



# 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 o 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  Presente \_\_\_\_ # 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: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ RX BIN# \_\_\_\_\_



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

## 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)  Reparación de una lesión anterior  Causa desconocida  
 Enfermedad por accidente automovilístico (sin  lesión)  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



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



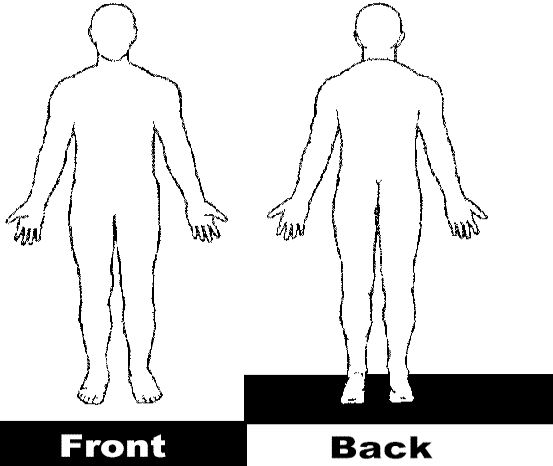
Main Office:  
404 Creek Crossing Blvd.  
Hainesport, NJ 08036



# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

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

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:

**Historia 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: \_\_\_\_\_



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



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



**Historia 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 línea).

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

\_\_\_\_\_ **2.** Entiendo que necesito tener una cita mensual con mi médico 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 mientras esté bajo su cuidado. Notificaré a mi médico del dolor 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. No responsabilizaré a North American Spine & Pain ni a ningún miembro del personal de North American Spine & Pain por los problemas causados por el mal uso, abuso o interrupción de sustancias controladas.

\_\_\_\_\_ **7.** Informaré a mi médico de inmediato si tengo efectos secundarios graves, o 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 de una sustancia controlada. Estos temas serán revisados con mis médicos de manejo del dolor.





\_\_\_\_ **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 North American Spine & Pain de cualquier medicamento adicional que se haya recetado 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 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) ya no podré 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 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



# NORTH AMERICAN SPINE & PAIN

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

## 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: \_\_\_\_\_



Call Center:  
1-(855) 862-7767



info@naspacmd.com  
www.naspacmd.com



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





## **ASIGNACIÓN IRREVOCABLE DE BENEFICIOS / CARTA DE PROTECCIÓN / GRAVAMEN**

Yo/YO/MI, (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_, el asegurado y/o beneficiario de la póliza de (Ins Co/Policy# / Claim #) \_\_\_\_\_ seguro que me proporciona beneficios médicos, por la presente autorizo a usted, (Insurance Co.) \_\_\_\_\_ para pagar directamente a **NORTH AMERICAN SPINE & PAIN** (en lo sucesivo, "NASPAC"), al recibir el estado de cuenta detallado por los servicios prestados, el monto establecido en el mismo. Mi póliza de seguro estaba en pleno vigor y efecto en el momento en que se prestaron los servicios. El pago, total o parcial, se considerará igual que si mi compañía lo pagara directamente a mí, el asegurado. Una fotocopia de esta cesión tendrá la misma validez que el original.

Autorizo a "NASPAC" a obtener asesoría legal por medio de cualquier bufete de abogados de su elección y a iniciar acciones legales (arbitrajes PIP) u otras acciones para cobrar dichas sumas adeudadas, en caso de que las sumas no se paguen dentro del tiempo legalmente prescrito o para el cantidad adecuada. Por la presente prometo cooperación total y completa con el asesor legal de "NASPAC", incluida la asistencia a cualquier tipo de examen médico (PIP IME), declaración, arbitraje o procedimiento judicial. Entiendo que si no coopero con el asesor legal, puedo ser personalmente responsable ante "NASPAC" por cualquier gasto no cubierto por esta cesión/carta de protección (en lo sucesivo, "LOP ") y/o gastos no recuperados debido a mi falta de cooperación.

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.

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS**

El abajo firmante consiente y autoriza la divulgación de todos los registros médicos, informes, películas, etc., directamente a "NASPAC " y/o a su asesor legal designado, directamente de \_\_\_\_\_ o todos los hospitales, centros de diagnóstico o médicos que hayan brindado tratamiento médico, diagnóstico pruebas, o cualquier tipo de servicio médico al abajo firmante como paciente.

### **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

(operador PIP) \_\_\_\_\_ Insurance Co. está autorizada a divulgar a "NASPAC" y/o a su asesor legal designado, todo o parte de mi registro médico, información de facturación, información de póliza de seguro, EOB y cualquier información contenida en mi archivo PIP .

