

WELCOME

PATIENT INFORMATION

DATE/FECHA _____
SS/ID# _____
PATIENT NAME/NOMBRE _____ LAST NAME/APELLIDO _____
FIRST NAME/PRIMERO NOMBRE _____ MIDDLE INITIAL/SEG. INICIAL _____
ADDRESS/LA DIRECCIÓN _____
CITY/CIUDAD _____
STATE/ESTADO _____ ZIP/CODIGO POSTAL _____
EMAIL _____ @ _____
SEX/EL SEXO ☐ M ☐ F AGE _____
BIRTHDAY/CUMPLEAÑOS _____
☐ MARRIED/CASADO ☐ WIDOWED/VIUDA ☐ SINGLE /SOLO
☐ MINOR/MENOR DE EDAD ☐ SEPARATED/APARTADO
☐ DIVORCED/DIVORCIADO ☐ PARTNERED FOR ____ YEARS/
ACOMPaña PARA _____ AÑOS
OCCUPATION/OCUPACIÓN _____
PATIENT EMPLOYER/SCHOOL/EMPLEADOR/ESCUELA _____
EMPLOYER/SCHOOL ADDRESS/LA DIRECCIÓN DE
EMPLEADOR O ESCUELA _____
SPOUSE'S NAME/NOMBRE DE ESPOSO(A) _____
BIRTHDAY/CUMPLEAÑOS DE ESPOSO(A) _____
WHO REFERRED YOU?/QUIEN LO REFIRIÓ?

INSURANCE

WHO IS RESPONSIBLE FOR THIS ACCOUNT? /QUIEN ES EL
RESPONSIBLE DEL PAGO? _____
INSURANCE CO./COMPAÑIA DE SEGURO _____
IS PATIENT COVERED BY ADDITIONAL INSURANCE?
LA PACIENTE TIENE SEGURO ADICIONAL? ☐ YES/SÍ ☐ NO
SUBSCRIBER'S NAME/NOMBRE DEL ASEGURADO _____
BIRTHDATE/CUMPLEAÑOS DEL ASEGURADO _____
RELATIONSHIP/ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
ASSIGNMENT AND RELEASE/ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN
CERTIFICO QUE YO [Y/O MIS DEPENDIENTE(S)] TENEMOS COBERTURA DE
SEGURO MÉDICO CON _____
INSURANCE COMPANY/LA COMPAÑIA DE SEGUROS
Y ASIGNAR DIRECTAMENTE AL **DR. ERIC GOLDBERG** TODOS LOS BENEFICIOS
DEL SEGURO, DE OTRA MANERA PAGABLE A MÍ POR LOS SERVICIOS
PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE
TODOS LOS CARGOS PAGADOS O NO POR EL SEGURO. AUTORIZO EL USO DE
MI FIRMA PARA TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGURO. EL MÉDICO
MENCIONADO ANTERIORMENTE PUEDE UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE
ATENCIÓN MÉDICA Y PUEDE DIVULGAR DICHA INFORMACIÓN A LA
COMPAÑIA DE SEGUROS MENCIONADA ANTERIORMENTE Y SUS AGENTES
CON EL FIN DE OBTENER PAGOS POR SERVICIOS Y DETERMINAR LOS
BENEFICIOS DEL SEGURO O LOS BENEFICIOS A PAGAR POR SERVICIOS
RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO TERMINARÁ CUANDO SE COMPLETE
MI PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL O UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA
FIRMADA A CONTINUACIÓN.
SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE
FIRMA DE PACIENTE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL
PRINT NAME/IMPRIME NOMBRE DE PACIENTE, GUARDIÁN O REPRESENTANTE PERSONAL
DATE/FECHA _____ RELATIONSHIP TO PATIENT/RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

