



# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

AJ Rastogi, MD      Kieran Slevin, MD  
Co-Medical Directors

## A LOS PACIENTES NUEVOS NO SE LE PUEDEN RECETAR OPIOIDES DURANTE SU PRIMERA VISITA DEPENDIENDO DEL RESULTADO DE SU EVALUACIÓN INICIAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino   
Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Origen Etnico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Hombre  Mujer  Transgénero Hombre  Transgénero Mujer  Genderqueer  
 Rechazar  Otro: \_\_\_\_\_

Orientación Sexual:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Indeciso  
 Rechazar  Otro: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  En pareja  Separado  Divorciado  Viudo

Situación laboral:  tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado  Jubilado  Discapacidad

El consumo de tabaco:  Nunca  Anterior  Actual \_\_\_\_ # paquetes por día Consumo de alcohol:  si  no

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

### Información de farmacia

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Seguro de medicamentos recetados: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ RX BIN# \_\_\_\_\_



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



Main Office:  
404 Creek Crossing Blvd.  
Hainesport, NJ 08036



**Información del médico**

**Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Médico de referencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el principal problema por el que busca tratamiento?**

\_\_\_\_\_

**¿Cuánto tiempo ha tenido su problema de dolor actual?** \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

**Inicio del dolor:** ¿Cómo comenzó su problema de dolor actual ( **Marque uno** ):

trabajo Lesión (no en el trabajo) Reaparición de una lesión anterior Causa desconocida

Accidente automovilístico Enfermedad (sin lesiones) Otro \_\_\_\_\_

**Severidad del dolor:** En general, durante el último mes, la intensidad de mi dolor ha sido:

Sin dolor (0) Leve (1-2) Leve-Moderado (3-4)

Moderado (5-6) Moderado-severo (7-8) Grave (9-10)

**Momento del dolor:**

Ocasionalmente (menos del 30% del tiempo) Intermitentemente (30-60% del tiempo)

Casi Constantemente (60 a 95% del tiempo) Constantemente (96-100% del tiempo)

**¿Qué empeora el dolor? ( Marque todo lo que corresponda**

)

Doblarse Caminar Sentarse Hacer ejercicio Estar de pie Tocar Toser/estornudar

Evacuación Conducir Acostarse Otro: \_\_\_\_\_

**¿Qué ayuda a aliviar el dolor? ( Marque todo lo que corresponda**

)

Acostada Estiramiento de pie Antiinflamatorios Medicamentos para el dolor Relajación

Sentado Hielo Calor Otro: \_\_\_\_\_

**¿Tiene una capacidad limitada para caminar?** si no

**¿Necesita ayuda para caminar?** Silla de ruedas bastón

**¿Cuánto tiempo puedes sentarte?** 0-30 minutos 30-60 minutos 1-2 horas Más de 2 horas

**¿Cuánto tiempo puedes soportar?** 0-30 minutos 30-60 minutos 1-2 horas Más de 2 horas

**¿ No puede realizar ninguna de las siguientes actividades diarias? ( Marque todo lo que corresponda )**

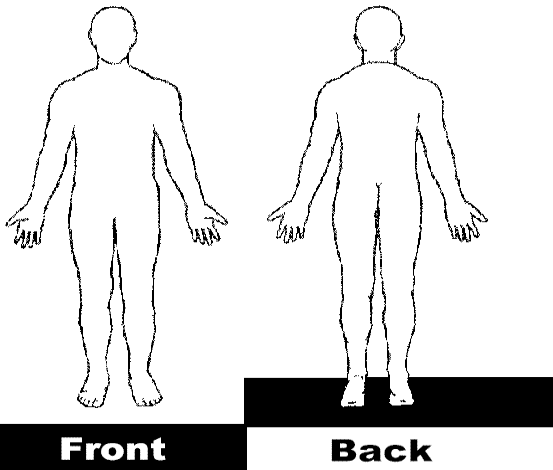
Ir a trabajar Tareas domésticas Trabajo de jardinería o compras Socializar con amigos

Participar en actividades recreativas Cuidar de uno mismo Cuidar de la familia





Marque la(s) ubicación(es) de su dolor en los diagramas a continuación con una "x".



