



**PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.  
SPINE AND TRAUMA INSTITUTE, P.C.**

111 Galway Place Suite 300, Teaneck, NJ 07666 Phone: 201-833-9500 Fax: 201-862-0095 \* [www.premortho.com](http://www.premortho.com)

**REGISTRACION DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Seg nomb.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apto#: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino Estado Civil:  Casado/a  Soltero/a  
 # de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  Femenino  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a  
 Número de Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número del trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Número del celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de emergencia ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico (E-MAIL): \_\_\_\_\_ Número de Fax ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de la farmacia ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Si el paciente es un menor, nombre completo del guardián: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Nombre del Doctor Primario:** \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
**Nombre del Doctor que lo refirió:** \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
**Nombre del abogado que lo refirió:** \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
 ID/# de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Co-Pago: \$ \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado(Si no es el paciente) Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación:  Mismo  Esposo/a  Hijo/a  
**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_ Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
 ID/# de póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Co-Pago: \$ \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre de asegurado(Si no es el paciente) Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ S.S.# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación:  Mismo  Esposo/a  Hijo/a

**Compensación del Trabajo** /  **Lesiones causadas por un accidente de auto (marque uno)**  
 Empleado por: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Seguro: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Reclamo \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Representante (Ajustador) del caso \_\_\_\_\_ Fecha del accidente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 El accidente ha sido reportado al seguro:  No  Si, cuando \_\_\_\_\_

Comprendo que es mi responsabilidad proveer la información correcta para que puedan presentar a mi seguro. Acepto que la omisión o falla en la información declarada pueda hacerme responsable del pago de los servicios recibidos.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR INSURANCE SUBMISSION (AUTORIZACIÓN PARA SUMISIÓN AL SEGURO)**

I authorize the use of this form on all insurance submissions.

*(Yo autorizo el uso de este formulario en todas las presentaciones de seguros.)*

**AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION (AUTORIZACIÓN DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MÉDICA)**

I authorize the release of medical information pertaining to my history, services rendered or treatment given to me or my dependents for purposes of review of my insurance claim.

*(Autorizo la divulgación de información médica relacionada con mi historial, los servicios prestados o el tratamiento que recibí para mí o para mis dependientes a fin de revisar mi reclamo de seguro.)*

**ASSIGNMENT AUTHORIZATION (ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS)**

I hereby authorize payment of benefits to be made to the physician rendering the services. I understand that regardless of any insurance coverage I might have, I will be held responsible for any costs, which are not covered by my insurance, including any deductible, co-pay, denied or uncovered services.

*(Por la presente autorizo que el pago de los beneficios se realice al médico que presta los servicios. Entiendo que independientemente de cualquier cobertura de seguro que pueda tener, seré responsable de cualquier costo que no esté cubierto por mi seguro, incluidos los deducibles, copagos, servicios denegados o no cubiertos.)*

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Signature (Firma del Paciente o Guardián)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Please print your name (Por favor escriba su nombre)

**NO FAULT/ WORKER'S COMPENSATION ASSIGNMENT AUTHORIZATION  
(ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS COMPENSACIÓN DE TRABAJO/ACCIDENTE DE AUTO)**

In consideration of services rendered or to be rendered, I hereby authorize payment directly to the provider of health-services and/or his/her assignees for any and all first party No-Fault automobile insurance/Worker's compensation benefits to which I may be entitled. In the event that the provider's charges are outstanding and I fail to file an Application for Benefits, I hereby authorize the provider to file such claim on my behalf so that he/she may obtain payment for services rendered to me. I understand that if the provider does not receive payment from the insurer, I am personally responsible and liable for the payment of his/her charges.

*(En relación a los servicios suministrados o que serán suministrados, por esta firma, yo autorizo que los beneficios de la Compañía de Seguro de Automóvil primaria/u otra, o beneficios de Compensación de Trabajo a los que sea acreditado el derecho, se hagan pagar directamente al proveedor de servicios médicos y/o a sus asignados. En el caso que los cargos del proveedor de servicios médicos estén pendientes y yo no haya sometido una Aplicación de Beneficios, autorizo con mi firma al proveedor a someter el reclamo en mi nombre para que el pueda recibir los pagos por los servicios suministrados a mi persona. Comprendo que si el proveedor no recibirá pagos de la compañía de seguro, yo seré personalmente responsable por los pagos de los cargos.)*

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Signature (Firma del Paciente o Guardián)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Please print your name (Por favor escriba su nombre)

**FOR FEMALE PATIENTS (PARA LAS PACIENTES FEMENINAS)**

I understand that in a course of my treatment I may have x-rays (radiographs); I agree to inform the doctor if I am or may be pregnant. Entiendo que para el tratamiento médico se puedan necesitar radiografías y por lo tanto informaré al médico si estoy o puede ser que esté embarazada.