PHONE NUMBERS

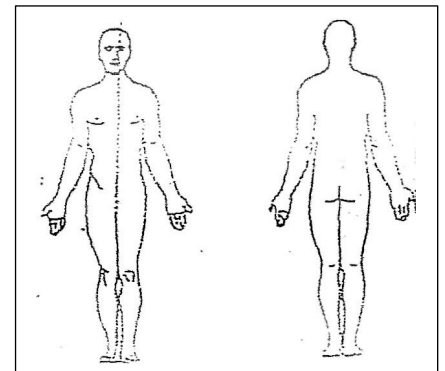
HOME PHONE/TELÉFONO DE CASA _____
CELL PHONE/TELÉFONO MÓVIL _____
BEST TIME & PHONE TO REACH YOU/MEJOR MOMENTO Y
TELÉFONO CONTACTARTE _____
IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT/CONTACTO DE
EMERGENCIA: NAME _____
RELATIONSHIP/RELACIÓN CON EL CONTACTO _____
PHONE NUMBER/TELÉFONO _____

ACCIDENT INFORMATION

IS CONDITION DUE TO AN ACCIDENT?/LA CONDICIÓN SE DEBE A UN
ACCIDENTE? ☐ YES ☐ NO DATE _____
TYPE OF ACCIDENT/TIPO DE ACCIDENTE: _____
☐ AUTO ☐ WORK/TRABAJO ☐ OTHER/OTRO _____
TO WHOM HAVE YOU REPORTED OF YOUR ACCIDENT?
☐ AUTO INSURANCE/SEGURO ☐ EMPLOYER/EMPLEADOR
☐ WORKERS COMP/COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES
ATTORNEY NAME/NOMBRE DEL ABOGADO: _____

PATIENT CONDITION

REASON FOR VISIT/MOTIVO DE LA VISITA _____ HEIGHT/TALLA _____ WEIGHT/PESA _____
WHEN DID YOUR SYMPTOMS APPEAR?/CUÁNDO COMENZARON TUS SÍNTOMAS? _____
IS CONDITION GETTING PROGRESSIVELY WORSE?/LOS SÍNTOMAS ESTÁN EMPEORANDO?
☐ YES/SÍ ☐ NO ☐ UNKNOWN/DESCONOCIDO
MARK AN X ON THE PICTURE WHERE YOU CONTINUE TO HAVE PAIN, NUMBNESS, OR TINGLING:
MARQUE CON UNA X EN LA IMAGEN DONDE SIGUE TENIENDO DOLOR, ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO:
RATE THE SEVERITY OF YOUR PAIN ON A SCALE FROM 1(LEAST PAIN) TO 10 (SEVERE PAIN):
CUAL ES LA SEVERIDAD DE TU DOLOR DEL 1 (MENOS DOLOR) AL 10 (DOLOR SEVERO): _____
TYPE OF PAIN/TIPO DE DOLOR: ☐ SHARP/AFILADO ☐ DULL/SORDO ☐ THROBBING/PALPITANTE
☐ NUMBNESS/ENTUMECIDO ☐ TINGLING/HORMIGUEO ☐ SHOOTING/DOLOR PUNZANTE
☐ BURNING/ARDIENTE ☐ ACHING/DOLORIDO ☐ CRAMPS/CALAMBRES ☐ STIFFNESS/RÍGIDO
☐ SWELLING/HINCHAZÓN ☐ OTHER/OTRO _____
HOW OFTEN DO YOU HAVE THIS PAIN?/CON QUÉ FRECUENCIA TIENE DOLOR?
IS IT CONSTANT OR DOES IT COME AND GO?/ES CONSTANTE O VA Y VIENE? _____
DOES IT INTERFERE/INTERFIERE CON ☐ WORK/TRABAJO ☐ SLEEP/DORMIR ☐ DAILY ROUTINE/RUTINA ☐ RECREATION/RECREACIÓN



HEALTH HISTORY

SU HISTORIAL DE SALUD

What treatment have you received for your condition?/Qué tratamiento ha recibido para su condición?