**Marque todo lo que describa su dolor:**

- Disparo similar a la presión  ardiente
- punzante  punzante  punzante
- calambres
- Entumecimiento  Alfileres y agujas
- Dolor sordo
- Espasmos musculares que caen
- Dejar caer objetos
- Pérdida del control de la vejiga o el intestino
- Debilidad en las extremidades superiores
- Debilidad en las extremidades inferiores
- Otro: \_\_\_\_\_

**Otros síntomas: ( Marque todo lo que corresponda )**

- Fiebre  Náuseas  Dolor en el pecho  Pérdida de memoria
- Aumento/pérdida de peso reciente  Vómitos  Palpitaciones  Convulsiones
- Visión doble/borrosa  Estreñimiento  Dificultad para respirar  Depresión
- Mareos  Diarrea  Hinchazón  Ansiedad
- Dificultad para orinar  Debilidad muscular  Rigidez de las articulaciones  Disminución del rango de movimiento

**Tratamiento previo del dolor: ( Marque todo lo que corresponda )**

- Cirugía  Inyecciones  Fisioterapia  Ejercicio  Unidad TENS  Calor  Hielo  Brace
- Medicamentos  Quiropráctica  Psicoterapia  Bioterapia  Manejo del dolor

**Antecedentes Quirúrgicos Pasados:** Tipo de cirugía y fecha aproximada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial médico pasado: ( Marque todo lo que corresponda )**

- Enfermedad de la tiroides  Diabetes Enfermedad del  hígado Enfermedad  del corazón  Golpe de cáncer
- Enfermedad Suprarrenal Enfermedad  Renal  Esclerosis múltiple  VIH/SIDA  Artritis
- Ansiedad  Depresión  Problemas de sangrado  Convulsiones o epilepsia  Asma  Enfisema
- Otro: \_\_\_\_\_





**Historial médico familiar:**

---

---

**¿Alguna vez ha tenido una evaluación o tratamiento psiquiátrico, psicológico o de trabajo social por algún problema, incluido el dolor?**

Sí, tratado por: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha considerado/planeado/intentado suicidarse? Sí No \_\_\_\_\_**

**¿Tiene dificultad para dormir? Si No ¿Roncas? si no**

**¿Estás cansado al despertar? si no**

**¿Es alérgico al medio de contraste utilizado para rayos X/MRI/CT? si no**

**Medicamentos pasados:**

Percocet Tramadol Fentanilo Vicodina Suboxona Metadona Dilaudid Oxicodona  
MS Contin Tylenol Ibuprofeno Relajante muscular Lyrica Gabapentina Ativan Xanax  
Marihuana Medicinal Otro: \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos y la/s reacción/es:**

---

---

**Medicamentos Actuales:**

---

---

---

---

---

**Certifico que la información provista arriba es verdadera y correcta**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_





## ACUERDO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, he leído y entiendo el siguiente acuerdo. Estoy de acuerdo en cumplirlo si me colocan a tiempo contingente o según sea necesario para las sustancias controladas. He sido completamente abierto con mi médico de control del dolor y he revelado cualquier historial de abuso de sustancias anterior y todos los medicamentos recetados actualmente por otros médicos.

(Por favor escriba sus iniciales en cada párrafo).

\_\_\_\_\_ **1.** Los medicamentos se tomarán según las indicaciones de mi médico o proveedor de práctica avanzada. Tendré suficiente medicamento para durar hasta mi próxima visita. Si me quedo sin medicamento ANTES de mi próxima cita, **NO SE PUEDEN AUTORIZAR MEDICAMENTOS ADICIONALES.**

\_\_\_\_\_ **2.** Entiendo que necesito tener una cita mensual con mi médico o proveedor de práctica avanzada para el manejo de medicamentos. Además, entiendo que los problemas de recarga solo se discutirán por teléfono de lunes a viernes en una situación urgente. Las llamadas telefónicas no serán devueltas por problemas de recarga otros días de la semana. **NUNCA** se realizan recargas durante los fines de semana.

\_\_\_\_\_ **3.** Entiendo que las recetas de sustancias controladas generalmente **NO PUEDEN** enviarse por teléfono o por fax a una farmacia. Todas las recetas **deben** surtirse en el estado en que fueron recetadas.

\_\_\_\_\_ **4.** Entiendo que las recetas de sustancias controladas son **MI** responsabilidad. Si algo le sucede a mis recetas (pérdida, robo, tirar por el inodoro, etc.), soy personalmente responsable. En tales circunstancias, las recetas no se reescribirán ni se reordenarán.

