a mi seguro y que soy responsable del pago. Por la presente también autorizo al personal de Nu-Spine, LLC a divulgar cualquier información pertinente a mi caso con respecto a la enfermedad, condición o discapacidad y su tratamiento, a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en este caso. También doy permiso para dejar mensajes en los números de teléfono de las compañías de seguros y / o de los abogados con respecto a mi expediente Y en los números de teléfono de la casa o del trabajo antes mencionados con respecto a la programación de citas y atención.

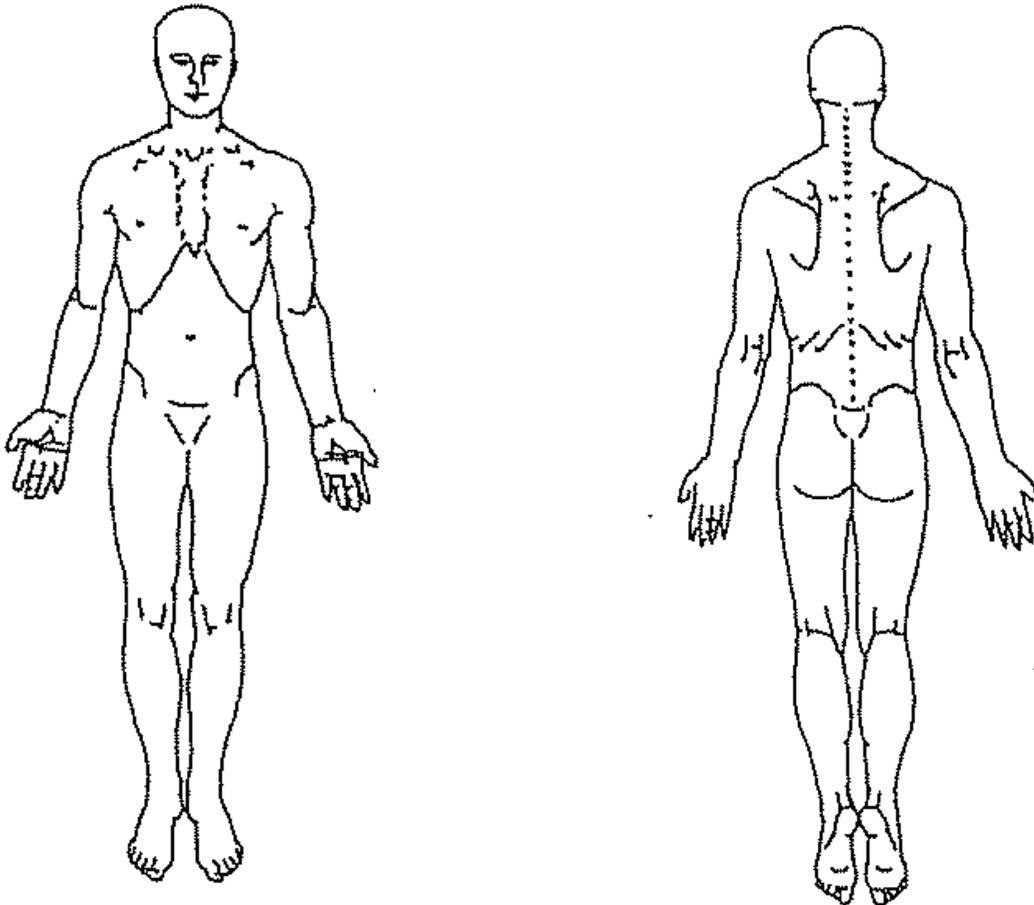
Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Queja Principal

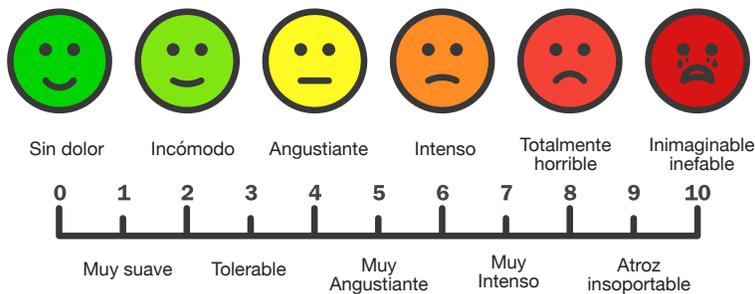
Describe el (los) motivo (s) de su visita hoy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ¿Dónde están experimentando dolor?