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS

SURGERY/CIRUGÍA

PHYSICAL THERAPY/TERAPIA FÍSICA

CHIROPRACTIC/QUIROPRÁCTICA

NONE/NINGUNO

OTHER/OTRO _____

Name & address of other doctors who have treated your condition/Nombre y dirección de otros médicos que han tratado su condición _____

DATE OF LAST PHYSICAL EXAM/Examen físico _____ SPINAL XRAY/Radiografía espinal _____

FECHA DE ÚLTIMA: BLOOD TEST/Análisis de sangre _____ SPINAL EXAM/Examen de columna _____

CHEST X-RAY /Radiografía de pecho _____ URINE TEST/Examen de orina _____

MRI, CT SCAN, BONE SCAN/Resonancia magnética, tomografía computerizada, escaneo de huesos _____

Please mark the “Yes”/“No” to indicate if you have the following/Marca “sí”/“no” para indicar si tienes los siguiente:

AIDS/HIV	☐ YES ☐ NO	DIABETES	☐ YES ☐ NO	MEASLES	☐ YES ☐ NO	
ALCOHOLISMO	☐ YES ☐ NO	EMFISEMA	☐ YES ☐ NO	MIGRAINES. DOLORES DE CABEZA	☐ YES ☐ NO	RHEUMATIC FEVER ☐ YES ☐ NO FIEBRE REUMÁTICA
ALERGIAS(VACUNA)	☐ YES ☐ NO	EPILEPSIA	☐ YES ☐ NO	MISCARRIAGE	☐ YES ☐ NO	SCARLET FEVER ☐ YES ☐ NO ESCARLATINA
ANEMIA	☐ YES ☐ NO	FRACTURAS	☐ YES ☐ NO	MONONUCLEOSIS	☐ YES ☐ NO	STROKE/DERRAME ☐ YES ☐ NO CEREBRAL
ANOREXIA	☐ YES ☐ NO	GLAUCOMA	☐ YES ☐ NO	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	☐ YES ☐ NO	INTENTO DE ☐ YES ☐ NO SUICIDIO
APENDICITIS	☐ YES ☐ NO	GOITER ☐ YES ☐ NO ENFERMEDAD DE BOCIO		MUMPS/PAPERAS	☐ YES ☐ NO	THYROID ☐ YES ☐ NO PROBLEMAS TIROIDEOS
ARTRITIS	☐ YES ☐ NO	GONORREA	☐ YES ☐ NO	OSTEOPOROSIS	☐ YES ☐ NO	TONSILITIS ☐ YES ☐ NO
ASMA	☐ YES ☐ NO	GOUT/GOTA	☐ YES ☐ NO	PACEMAKER	☐ YES ☐ NO	TUBERCULOSIS ☐ YES ☐ NO
BLEEDING DISORDERS ☐ YES ☐ NO TRASTORNOS HEMORRAGICOS		HEART DISEASE ☐ YES ☐ NO CARDIOPATÍA		PARKINSON'S ☐ YES ☐ NO DISEASE		CRECIMIENTO DE ☐ YES ☐ NO TUMORES
BREAST LUMP/BULTO EN EL PECHO ☐ YES ☐ NO		HEPATITIS ☐ YES ☐ NO		PINCHED NERVE ☐ YES ☐ NO NERVIO PELLIZCADO		FIEBRE TIROIDEA ☐ YES ☐ NO
BRONQUITIS	☐ YES ☐ NO	HERNIA	☐ YES ☐ NO	NEUMONÍA	☐ YES ☐ NO	ÚLCERAS ☐ YES ☐ NO
BULIMIA	☐ YES ☐ NO	DISCO HERNIADO	☐ YES ☐ NO	POLIO	☐ YES ☐ NO	VAGINALES. ☐ YES ☐ NO INFECCIONES
CÁNCER	☐ YES ☐ NO	HERPES	☐ YES ☐ NO	PROBLEMA DE ☐ YES ☐ NO PRÓSTATA		VENEREAL DISEASE ☐ YES ☐ NO ENFERMEDAD VENÉREA
CATARATAS	☐ YES ☐ NO	HIGH CHOLESTEROL ☐ YES ☐ NO COLESTEROL ALTO		PRÓTESIS	☐ YES ☐ NO	WHOOPIING COUGH ☐ YES ☐ NO TOS FERINA
CHEMICAL ☐ YES ☐ NO DEPENDENCIA QUÍMICA		KIDNEY DISEASE. ☐ YES ☐ NO ENFERMEDAD RENAL		ARTRITIS ☐ YES ☐ NO REUMATOIDE		OTHER/OTRO _____
CHICKEN POX ☐ YES ☐ NO VARICELA		LIVER DISEASE ☐ YES ☐ NO ENFERMEDAD HEPÁTICA		PSYCHIATRIC ☐ YES ☐ NO ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA		