### **RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Por la presente acepto y reconozco que si puedo recibir cheques de beneficios directamente de la compañía de seguros por los servicios prestados por "NASPAC", por la presente acepto enviar inmediatamente dicho(s) cheque(s) a "NASPAC" al recibirlos. Se entiende y acuerda que si recibo cheques de beneficios y no envío ningún cheque de beneficios a "NASPAC", "NASPAC" mantiene el derecho de solicitarme cheques e iniciar todos los esfuerzos de cobro en mi contra. Si "NASPAC" toma tal medida, acepto ser responsable de todos los cheques de beneficios que reciba, más todos los costos razonables de cobro incurridos, incluidos, entre otros, honorarios razonables de abogados, intereses a una tasa del 18 % anual, honorarios y costas judiciales. La falta de remisión de dichos pagos a " NASPAC " en el momento oportuno puede causar el cese o la interrupción del tratamiento. El pago de las facturas de "NASPAC" no dependerá de MI éxito en la obtención de un acuerdo, veredicto o pago de cualquier póliza de seguro.

## **OBLIGACIÓN CONTINUA DEL PACIENTE DE BRINDAR ESTA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/CARTA DE PROTECCIÓN/GRAVAMEN AL ABOGADO DEL PACIENTE**





Por la presente reconozco mi responsabilidad continua de proporcionar este acuerdo de cesión irrevocable de beneficios a mis abogados actuales y posteriores que están manejando cualquier reclamo que se relacione de alguna manera con los servicios médicos proporcionados por NASPAC. Yo también reconozco mi acuerdo de obtener de mis abogados el reconocimiento de mi abogado de este acuerdo y la firma de mi abogado según lo requerido por los términos de los siguientes requisitos de la Carta de Protección de este Acuerdo.

**CARTA DE PROTECCIÓN (LOP) / DIRECTIVA DEL ABOGADO / CESIÓN IRREVOCABLE**

Por la presente, autorizo irrevocablemente a mi(s) abogado(s) \_\_\_\_\_ a pagar directamente a "NASPAC" las sumas adeudadas y adeudadas por los servicios prestados por "NASPAC" y a retener dichas sumas de cualquier póliza de lesiones corporales, discapacidad, beneficio de pago médico, beneficios sin culpa, beneficios de salud y accidentes, beneficios de compensación para trabajadores o cualquier otro beneficio de seguro obtenido para reembolsar al abajo firmante, o de cualquier acuerdo, veredicto o sentencia que se me pague a mí o a mi abogado como resultado de la lesión o enfermedad por la cual tengo servicios recibidos de "NASPAC". Autorizo a mi abogado a entregar una copia de mis documentos de desembolso del acuerdo a "NASPAC" que muestre todos los pagos recibidos y las distribuciones realizadas en el acuerdo/veredicto de mi caso.

**Iniciales del paciente** \_\_\_\_\_

Asigno irrevocablemente a "NASPAC" todos los derechos y beneficios bajo cualquier contrato de seguro para el pago de los servicios prestados por "NASPAC". Autorizo irrevocablemente que toda la información sobre mis beneficios bajo cualquier póliza de seguro relacionada con cualquier reclamo de "NASPAC" sea divulgada a "NASPAC" y/o su asesor legal. Autorizo irrevocablemente a "NASPAC" a presentar reclamos de seguro en mi nombre por el servicio que me brindó. Ordeno irrevocablemente que todos esos pagos se hagan directamente a "NASPAC".

Otorgo a "NASPAC" y/oa su asesor legal mi poder notarial y los autorizo específicamente a endosar/firmar mi nombre en todos y cada uno de los cheques para el pago de las facturas de "NASPAC". Además, reconozco que tengo derecho y he revisado este documento legal con mi abogado y que he recibido una copia de este acuerdo. Autorizo a mi abogado a firmar esta Carta de Protección.

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

*El abajo firmante, siendo el abogado del registro del paciente anterior, por la presente acepta observar todos los términos de lo anterior y acepta retener dichas sumas de cualquier acuerdo, veredicto o sentencia que sea necesario para proteger completamente el derecho de "NASPAC" a ser compensado por los servicios prestados y relacionados con el reclamo / caso mencionado anteriormente. El abajo firmante reconoce además el acuerdo del paciente de que el paciente no puede revocar esta Asignación de beneficios.*

**Firma del abogado :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nota: Abogado, tenga la amabilidad de firmar y fechar una copia y devolverla lo antes posible a la dirección indicada anteriormente como reconocimiento de este documento y su acuerdo para proteger el derecho de "NASPAC AOC" a recibir un reembolso. Gracias.





## 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.





# 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 anticipada 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: \_\_\_\_\_