- Por favor indique **P** para dolor, **N** para entumecimiento y **T** para hormigueo en cada área. Sombree el área según sea necesario para mostrar el área completa donde experimenta dolor.
- Si hay varias ubicaciones, indique dónde el dolor es más severo.



### Indique el nivel de dolor





**Tratamiento conservador antes de la visita al consultorio hoy**

	Exitoso (Sí / No)	¿Experimentó un alivio temporal?	Comentarios (última visita)
Reposo en cama			
Collar cervical			
Analgésicos			
Terapia física			
Terapia quiropráctica Nombre del quiropráctico: _____			
Manejo del dolor Nombre del médico _____			
Inyección epidural de esteroides			

**Revisión de sistemas**  
 Encierre en un círculo todo lo que corresponda a su estado de salud actual.

<b>General</b>	Pérdida o aumento de peso	Fatiga	Fiebre o escalofríos	Debilidad	Problemas para dormir	Cambio de apetito
<b>Piel</b>	Erupciones	Bultos	Picazón	Resequedad	Cambios de color	Cambios en cabello y uñas
<b>Cabeza/cuello</b>	Lesión craneal	Dolor de cabeza	Bultos en el cuello	Dolor de cuello	Rigidez en el cuello	Glándulas inflamadas
<b>Oídos</b>	Disminución de la audición	Zumbido en los oídos (tinnitus)	Dolor de oídos	Drenaje		
<b>Ojos</b>	Glaucoma	Cataratas	Luces intermitentes	Manchas/ Flotadores		
<b>Nariz</b>	Congestión	Descarga nasal	Picazón	Fiebre del heno	Hemorragias nasales	Dolor de sinusitis
<b>Garganta</b>	Dolor de garganta	Ronquera	Úlceras de boca	Dentadura postiza	Dolor de lengua	Boca seca
<b>Cardiovascular</b>	Dolor de pecho	Edema de piernas (hinchazón)	Palpitaciones	Pérdida de conocimiento		
<b>Gastrointestinal</b>	Dolor abdominal	Náuseas / Vómito	Diarrea / Estreñimiento	Sangrado rojo brillante por el recto	Heces alquitranadas oscuras y negras	
<b>Endocrino</b>	Diabetes	Hipertiroidismo	Hipotiroidismo	Transpiración		
<b>Respiratorio</b>	Tos (seca o húmeda)	Espujo (color y cantidad) _____	Toser sangre	Dificultad para respirar	Sibilancias	Respiración dolorosa
<b>Neuro</b>	Hormigueo / entumecimiento	Incontinencia intestinal / vesical	Convulsiones	Entumecimiento de la ingle	Temblores	
<b>Musculoesquelético</b>	Dolor de cadera	Dolor de rodilla	Dolor de hombro	Dolor de espalda	Dolor de articulaciones	

**Social History**

	Nunca*	Ocasionalmente	Frecuentemente	Diario
Uso de alcohol				
Tabaco Especifica: _____				
Cigarros				
Drogas ilícitas Especifica: _____				
Vape				

\* Si ha dejado de fumar, indique cuándo.

¿Su visita de hoy está relacionada con un accidente automovilístico o lesión de compensación laboral? \_\_\_\_\_

**\* En caso afirmativo, complete también el formulario de compensación de trabajadores / accidentes automovilísticos.**

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**NU • SPINE LLC**

OFFICE PHONE: (732) 640-8203  
BILLING PHONE: (732) 441-7177

P.O. Box 11 Middletown NJ 07748

info@nu-spine.com  
Billing FAX: (732) 441-7165

## **Reconocimiento de responsabilidad por gastos médicos mayores fuera de la red.**

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado por NU SPINE LLC que no están participando con mi compañía de seguros de salud y por lo tanto están fuera de la red de cobertura.

Yo entiendo que como NU SPINE LLC es un proveedor no participante, todo el tratamiento prestado se aplicará a mis beneficios fuera de la red y que puedo tener costos adicionales de mi bolsillo tales como servicios no cubiertos, deducibles y/o responsabilidad de co-seguro.

También entiendo que cualquier pago de mi seguro hecho a mi nombre o al del suscriptor y/o enviado a mi dirección será entregado inmediatamente a NU SPINE LLC con los endosos apropiados y una copia de la explicación de beneficios (EOB).

Además, entiendo que cualquier pago de la compañía de seguros depositado por mí en mi cuenta bancaria personal sin el correspondiente pago inmediato hecho por mí a NU SPINE LLC puede ser considerado como robo de servicios, lo que podría dar lugar a que mi cuenta sea remitida a cobros y, posiblemente, a ser considerado personalmente responsable en un tribunal de justicia competente de Nueva Jersey.