\_\_\_\_\_ **5.** Entiendo que debo obtener **TODAS** mis recetas de sustancias controladas únicamente de North American Spine & Pain (NASPAC) mientras esté bajo su cuidado. Notificaré a mi médico del dolor o proveedor de práctica avanzada si recibo una sustancia controlada de cualquier otro médico o fuente. Si violo esto y obtengo una sustancia controlada de cualquier otra fuente, o si doy o vendo cualquier sustancia controlada o recetas, entonces he violado este acuerdo.

\_\_\_\_\_ **6.** Si al médico le parece que no hay beneficios demostrables para mi función diaria o calidad de vida de la sustancia controlada, reduciré gradualmente mis medicamentos según lo prescrito por el médico o proveedor de práctica avanzada. No responsabilizaré a NASPAC ni a ningún miembro del personal de NASPAC por problemas causados por el mal uso, abuso o interrupción de sustancias controladas.





\_\_\_\_7. Informaré a mi médico o proveedor de práctica avanzada de inmediato si desarrollo efectos secundarios graves, si voy a una sala de emergencias debido al dolor o si quedo embarazada, porque si estoy en edad fértil, podría dar a luz a un niño físicamente dependiente. sobre una sustancia controlada. Estos problemas se revisarán con mis médicos de control del dolor o con un proveedor de práctica avanzada.

\_\_\_\_8. Entiendo que si desarrollo otra condición de dolor (dolor de muelas, dolor abdominal, etc.) esto no me permite auto-aumentar mis medicamentos. Veré a mi médico local, divulgaré todos los medicamentos que estoy tomando e informaré a NASPAC de cualquier medicamento adicional que se haya 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 examen de orina y/o sangre para documentar los niveles sanguíneos apropiados de los analgésicos recetados y para detectar el uso de medicamentos sin receta en cualquier momento.

***Entiendo que se me puede dar de baja de North American Spine & Pain por cualquier resultado positivo de drogas ilegales, por una muestra de orina que tenga una lectura de temperatura inferior a 90 grados, por negarme a dar una muestra de orina cuando se me solicite o por no presentarme en el lugar designado. laboratorio externo en la cantidad de tiempo asignada que tengo para llegar allí .***

\_\_\_\_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 dichas sustancias no recetadas.

\_\_\_\_12. Reconozco que el dolor crónico representa un problema complejo que puede beneficiarse de la fisioterapia, la psicoterapia y las estrategias de modificación 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 un tratamiento adicional.

\_\_\_\_13. Entiendo que mi médico de control del dolor o proveedor de práctica avanzada puede necesitar hablar sobre mi atención con familiares u otros médicos. Permitiré dicha comunicación pero solo con mi consentimiento previo y si mantiene la confidencialidad de mi relación médico-paciente.

\_\_\_\_14. Entiendo que es posible que me contacten al azar y me soliciten que participe en un procedimiento de conteo de píldoras. Me darán 24 horas para presentarme a la práctica con todas mis sustancias controladas recetadas 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 como se me solicita, me presentaré en la farmacia más cercana dentro de las 24 horas y seguiré las instrucciones que me proporcione el personal médico que me contacte.





# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

AJ Rastogi, MD      Kieran Slevin, MD  
Co-Medical Directors

\_\_\_\_\_ **15.** Entiendo que se facturará a mi compañía de seguros por cualquier prueba que North American Spine & Pain considere necesaria junto con mi atención. Si mi compañía de seguros no paga las pruebas de detección de drogas u otras pruebas, seré responsable de pagarlas yo mismo, directamente al laboratorio que se me asigne, si es apropiado según mis obligaciones con el pagador.

Entiendo completamente que si no cumplo con los párrafos anteriores, entonces (a discreción de mi médico especialista en dolor o proveedor de práctica avanzada) ya no recibiré ningún tipo de medicamento con sustancia controlada de North American Spine & Pain. Entiendo que si tengo un problema o preguntas con cualquiera de los párrafos anteriores, puedo programar una cita para discutir esto con mi médico y recibir una aclaración.

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que, a pedido del paciente, he leído este contrato al paciente como se indicó anteriormente y se le entregó una copia.