EXERCISE/EJERCICIO ☐ NONE/NADA ☐ MODERATE/UN POCO ☐ DAILY/CADA DÍA ☐ HEAVY/MUCHAS VECES	WORK/ACTIVIDAD DE TRABAJO ☐ SITTING/SENTADO ☐ STANDING/EN PIE ☐ LIGHT LABOR/TRABAJO LIGERO ☐ HEAVY LABOR/TRABAJO PESADO	HABITS/HÁBITOS ☐ SMOKING/DE FUMAR: PACKS A DAY/PAQUETES AL DÍA _____ ☐ ALCOHOL: DRINKS A WEEK/BEBIDAS POR SEMANA _____ ☐ COFFEE/CAFFEINE/CAFÉ/BEBIDAS CON CAFEÍNA: CUPS/DAY ____ ☐ HIGH STRESS/ALTA ESTRÉS CAUSA _____
--	---	---

ARE YOU PREGNANT?/ESTÁS EMBARAZADA? ☐ YES/SÍ ☐ NO DUE DATE/FECHA DE VENCIMIENTO _____

<u>INJURY/SURGERY HISTORY/HISTORIAL DE LESIONES O CIRUGÍAS:</u>	<u>DESCRIPTION /DESCRIPCIÓN</u>	<u>DATE/FECHA</u>
FALLS/CAÍDAS	_____	_____
HEAD INJURIES/LESIONES EN LA CABEZ	_____	_____
BROKEN BONES/HUESOS ROTOS	_____	_____
DISLOCATIONS/DESLOCALIZACIÓN	_____	_____
SURGERIES/CIRUGÍAS	_____	_____

<u>MEDICATIONS/MEDICAMENTOS</u> _____ PHARMACY NAME/NOMBRE DE LA FARMACIA _____ TEL#: _____	<u>ALLERGIES/ALERGIAS</u> _____ _____ _____	<u>VITAMINS/HERBS/MINERALS/VITAMINAS/HIERBAS/MINERALES</u> _____ _____ _____
---	---	--

PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT
RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACKNOWLEDGEMENT FORM / FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

I HAVE RECEIVED THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES AND I HAVE BEEN PROVIDED AN OPPORTUNITY TO REVIEW IT. / HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE REVISARLO.

NAME/NOMBRE _____

BIRTHDAY/ CUMPLEAÑOS _____

SIGNATURE/FIRMA _____

DATE/FECHA _____

TOTAL MEDICAL N.Y. PC
93-24 QUEENS BLVD. SUITE 1G
REGO PARK, NY, 11374
(T) 718-730-9040 (F) 718-730-9043

ASSIGNMENT AND RELEASE/ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

I CERTIFY THAT I, AND/ OR MY DEPENDANT(S) HAVE INSURANCE COVERAGE WITH /
CERTIFICO QUE YO Y/O MI DEPENDIENTE(S) TEMENOS COBERTURA DE SEGURO CON

NAME OF INSURANCE COMPANY / NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS

AND ASSIGN DIRECTLY TO **DR. ERIC GOLDBERG** ALL INSURANCE BENEFITS, IF ANY OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES RENDERED. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WHETHER OR NOT PAID BY INSURANCE. I AUTHORIZE THE USE OF MY SIGNATURE FOR ALL INSURANCE SUBMISSIONS. THE ABOVE-NAMED DOCTOR MAY USE MY HEALTH CARE INFORMATION AND MAY DISCLOSE SUCH INFORMATION TO THE ABOVE- NAMED INSURANCE COMPANY(IES) AND THEIR AGENTS FOR THE PURPOSE OF OBTAINING PAYMENTS FOR SERVICES AND DETERMINING INSURANCE BENEFITS OR THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES. THIS CONSENT WILL END WHEN MY CURRENT TREATMENT PLAN IS COMPLETED OR ONE YEAR FROM THE DATE SIGNED BELOW.
Y ASIGNAR DIRECTAMENTE AL **DR. ERIC GOLDBERG** TODOS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO, SI LOS HUBIERE, PAGADEROS A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, YA SEA QUE LOS PAGUE O NO EL SEGURO. AUTORIZO EL USE DE MI FIRMA PARA TODAS LAS PRESENTACIONES DE SEGUROS. EL MEDICO MENCIONADO ANTERIORMENTE PUEDE USAR MI INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y PUEDE DIVULGER DICHA INFORMACIÓN A LA COMPAÑÍA(S) DE SEGUROS MENCIONADA ANTERIORMENTE Y SUS AGENTES CON EL FIN DE OBTENER PAGOS POR LOS SERVICIOS Y DETERMINER LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O LOS BENEFICIOS PAGADEROS POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS. ESTE CONSENTIMIENTO FINALIZARÁ CUANDO SE COMPLETE MI PLAN DE TRATAMIENTO ACTUAL O UN AÑO DESPUÉS DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL

PLEASE PRINT NAME OF PATIENT, PARENT, GUARDIAN OR PERSONAL REPRESENTATIVE

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE PERSONAL

DATE / FECHA

RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE

Tu información. Tus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo detenidamente.**

Efectiva: January 1, 2024

Tus Derechos - Tienes derecho a:

- Obtenga una copia de su expediente médico impreso o electrónico
- Corrija su expediente médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Tus opciones - Tiene opciones en la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- Cuéntele a familiares y amigos sobre su condición
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Incluirle en un directorio de hospitales
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información.
- Recaudar fondos

Nuestros usos y divulgaciones - Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarle
- Dirigir nuestra organización
- Factura por tus servicios
- Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Tus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Ask Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacer esto.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- You Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectaría su atención.
- Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una denuncia si siente que se vulneran sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, un correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov, or visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/what-to-expect/index.html>
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus Opciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención

- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Incluir su información en un directorio de hospitales

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- Mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de recaudación de fondos:

- Es posible que nos comuniquemos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para tratarte

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando

Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Dirige nuestra organización

Podemos usar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: utilizamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por tus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, ver: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir información de salud sobre usted para determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiradas de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Para investigación

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director de funeraria.

Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere

Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamo de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, ver: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Firma del paciente: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

NEW YORK MOTOR VEHICLE NO-FAULT INSURANCE LAW
APPLICATION FOR MOTOR VEHICLE NO-FAULT BENEFITS

TOTAL MEDICAL NY PC
ERIC GOLDBERG, MD
93-24 QUEENS BLVD #1G
(T) 718-730-9040 (F) 718-559-4895

DATE	POLICYHOLDER	POLICY NUMBER	DATE OF ACCIDENT	CLAIM NUMBER
------	--------------	---------------	------------------	--------------

TO ENABLE US TO DETERMINE IF YOUR ARE ENTITLED TO BENEFITS UNDER THE NEW YORK NO-FAULT LAW,
PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN IT PROMPTLY.

- IMPORTANT: 1. TO BE ELIGIBLE FOR BENEFITS YOU MUST COMPLETE AND SIGN THIS APPLICATION.
2. YOU MUST SIGN ANY ATTACHED AUTHORIZATION(S).
3. RETURN PROMPTLY WITH COPIES OF ANY BILLS YOU HAVE RECEIVED TO DATE.