Por último, voy a proveer a NU SPINE LLC cualquier cobertura de seguro secundario para cubrir algunos, si no todo el saldo adeudado. Si no se proporciona un seguro secundario, entiendo que voy a ser 100% responsable de los saldos pendientes y estoy de acuerdo en pagar y / o negociar el saldo adeudado.

\_\_\_\_\_  
(Paciente/Padres/Tutor Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Asignación de Prestaciones y Autorización

Paciente: \_\_\_\_\_ Ins. Company \_\_\_\_\_

ID# / Reclamación # \_\_\_\_\_

**En consideración a los servicios profesionales prestados por Nu Spine LLC, y sus proveedores de atención médica afiliados ("Proveedores de atención médica"), por la presente dirijo, autorizo, asigno y consiento irrevocablemente lo siguiente:**

1. La asignación de mis derechos a facturar, cobrar, apelar y/o arbitrar mis reclamaciones de prestaciones del seguro de salud con respecto a la reclamación arriba mencionada a los Proveedores de Servicios de Salud, incluyendo pero no limitándose a los honorarios del centro quirúrgico, suministros, médico de cabecera, asistente, anestesia y cualquier otro honorario relacionado con mi reclamación, de acuerdo con mis derechos bajo la ley estatal y/o federal incluyendo pero no limitándose a los estatutos federales de ERISA, la Ley de Autorización, Procesamiento y Pago de Reclamaciones de Salud de Nueva Jersey (HCAPPA) y la Ley de Calidad de la Atención Médica de Nueva Jersey.
2. La autorización a los Proveedores de Salud para que actúen como mi agente de hecho con respecto a todos los aspectos relativos a mi reclamación y para que reciban todas las comunicaciones relativas a la reclamación y a cualquier apelación o arbitraje de la denegación de mi reclamación como beneficiario sustituto en virtud de mi póliza de seguro médico, ya sea de financiación completa o autofinanciada.
3. La autorización de los Proveedores de Atención Médica para iniciar, procesar y resolver todas y cada una de las apelaciones y/o arbitrajes y/o acciones legales sobre la denegación de mi reclamación, incluyendo pero no limitándose a las apelaciones internas con la aseguradora, entidades o agencias de revisión externas, así como arbitrajes y asuntos de litigio en tribunales estatales o federales, incluyendo, pero sin limitarse a, reclamaciones en virtud de los estatutos federales de ERISA, la Ley de Autorización, Procesamiento y Pago de Reclamaciones de Salud de Nueva Jersey (HCAPPA), la Ley de Calidad de la Atención Médica de Nueva Jersey (HCQA) y reclamaciones por lesiones personales en virtud del estatuto de Protección contra Lesiones Personales (PIP)/Sin Culpa de Nueva Jersey N. J.S.A 39:6A.
4. La autorización de los Proveedores de Atención Médica para obtener y/o divulgar cualquier Información de Salud Privada según lo contemplado por la HIPAA limitada a mi reclamo de beneficios del seguro y cualquier apelación del mismo. He firmado una autorización HIPAA por separado al respecto.
5. La autorización de los Proveedores de Atención Médica para presentar una queja con respecto a cualquier denegación de mi(s) reclamación(es) ante el Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Nueva Jersey, el Departamento de Banco y Seguros de Nueva Jersey, el Departamento Federal de Trabajo, en lo que respecta al plan ERISA, así como cualquier otra agencia gubernamental con jurisdicción sobre mi reclamación y/o la aseguradora.
6. La autorización para el pago de todas y cada una de las prestaciones del seguro realizadas directamente a los Proveedores de Salud a las que pudiera tener derecho en virtud de mis reclamaciones.
7. Por la presente, cedo a Nu Spine LLC todos mis derechos en virtud de mi contrato de seguro, incluidos todos mis derechos regidos por los estatutos y reglamentos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluidos, sin limitación alguna, mis derechos a "recuperar beneficios" en virtud de la Sección 502(a)(1)(B) de ERISA 502(a)(1)(B), mis derechos a recuperar las sanciones civiles previstas en el artículo 502(c)(1)(B) de ERISA y mis derechos a presentar reclamaciones por incumplimiento fiduciario en virtud de los artículos 502(a)(2) y 502(a)(3) de ERISA.

Nombre del Paciente (print) : \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo(print): \_\_\_\_\_ Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_