



**ADVANCED CENTER FOR EXCELLENCE IN SPINE
HAND AND TRAUMA INSTITUTE / SPINE AND TRAUMA INSTITUTE**
111 Galway Place Suite 300, Teaneck, NJ 07666 Phone: 201-833-9500 Fax: 201-862-0095

www.acespremortho.com

REGISTRACION DEL PACIENTE

Rev. 2021

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Seg nomb.: _____
 Dirección: _____ Apto#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad : _____ Sexo: Masculino Estado Civil: Casado/a Soltero/a
 Femenino Divorciado/a Separado/a Viudo/a
 # de Seguro Social: _____ - _____ - _____
 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:** _____

Assignment Form / Formulario de Asignación

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

Rev.03/2021



**SPINE AND TRAUMA INSTITUTE, P.C. * HAND AND TRAUMA INSTITUTE
ADVANCE CENTER FOR EXCELLENCE IN SPINE SURGERY**

Administrative Office:

111 Galway Place * Suite 300 * Teaneck, NJ 07666

Phone: 201.833.9500 * Fax: 201.862.0095

Web site: www.acespremortho.com

- Spinal Surgery
- American Board of Orthopaedic Surgeons

- Sports Medicine
- Adult Reconstructive Surgery

Howard Baruch, MD.
Iris Drey, MD.
Debra Petrucci, MD.
Ravinder Tikoo, MD.

Wesam Mohamed, DO.
Barry S. Finkelstein, DPM.
Charles Ekstein, MD.
Aditya Patel, 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**

PREMIER ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE, P.C.

NEW PATIENT MEDICAL HISTORY FORM

Nombre: _____ **Altura:** _____ **Peso:** _____
Raza: Caucásico Afroamericano Hispánico Asiático Otro: _____
Etnicidad: Hispánico No-Hispánico Otra _____
Idioma Preferido: Inglés Español Chino Otro _____
Farmacia Preferida: _____
Referente: Doctor (nombre): _____ **Otro (ej. Google):** _____

Está representado por un abogado? Sí No

Nombre del abogado: _____

Habran acciones legales respecto a este problema? Sí No

Tiene alguna alergia? Sí No Si sí, por favor lístelas abajo:

| Medicamentos, Alimentos, o "Temporal" | Reacción |
|---------------------------------------|----------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Alergia al látex? Sí No

Liste todos los medicamentos que toma regularmente: Ninguno

| Medicamento | Dosis y Frecuencia (ej. 20mg, una vez / día) |
|-------------|--|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes enfermedades? Ninguna

| | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Aneurisma Donde : _____ | <input type="radio"/> Enfisema | <input type="radio"/> Enfermedad Renal |
| <input type="radio"/> Angina (dolor de pecho) | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Piedras en los riñones |
| <input type="radio"/> Artritis Tipo: _____ | <input type="radio"/> Ataque al corazón | <input type="radio"/> Infección de MRSA |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Hepatitis Tipo: _____ | <input type="radio"/> Marcapasos |
| <input type="radio"/> Infecciones de huesos/articulaciones | <input type="radio"/> VIH / SIDA | <input type="radio"/> Flebitis (coágulos de sangre) |
| <input type="radio"/> Cáncer - Tipo: _____ | <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Embolia pulmonar |
| <input type="radio"/> Quimioterapia / Radiación | <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Reacción a Anestesia Tipo: _____ |
| <input type="radio"/> EPOC | <input type="radio"/> Hipertiroidismo | <input type="radio"/> Convulsiones |
| <input type="radio"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="radio"/> Hipotiroidismo | <input type="radio"/> Úlceras estomacales |
| <input type="radio"/> Diabetes Tipo: _____ | <input type="radio"/> Último A1C: _____ | <input type="radio"/> Apoplejía / TIA |
| | | <input type="radio"/> Tuberculosis |

Por favor liste cualquier otra condición o detalle sobre las condiciones marcadas arriba:

Signature

Date