NAME AND ADDRESS OF APPLICANT*

1. YOUR NAME	2. PHONE NOS.	HOME	BUSINESS
3. YOUR ADDRESS (NO., STREET, CITY OR TOWN AND ZIP CODE)		4. DATE OF BIRTH	5. SOCIAL SECURITY NO.
6. DATE AND TIME OF ACCIDENT A.M. P.M.		7. PLACE OF ACCIDENT (STREET), CITY OR TOWN AND STATE	
8. BRIEF DESCRIPTION OF ACCIDENT			

9. DESCRIBE YOUR INJURY

10. IDENTITY OF VEHICLE YOU OCCUPIED OR OPERATED AT THE TIME OF THE ACCIDENT:

OWNER'S NAME MAKE YEAR

THIS VEHICLE WAS: ☐ A BUS OR SCHOOL BUS, ☐ A TRUCK, ☐ AN AUTOMOBILE,
☐ OR A MOTORCYCLE

	YES	NO
11. WERE YOU THE DRIVER OF THE MOTOR VEHICLE?	☐	☐
WERE YOU A PASSENGER IN THE MOTOR VEHICLE?	☐	☐
WERE YOU A PEDESTRIAN?	☐	☐
WERE YOU A MEMBER OF OUR POLICYHOLDER'S HOUSEHOLD?	☐	☐
DO YOU OR A RELATIVE WITH WHOM YOU RESIDE OWN A MOTOR VEHICLE?	☐	☐

CONTINUATION ON NEXT PAGE

APPLICATION FOR MOTOR VEHICLE NO-FAULT BENEFITS - - PAGE TWO

12. WERE YOU TREATED BY A DOCTOR(S) OR OTHER PERSON(S) FURNISHING HEALTH SERVICES?

YES ☐ NO ☐

IF YES, NAME AND ADDRESS OF SUCH DOCTOR(S) OR PERSON(S):

13. IF YOU WERE TREATED AT A HOSPITAL(S), WERE YOU AN

OUT-PATIENT? ☐ IN-PATIENT? ☐

DATE OF ADMISSION: _____

HOSPITAL'S NAME AND ADDRESS: _____

14. AMOUNT OF HEALTH
BILLS TO DATE:

\$ _____

15. WILL YOU HAVE MORE HEALTH
TREATMENT(S)?

YES NO

☐ ☐

16. AT THE TIME OF YOUR ACCIDENT WERE
YOU IN THE COURSE OF YOUR
EMPLOYMENT?

YES NO

☐ ☐

17. DID YOU LOSE TIME
FROM WORK?

YES NO

☐ ☐

DATE ABSENCE FROM
WORK BEGAN:

HAVE YOU RETURNED TO
WORK?

YES NO

☐ ☐

IF YES, DATE RETURNED TO WORK:

AMOUNT OF TIME LOST FROM WORK:

18. WHAT ARE YOUR GROSS AVERAGE
WEEKLY EARNINGS?

NUMBER OF DAYS YOU WORK
PER WEEK:

NUMBER OF HOURS YOU WORK
PER DAY:

19. WERE YOU RECEIVING UNEMPLOYMENT BENEFITS AT THE TIME OF THE ACCIDENT?

YES ☐ NO ☐

20. LIST NAMES AND ADDRESS OF YOUR EMPLOYER AND OTHER EMPLOYERS FOR ONE YEAR PRIOR TO
ACCIDENT DATE AND GIVE OCCUPATION AND DATES OF EMPLOYMENT:

EMPLOYER AND ADDRESS	OCCUPATION	FROM	TO
EMPLOYER AND ADDRESS	OCCUPATION	FROM	TO
EMPLOYER AND ADDRESS	OCCUPATION	FROM	TO

21. AS A RESULT OF YOUR INJURY HAVE YOU HAD ANY OTHER EXPENSES?

YES ☐ NO ☐

IF YES, ATTACH EXPLANATION AND AMOUNTS OF SUCH EXPENSES.

22. DUE TO THIS ACCIDENT HAVE YOU RECEIVED OR ARE YOU ELIGIBLE FOR PAYMENTS
UNDER ANY OF THE FOLLOWING:

	YES	NO
NEW YORK STATE DISABILITY?	☐	☐
WORKERS' COMPENSATION?	☐	☐

CONTINUATION ON NEXT PAGE

APPLICATION FOR MOTOR VEHICLE NO-FAULT BENEFITS - - PAGE THREE

THE APPLICANT AUTHORIZES THE INSURER TO SUBMIT ANY AND ALL OF THESE FORMS TO ANOTHER PARTY OR INSURER IF SUCH IS NECESSARY TO PERFECT ITS RIGHTS OF RECOVERY PROVIDED FOR UNDER THE NO-FAULT LAW.