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



Main Office:  
404 Creek Crossing Blvd.  
Hainesport, NJ 08036



### CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Autorizo que se dejen mensajes con información médica/de citas en un correo de voz en: (marque todo lo que corresponda)

Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Autorizo a las siguientes personas a acceder a mi información médica (atención/tratamiento médico, historial financiero, información del seguro) y tengo mi permiso para programar, confirmar, cancelar y/o reprogramar una cita para mí. Entiendo que si necesito cambiar esta información, es mi responsabilidad solicitarlo por escrito.

1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Si fuera necesario, North American Spine and Pain tiene mi permiso para discutir mi información de salud, incluidos los resultados de las pruebas, con las personas que se enumeran a continuación. Las personas que se enumeran a continuación también están autorizadas para la declaración anterior sobre citas y recetas. Entiendo que si necesito cambiar esta información, es mi responsabilidad solicitarlo por escrito. Incluya todos los médicos y/o abogados con los que pueda estar trabajando en relación con su(s) condición(es) de salud actual(es).

1) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_







## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y PODER NOTARIAL LIMITADO **Cesión de Beneficios Formulario y Liberación**

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo la cesión de los beneficios y derechos disponibles para mí bajo mi plan de seguro con la compañía de seguros que figura en la copia de la tarjeta de seguro actual que he proporcionado a North American Spine & Pain (en adelante, "NASPAC") para servicios y atención médica que me brindó NASPAC. Por la presente, autorizo que el pago se realice directamente a NASPAC por todos mis beneficios de seguro de salud cubiertos de todos los terceros pagadores, incluido mi empleador en el caso de un caso de compensación laboral. Además, entiendo que soy financieramente responsable por los servicios denegados como no cubiertos. Certifico que la información del 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 de salud no me exime de mi responsabilidad de asegurar que los cargos por los servicios profesionales y la atención que me brindó NASPAC (en adelante, "cargos") se paguen en su totalidad. También entiendo que es posible que mi compañía de seguros no pague el 100% del monto de los cargos y que puedo ser responsable de todos los cargos que mi compañía de seguros no pague a NASPAC, incluida cualquier parte pagada y no aplicada a los beneficios dentro de la red para cualquier servicio fuera de la red. **Acepto pagar el monto total de todos los cargos de acuerdo con las tarifas programadas de NASPAC, cuyas copias están disponibles para mí si las solicito antes del tratamiento.**

Autorizo a NASPAC a divulgar (1) la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios y/o (2) los registros de cualquier tratamiento o examen que me hayan brindado a otros proveedores médicos. Esta información puede estar relacionada con (a) la edad; (b) historial médico, condición y/o atención; (c) salud física y/o mental; (d) ocupación; (e) ingresos; (f) pasatiempos; (g) registros de conducción; y/o (h) otras características personales. Esta autorización se extiende a la información sobre el uso 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 reclamaciones en mi nombre a mi compañía de seguros. Estoy completamente de acuerdo y entiendo que la presentación de un reclamo no me exime de mi responsabilidad de asegurar 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 designo irrevocablemente a NASPAC como mi verdadero y legítimo apoderado. Este poder notarial se proporciona con el propósito limitado de recibir todos los pagos adeudados en virtud de mi plan de seguro a causa de los servicios médicos y la atención que me brindó o me brindará NASPAC. Por la presente confirmo y ratifico todas las acciones tomadas por mi apoderado de conformidad con la autoridad otorgada en este documento. Autorizo a mi compañía de seguros a asignar y transferir todos los beneficios y derechos de mi plan aplicable a NASPAC, incluido el derecho a recibir los documentos y recursos del plan aplicables y a presentar apelaciones y/o litigios en mi nombre. Esta autorización incluye todos los derechos que me corresponden según las leyes estatales y federales.

Instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que pague directamente a NASPAC. Esto incluye cualquier evento en el que NASPAC pueda estar fuera de la red. **Entiendo que bajo ERISA, tengo el derecho y la autoridad para indicar a dónde se envía el pago por los servicios prestados.** Si mi política actual prohíbe el pago directo a NASPAC; bajo mis derechos según las reglamentaciones estatales y federales de ERISA, instruyo y ordeno a mi compañía de seguros que proporcione la documentación de SPD que establezca dicha cláusula de no cesión a mí y a NASPAC a pedido e inmediatamente en caso de disputa. Tras la prueba de no cesión, instruyo a mi compañía de seguros para que me haga el cheque y lo envíe por correo directamente a NASPAC para los beneficios de gastos médicos y/o profesionales permitidos y pagaderos de otro modo según mi póliza de seguro actual como pago del total cargos. Acepto y comprendo que cualquier fondo que reciba de mi compañía de seguros por los servicios y la atención brindados por NASPAC se transferirá inmediatamente y se enviará directamente a NASPAC. Si mi compañía de seguros me envía un cheque para pago





# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

AJ Rastogi, MD      Kieran Slevin, MD  
Co-Medical Directors

directamente a mí, acepto entregar inmediatamente el cheque a NASPAC, ya que entiendo que NASPAC tiene derecho a la posesión inmediata del cheque.

Esta es una cesión directa de mis derechos y beneficios bajo mi póliza de seguro. He acordado pagar cualquier saldo de los cargos por encima de dicho pago de seguro. Autorizo a NASPAC a recibir cheques de mi compañía de seguros en mi cuenta, endosarlos para depósito y depositar y aplicar los ingresos al pago de mi cuenta. Además, autorizo a NASPAC a depositar los cheques recibidos en mi cuenta cuando estén a mi nombre.

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 la compañía de seguros me niega los beneficios a los que tengo derecho; (2) enviar todas y cada una de las solicitudes de información sobre beneficios de mi compañía de seguros; y (3) iniciar quejas formales ante 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 completo de los cargos totales si mi compañía de seguros se niega a pagar el 100 % de mis beneficios según los cargos facturados dentro de los noventa días posteriores a todas las apelaciones o solicitudes de información. Si mi cuenta se remite a un abogado oa una agencia externa para el cobro, acepto pagar a NASPAC los honorarios razonables de los abogados y los gastos de cobro. Todas las cuentas morosas devengarán intereses a una tasa máxima de no más del 30% de interés anual. Entiendo y acepto que las multas impuestas a mi compañía de seguros se pagarán a NASPAC por actuar como mi representante personal.

Autorizo a NASPAC ya sus asociados a brindarme atención médica y tratamiento según los estándares actuales. Cualquier acción que surja de este Formulario y liberación de asignación de beneficios se iniciará, procesará y mantendrá en el condado de Burlington, Nueva Jersey. Una fotocopia de este Formulario y Liberación de Cesión de Beneficios se considerará tan efectiva y válida como el original. Si alguna parte o disposición de este Formulario y Liberación de Cesión de Beneficios se considerara nula o inválida, las disposiciones restantes permanecerán en pleno vigor y efecto.

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



Main Office:  
404 Creek Crossing Blvd.  
Hainesport, NJ 08036



# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

AJ Rastogi, MD      Kieran Slevin, MD  
Co-Medical Directors

## **POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE**

North American Spine and Pain participa con una variedad de compañías de seguros. Como cortesía, verificaremos su seguro principal y presentaremos un reclamo por los servicios prestados.

- presente asumo la responsabilidad financiera de todos los copagos, coseguros, deducibles y todos los demás servicios no cubiertos por mi compañía de seguros. Entiendo que el pago vence en el momento del servicio y se puede pagar en efectivo o con tarjeta de débito/crédito.
- Si mi seguro niega un reclamo o no paga los servicios prestados, soy financieramente responsable ya que la relación es entre yo, el suscriptor y mi compañía de seguros. Acepto pagar cualquier saldo adeudado dentro de los 30 días o llamaré a la oficina donde recibí los servicios y haré arreglos de pago.
- Es mi responsabilidad obtener referencias de seguros de mi médico de atención primaria antes de mi visita. Si no lo he hecho, mi visita será cancelada/reprogramada.
- Acepto que si recibo un pago de mi seguro, ese pago debe firmarse y enviarse a North American Spine and Pain de inmediato y seré responsable de todos los saldos pendientes.
- Acepto avisar con al menos 24 horas de anticipación si necesito cancelar o reprogramar una cita. Si no doy la notificación adecuada, se me puede cobrar una tarifa, que variará según el estado en el que se programó la cita. Esta tarifa debe pagarse antes de futuras visitas. Las tarifas de no presentación no están cubiertas por las compañías de seguros.
- Si falto a tres (3) citas (consecutivas o acumuladas), es posible que me den de alta de North American Spine and Pain.
- Acepto proporcionar siempre la información demográfica y de seguro más actualizada (nombre, dirección, número de teléfono, médico de atención primaria, otros médicos tratantes).