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian Signature (Firma del Paciente o Guardián)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Please print your name (Por favor escriba su nombre)

## Consentimiento para propósito de Tratamiento, Pago y Operaciones de Asistencia Médica

Consiento al uso o la revelación de mi *confidencialidad médica* por parte de **Premier Orthopaedics & Sports Medicine, P.C. (Premier) y/o Spine and Trauma Institute, P.C. (STI), and/or Advanced Center for Excellence in Spine Surgery (ACES)** para el propósito de diagnosticar o proporcionarme tratamiento, obtener pago de mis cuentas de asistencia médica, o para conducir operaciones de asistencia médica por parte de **PREMIER/STI/ACES**. Este consentimiento incluye, a no ser que les notifique lo contrario, el referido a proveedores de tratamiento médico por texto o correo electrónicos dentro de **PREMIER/STI/ACES** o fuera de la práctica, por ejemplo, nombre, número de contacto y diagnóstico.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Comprendo que mis diagnósticos o tratamientos dados por **PREMIER/STI/ACES** pueden ser condicionados por mi consentimiento, representado por mi firma en este documento.

Comprendo que tengo el derecho de solicitar restricción en cuanto a la forma en la cual mi *confidencialidad médica* es utilizada o revelada para llevar a cabo mi tratamiento, pagos, u operaciones de asistencia médica de la práctica **PREMIER/STI/ACES** no está sujeta a aceptar mis restricciones. Sin embargo, si **PREMIER/STI/ACES** acepta alguna restricción solicitada, la restricción obligará a **PREMIER/STI/ACES**.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, con excepción al alcance de lo que **PREMIER/STI/ACES** ya haya actuado con anterioridad en relación a este consentimiento.

La "*confidencialidad médica*" incorpora información de salud e incluye datos personales, conseguidos por mí, y/o creados/recibidos por mi médico u otro proveedor de asistencia médica, mi empleador, plan de la salud o compañía de compensación de accidentes. La *confidencialidad médica* se relaciona a mi salud o condición física y/o mental (en el pasado, presente o futuro), y puede identificarme o se presume que pueda hacerlo.

Mi *confidencialidad médica* puede ser revelada a mis miembros de familia más cercana a menos que solicite lo contrario.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Puedo ser contactado en mi casa, en el trabajo o por teléfono celular. Los mensajes pueden ser dejados en mi contestador y/o mandados como textos o correo electrónico, a menos que indique lo contrario.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

Comprendo que tengo el derecho de revisar la Notificación de Privacidad de **PREMIER/STI/ACES** antes de firmar este documento. La Notificación de Privacidad de **PREMIER/STI/ACES** me ha sido proporcionada. La Notificación de Privacidad describe los tipos de usos sobre mi *confidencialidad médica* que ocurrirán durante mi tratamiento, el pago de mis cuentas o conduciendo operaciones de asistencia médica por **PREMIER/STI/ACES**. La Notificación de Privacidad de **PREMIER/STI/ACES** es proporcionada en:

**663 Palisades Avenue, Cliffside Park, NJ 07010**  
**586 Kearny Ave, Kearny, NJ 07032**  
**3196 Kennedy Boulevard, Union City, NJ 07087**

**1255 Broad Street, Bloomfield, NJ 07003**  
**403 Grand Ave, Englewood, NJ 07631**

Esta Notificación de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de **PREMIER/STI/ACES** con respecto a mi *confidencialidad médica*.

**PREMIER/STI/ACES** reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en la Notificación de Privacidad.

Puedo obtener la Notificación de Privacidad llamando a una de las oficinas y solicitando que me manden por correo una copia revisada, o pidiendo una en mi próxima visita.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Personal



**PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.  
SPINE AND TRAUMA INSTITUTE, P.C.**

**Administrative Office: 111 Galway Place Suite 300, Teaneck, NJ 07666**

**Phone: 201-833-9500 Fax: 201-862-0095**

**Web site: www.premortho.com**

- Spinal Surgery
- American Board of Orthopaedic Surgeons

- Sports Medicine
- Adult Reconstructive Surgery

Howard Baruch, MD.  
Iris Drey, MD.  
Danielle Groves, MD.  
Justin Yucht, DO.  
Rai Kang, DPM.  
Michael T. Murray, MD.

Christine Corradino, MD.  
Barry S. Finkelstein, DPM.  
Mohammad H. Dorri, MD  
Nicholas Delaney, MD.  
Alexandra Carrer, MD

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION  
AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION**

To/Para: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**This will authorize you to prepare medical reports and/or permit the bearers to review, inspect, copy and/or photocopy any or all of the following in your possession or control.**

*Esto le autorizará a preparar informes médicos y / o le permitirá a los portadores revisar, inspeccionar, copiar y / o fotocopiar cualquiera o todos los siguientes elementos en su posesión o control.*

1. **X-Rays, films, and reports.**  
*Rayos Xs, placas y reportes*
2. **Medical reports, records, charts and notes.**  
*Reportes Medicos, registros, tablas y notas*

**Photostat copies of this authorization will be considered as valid as the original.**

*Las fotocopias de esta autorización se considerarán tan válidas como el original.*

**Patient Name/Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Signature/Firma:** \_\_\_\_\_

**D.O.B. / Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      **Date/Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**THIS CONSENT FORM IS PROTECTED BY FEDERAL & STATE LAWS  
ESTE CONSENTIMIENTO ESTA PROTEGIDO POR LEYES FEDERALES Y ESTATALES**