THIS FORM IS SUBSCRIBED AND AFFIRMED BY THE
APPLICANT AS TRUE UNDER THE PENALTIES OF PERJURY

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON FILES AN APPLICATION FOR COMMERCIAL INSURANCE OR A STATEMENT OF CLAIM FOR ANY COMMERCIAL OR PERSONAL INSURANCE BENEFITS CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, AND ANY PERSON WHO, IN CONNECTION WITH SUCH APPLICATION OR CLAIM, KNOWINGLY MAKES OR KNOWINGLY ASSISTS, ABETS, SOLICITS OR CONSPIRES WITH ANOTHER TO MAKE A FALSE REPORT OF THE THEFT, DESTRUCTION, DAMAGE OR CONVERSION OF ANY MOTOR VEHICLE TO A LAW ENFORCEMENT AGENCY, THE DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES OR AN INSURANCE COMPANY, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME, AND SHALL ALSO BE SUBJECT TO A CIVIL PENALTY NOT TO EXCEED FIVE THOUSAND DOLLARS AND THE VALUE OF THE SUBJECT MOTOR VEHICLE OR STATED CLAIM FOR EACH VIOLATION.

SIGNATURE

DATE

.....
DO NOT DETACH

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF WORK AND OTHER LOSS INFORMATION

THIS AUTHORIZATION OR PHOTOCOPY THEREOF, WILL AUTHORIZE YOU TO FURNISH ALL INFORMATION YOU MAY HAVE REGARDING MY WAGES, SALARY OR OTHER LOSS WHILE EMPLOYED BY YOU. YOUR ARE AUTHORIZED TO PROVIDE THIS INFORMATION IN ACCORDANCE WITH THE NEW YORK COMPREHENSIVE MOTOR VEHICLE INSURANCE REPARATIONS ACT (NO-FAULT LAW).

NAME (PRINT OR TYPE)

SOCIAL SECURITY NO.

SIGNATURE

DATE

.....
DO NOT DETACH

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH SERVICE OR TREATMENT INFORMATION

THIS AUTHORIZATION OR PHOTOCOPY THEREOF, WILL AUTHORIZE YOU TO FURNISH ALL INFORMATION YOU MAY HAVE REGARDING MY CONDITION WHILE UNDER YOUR OBSERVATION OR TREATMENT, INCLUDING THE HISTORY OBTAINED, X-RAYS AND PHYSICAL FINDINGS, DIAGNOSIS AND PROGNOSIS. YOU ARE AUTHORIZED TO PROVIDE THIS INFORMATION IN ACCORDANCE WITH THE NEW YORK COMPREHENSIVE MOTOR VEHICLE INSURANCE REPARATIONS ACT (NO-FAULT LAW).

NAME (PRINT OR TYPE)

SIGNATURE

DATE

(IF THE APPLICANT IS A MINOR, PARENT OR GUARDIAN SHALL SIGN AND INDICATE CAPACITY AND RELATIONSHIP).

*LANGUAGE TO BE FILLED IN BY INSURER OR SELF-INSURER.

NYS FORM NF-2 (Rev 1/2004)

Page 3 of 3

**NEW YORK MOTOR VEHICLE NO-FAULT INSURANCE LAW
ASSIGNMENT OF BENEFITS FORM**

(FOR ACCIDENTS OCCURRING ON AND AFTER 3/1/02)

I, _____, ("Assignor") hereby assign to Total Medical N.Y., P.C., ("Assignee")
(Print patient's name) (Print hospital or health care provider name)
all rights privileges and remedies to payment for health care services provided by assignee to which I am
entitled under Article 51 (the No-Fault statute) of the Insurance Law.