### **Otras tarifas :**

#### **Expedientes médicos/Formularios médicos:**

La asignación de tarifas se basa en el estado en que se prestan los servicios. Se puede proporcionar información adicional a pedido.

#### **Programa de marihuana medicinal:**

Este servicio actualmente no está cubierto por las compañías de seguros. El pago de cualquier servicio relacionado con el Programa de Marihuana Medicinal es responsabilidad del paciente.



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



Main Office:  
404 Creek Crossing Blvd.  
Hainesport, NJ 08036



# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

AJ Rastogi, MD      Kieran Slevin, MD  
Co-Medical Directors

Al firmar a continuación, autorizo a North American Spine and Pain a divulgar información médica y de otro tipo necesaria a las compañías de seguros y terceros pagadores para procesar las reclamaciones por los servicios prestados. Por la presente autorizo el pago de todos los beneficios del seguro médico, que son pagaderos bajo los términos de mi seguro póliza, que se pagará directamente a North American Spine and Pain. En caso de que reciba dicho pago, acepto entregar el pago a North American Spine and Pain dentro de los 10 días posteriores a su recepción.

## **DIVULGACIÓN DE INTERÉS FINANCIERO**

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

Dra. Abhijeet Rastogi, MD  
Dr. Kieran Slevin, MD

Firme a continuación para reconocer que se le ha informado sobre el interés de propiedad en las entidades anteriores:

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



Main Office:  
404 Creek Crossing Blvd.  
Hainesport, NJ 08036



## DIRECTIVA AVANZADA

La mayoría de los estados exigen que todos los centros de atención médica pregunten a cada uno de sus pacientes si tienen instrucciones anticipadas (que a veces también se denominan "testamento en vida"). En North American Spine and Pain, hemos hecho esta pregunta parte del proceso de admisión. Además, solicitamos que, si tiene instrucciones anticipadas, **traiga una copia a North American Spine and Pain antes o en su próxima cita programada.**

Una directiva avanzada es utilizada por una persona para indicar una elección voluntaria e informada de aceptar, rechazar o elegir entre cursos alternativos de tratamiento médico y le permite a la persona dar instrucciones por escrito a quienes lo cuidan, indicando el tipo de atención médica. él o ella desearía recibir o rechazar en caso de que no pueda expresar estas decisiones.

Hay dos tipos diferentes de instrucciones anticipadas:

**Una directiva de apoderado** : este es un documento en el que un adulto competente designa a un pariente o amigo de confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre cuando él o ella no pueda tomar estas decisiones.

**Una directiva de instrucción** : en este documento, un adulto competente brinda instrucciones escritas sobre el tipo de tratamiento médico que desea o no desea que se le realice en qué circunstancias.

Escriba sus iniciales en la respuesta adecuada:

\_\_\_\_\_ **SÍ**, tengo instrucciones anticipadas y proporcionaré una copia en mi cita o antes.

\_\_\_\_\_ **NO**, no tengo instrucciones anticipadas y **no** deseo obtener una.

\_\_\_\_\_ **NO**, no tengo instrucciones anticipadas, pero me gustaría obtener instrucciones sobre cómo obtener una.





**ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACIONES**

Por la presente reconozco que North American Spine and Pain, previa solicitud, me proporcionará una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA , y reconozco que pueden usar y divulgar mi información de salud para fines autorizados por HIPAA, como el propósito de tratarme. , obtener el pago por los servicios prestados a mí y realizar operaciones y servicios de atención médica de rutina.

También reconozco que se me ha brindado la oportunidad de determinar medios alternativos de comunicación mediante correo de voz y avisos electrónicos. También se me ha brindado la oportunidad de determinar qué información me gustaría que no se divulgue como mi derecho y a quién North American Spine and Pain puede divulgar mi información como mi elección, que incluirá información hasta e incluyendo información de salud protegida (PHI) .

Por la presente también reconozco que se me ofreció y acepté información escrita sobre las instrucciones anticipadas.

Reconozco que acepto traer o proporcionar un acompañante para que me lleve a casa el día de un procedimiento.

Se me puede proporcionar una copia de la información sobre mis derechos como paciente (Derechos del paciente), si la solicito.

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