The Assignee hereby certifies that they have not received any payment from or on behalf of the Assignor and
shall not pursue payment directly from the Assignor for services provided by said Assignee for injuries sustained
due to the motor vehicle accident which occurred on _____, not withstanding any other agreement
(Print accident date)
to the contrary.

This agreement may be revoked by the assignee when benefits are not payable based upon the assignor's lack
of coverage and/or violation of a policy condition due to the actions or conduct of the assignor.

ANY PERSON WHO KNOWINGLY AND WITH INTENT TO DEFRAUD ANY INSURANCE COMPANY OR OTHER PERSON
FILES AN APPLICATION FOR COMMERCIAL INSURANCE OR A STATEMENT OF CLAIM FOR ANY COMMERCIAL OR
PERSONAL INSURANCE BENEFITS CONTAINING ANY MATERIALLY FALSE INFORMATION, OR CONCEALS FOR THE
PURPOSE OF MISLEADING, INFORMATION CONCERNING ANY FACT MATERIAL THERETO, AND ANY PERSON WHO,
IN CONNECTION WITH SUCH APPLICATION OR CLAIM, KNOWINGLY MAKES OR KNOWINGLY ASSISTS, ABETS,
SOLICITS OR CONSPIRES WITH ANOTHER TO MAKE A FALSE REPORT OF THE THEFT, DESTRUCTION, DAMAGE OR
CONVERSION OF ANY MOTOR VEHICLE TO A LAW ENFORCEMENT AGENCY, THE DEPARTMENT OF MOTOR
VEHICLES OR AN INSURANCE COMPANY, COMMITS A FRAUDULENT INSURANCE ACT, WHICH IS A CRIME, AND
SHALL ALSO BE SUBJECT TO A CIVIL PENALTY NOT TO EXCEED FIVE THOUSAND DOLLARS AND THE VALUE OF
THE SUBJECT MOTOR VEHICLE OR STATED CLAIM FOR EACH VIOLATION.

(Print name of Patient)

(Signature of Patient)

(Date of signature)

(Address of Patient)

Total Medical N.Y., P.C.
(Print name of Provider)

(Signature of Provider)

93-24 Queens Blvd., Suite 1G

Rego Park, NY 11374
(Address of Provider)

(Date of signature)

MVA INFO – Información de accidentes de vehículos

PATIENT INFO – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient/Nombre de paciente _____ Date/Fecha de hoy _____

Date & Time of Accident/Fecha y tiempo de accidente _____ ☐ A.M. ☐ P.M.

Describe the accident in you own words/Describe el accidente con tus propias palabras: _____

Were you the/Fuiste tú: ☐ Driver/El conductor ☐ Pasajero delantero ☐ Pasajero trasero ☐ Pedestrian

¿Cuántas personas había en el vehículo durante el accidente? _____

POLICE - POLICÍA

¿Llenó la policía al lugar del accidente? ☐ Sí ☐ No Were there witnesses?/¿Había al testigos? ☐ Sí ☐ No

Police report?/¿Se presentó un informe policial? ☐ Sí ☐ No Traffic violation issued?/Se emitió una infracción de tráfico? ☐ Sí ☐ No To whom?/En caso afirmativo, ¿a quién? _____

PATIENT CONDITION – CONDICIÓN DEL PACIENTE

¿Estabas inconsciente inmediatamente después del accidente? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto tiempo? _____

Describe cómo the sentiste después del accidente: _____

TREATMENT - TRATAMIENTO

¿Fuiste al hospital? ☐ Sí ☐ No When did you go?/¿Cuándo fuiste? ☐ Inmediatamente después del accidente
☐ Día siguiente ☐ 2 o más días después del accidente

¿Cómo usted vá a ospital? ☐ Ambulancia ☐ Transporte privado

Nombre de ospital _____ Nombre de doctor _____

Diagnóstico _____

Tratamiento recibido _____ X-Rays tomadas _____

Hasta donde yo sé, la información anterior es complete y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor alguna vez tenemos un cambio de salud.

Firma del paciente, padre, tutor o representante personal

Relación de pacience _____

Print/Imprimir

Date/Fecha